

Jolanta Kopka

Uniwersytet Łódzki

**PODSTAWY TEORETYCZNE ROZWAŻAŃ BIOETYCZNYCH
ANALIZA POSTAW STUDENTÓW
WOBEC WYBRANYCH PROBLEMÓW MEDYCZNYCH**

We wszelakich teoriach moralności można wyróżnić co najmniej dwie płaszczyzny rozważań. Pierwsza z nich zawiera informacje o dobru moralnym, czyli o tym, co jest dobre i wartościowe, do czego powinniśmy dążyć, a co nie jest wyłącznie cechą jednostkową, ale powszechną i uniwersalną. Mowa jest o teorii dobra lub teorii wartości. Wartościami naczelnymi mogą więc być podporządkowanie się prawu Boga, natury, szczęściu powszechnemu, wolności, solidarności społecznej, poczuciu bezpieczeństwa i wiele innych.

Druga płaszczyzna rozważań w teorii moralności dotyczy nie tego, co jest wartościowe, ale tego, jak podmioty moralne powinny do tych wartości się odnosić, jak na nie reagować, jak je ochraniać. Teorie te często określa się mianem teorii słuszności bądź powinności. W zależności od wyznawanego w tej sprawie poglądu, wyróżniamy nurt konsekwencjalistyczny (teleologiczny) i nonkonsekwencjalistyczny, przede wszystkim o charakterze deontologicznym.

Złożoność i ważność problematyki bioetycznej jest faktem nie budzącym wątpliwości. Dotyka bowiem tak ważnych dla ludzi wartości, jak życie, zdrowie, godność, cierpienie, śmierć itd. Złożoność zagadnień dodatkowo komplikuje fakt, że dylematy dotyczą zarówno wartości, mieszcząc się w ramach teorii wartości, jak i sposobów dochodzenia do nich, a więc – teorii powinności. Niejasności dotyczą także samych wartości – nie zawsze zdajemy sobie sprawę z tego, które z nich odgrywają rolę autonomiczną, a które instrumentalną, i prowadzą do uzyskania wartości autonomicznych.

Trudności z ustaleniem względnie niekontrowersyjnego stanowiska wobec takich problemów, jak: aborcja, transplantacja, inżynieria genetyczna, eutanazja i innych, związane są nie tylko z dokonywaniem odmiennych wyborów wartości i powinności, ale i z faktem przeciwstawiania sobie tych odmiennych kategorii analitycznych.

Argumenty przywoływane w dyskusjach nad dylematami moralnymi w medycynie wyprowadzane są z różnych, nie zawsze uświadamianych, stanowisk etycznych. Przyjęcie, bardziej lub mniej świadome, odmiennych założeń etycznych, różnicować będzie stosunek do większości kontrowersyjnych działań w medycynie praktycznej. Zwrócę uwagę na kilka wybranych teorii składających się na abstrakcyjną etykę normatywną, a formułujących różne zasady postępowania.

Rozstrzygając dylematy moralne w medycynie często odwołujemy się do prawa naturalnego. Nie chodzi w tym przypadku o odkrycie niezmiennego porządku normatywnego stanowiącego część świata przyrody, lecz o odkrycie wewnętrznych zasad rządzących specyficznie ludzkim życiem, z wykorzystaniem rozumu. Nie chodzi więc o taką interpretację doktryn prawa naturalnego, która postrzega je jako wiarę w istnienie kodeksu o nadprzyrodzonym źródle powstania, ale traktuje moralność jako zgodną z rozumną naturą człowieka¹. Prawo naturalne przyjmuje, że istnieje naturalne, racjonalne uzasadnienie moralności.

Mimo różnych odmian tej koncepcji, generalnie uważa się, że pogwałcenie podstawowych zasad biologicznego funkcjonowania ludzi jest sprawą nienaturalną. Nienaturalne są więc: antykoncepcja, homoseksualizm, seks uprawiany dla przyjemności, eutanazja, eksperymenty genetyczne, czyli ogólnie rzecz biorąc czynności, które nie są związane z funkcjami biologicznymi człowieka lub uniemożliwiają ich realizację. Bioetyka wychodząc z założeń prawa naturalnego będzie więc implikować negatywne oceny tych działań, które nie służą funkcjom biologicznym, przy czym oceny ich przydatności są już sprawą trudną do rozstrzygnięcia. Czyż zapłodnienie *in vitro* i klonowanie nie służy prokreacji? A wiele zachowań zwyczajowych, konwencjonalnych jest niesłusznym, bo nie służą podstawowym zasadom biologicznego funkcjonowania człowieka? Tym samym, bardzo daleko odchodzimy od klasycznego rozumienia prawa naturalnego (Cyceron, potem Tomasz z Akwinu), opierającego się na rozumnej naturze człowieka, traktującego wszystko co racjonalne jako naturalne, słuszne, dobre. Według Grocjusza jest to metoda aprioryczna, podczas gdy podejście aposterioryczne uznaje za zgodne z naturą to, co za takie uważają wszystkie bardziej cywilizowane narody (Grocjusz 1957: 95–96).

Koncepcja ta wydaje się nadmiernie troszczyć o biologiczne funkcje, zapominając o ważności innych potrzeb. Wykorzystywana jest jednakże jako narzędzie walki ze sceptycyzmem moralnym.

¹ Także Tomasz z Akwinu (1962) uważał, że: „Cokolwiek sprzeciwia się porządkowi rozumu, tym samym sprzeciwia się naturze człowieka jako człowieka. [...] Dobro zaś człowieka polega na istnieniu zgodnym z rozumem, zło zaś na życiu wbrew rozumowi” (*Summa...*, I–II, kw. 71, art. 2, t. 12: 14).

Sceptycyzmowi moralnemu przeciwstawia się także utilitaryzm. Sceptycyzm nie jest także w opozycji do stwierdzenia, że prawa moralne należy racjonalnie uzasadniać. Prawa naturalne, mimo iż nie opierają się na użyteczności, to jednak do niej prowadzą.

Bez względu na te podobieństwa, utilitaryzm i prawo naturalne uznaje się najczęściej za przeciwstawne stanowiska, szczególnie wtedy, gdy przywoływane są one w dyskusjach nad kontrowersyjnymi zagadnieniami, np. aborcją i eutanazją. Opcje te pociągają za sobą odmienne rodzaje argumentów w tych i w innych sporach bioetycznych. O ile zwolennicy prawa naturalnego będą przypominać, ustosunkowując się np. do aborcji, o naturalnym prawie każdej istoty ludzkiej do życia, to utilitaryści będą zwracali uwagę zarówno na pozytywne, jak i negatywne skutki tego zabiegu. Będą przypominali, że aborcja przywraca wolność kobiecie, ale niszczy życie, czyni kobietę bardziej dyspozycyjną zawodowo, uniezależnia ją od mężczyzny, daje możliwość samodecydowania o swoim życiu, zapewnia prawo do integracji fizycznej, ale też obarcza poczuciem winy, naraża na ryzyko wystąpienia powikłań po zabiegu. Aborcja może być także traktowana jako sposób na regulację urodzeń i wielkości populacji, legalna aborcja likwiduje nielegalny rynek usług aborcyjnych z różnorodnymi jego konsekwencjami.

A czy płód „ma pełne i równe prawo” do życia? Czym innym jest jednak przyznanie takiego prawa, a czym innym zastosowanie go w konkretnej sytuacji. Jeśli przyznamy pełne prawo płodowi, to powinniśmy zdecydowanie ograniczyć prawa kobiety. A co z ciążą nieletnich, z ciążą będącą wynikiem gwałtu, co z uszkodzonym genetycznie lub anatomicznie płodem?

Rozstrzygnięcia te są dosyć ważne, gdyż cechą wyróżniającą utilitaryzm jest przekonanie, że jakaś rzecz, sytuacja są dobre, jeśli są dobre *dla kogoś*. „Użyteczny” znaczy, najogólniej rzecz ujmując, tyle co „przydatny” dla kogoś.

Utilitaryzm w wersji „hedonistycznej” J. Benthama i późniejszy – mówiący o „zaspokajaniu preferencji” ludzi, które mogą wykroczać poza ich hedonistyczne przyjemności, wymaga rozpoznania interesów tych wszystkich osób, które należy brać pod uwagę w obliczaniu tzw. użyteczności moralnej. Stosowanie „rachunku użyteczności” przy podejmowaniu praktycznych decyzji jest sprawą trudną, niekiedy wręcz niemożliwą, przede wszystkim ze względu na niemierzalność wielu sytuacji, skutków, działań. Doktryna ta spełnia zadanie przede wszystkim w warunkach publicznych, gorzej w analizie sytuacji jednostkowych; zasada użyteczności lepiej sprawdza się jako kryterium decyzji zbiorowej niż konkretnej osoby.

Stosowanie założeń utilitaryzmu w rozstrzyganiu etycznych dylematów w medycynie sprzyja wielości przytaczanych argumentów i kontrargumentów w odniesieniu do konkretnego planu, a to z pewnością umożliwia jego dobre poznanie i dostarcza racjonalnego uzasadnienia, także dla rozwiązań prawnych.

Teorią słuszności czy powinności, a nie teorią wartości czy dobra, jest konsekwencjalizm, do którego z pewnością można zaliczyć także utilitaryzm. Konsekwencjaliści, bez względu na to czy odnoszą się do problemów i dylematów jednostki czy zbiorowości, nie rozstrzygają o wartościach, które powinniśmy respektować, ale o tym, w jaki sposób akceptowane wartości propagować. Obecnie w konsekwencjonalizmie coraz silniej podkreśla się, że właściwym stosunkiem do przyjętych wartości jest konsekwentna ich realizacja, wcielanie w życie. Konsekwencjalizm jest także bliski potocznemu rozumieniu racjonalności – w życiu codziennym najczęściej bowiem jesteśmy konsekwencjalistami.

Stanowisko to jest, jak sędzę, także najbardziej rozpowszechnione w rozstrzyganiu dylematów moralnych w medycynie i w służbie zdrowia. Rozważania dotyczą bowiem przede wszystkim konsekwencji czynów, a już niekoniecznie – i nie zawsze – ich użyteczności. Gwoli ścisłości powiedzmy także, że w tzw. wersji pośredniej (czy strategicznej) tej teorii, konsekwentne działanie dla promowania jakiejś wartości wymaga niekiedy przyzwolenia na pewną spontaniczność, ograniczenia skłonności do kalkulacji. Przykładem może być sytuacja, gdy za wartość uznajemy podmiotowość pacjenta. Podejmując za niego decyzje, kalkulując, ograniczymy promowanie tej wartości.

Konsekwencjalizm jest prostą filozofią, odpowiadającą potocznemu rozumieniu racjonalności i sędzę, że jest najczęściej – świadomie lub nieświadomie – stosowaną, do rozstrzygnięcia różnych dylematów moralnych, doktryną etyczną. Na mocy dowodowej bazują także, niekoniecznie przyznając się do tego, teorie deontologiczne.

Deontologia nie chce słyszeć o interesach, rezultatach, uwarunkowaniach, wątpliwościach. Deontologowie uważają, że nie wolno nam robić nic, co nie zgadza się z regułami, nakazami i zakazami, bez względu na okoliczności i skutki podjętych działań. Zakaz antykoncepcji będzie więc obowiązywał bez względu na to czy sytuacja ta będzie sprzyjać aborcji, ograniczy możliwość planowania rodziny, zmniejszy psychiczny komfort kobiet i mężczyzn, zmieni charakter relacji między nimi. Zakaz eutanazji obowiązuje także wtedy, kiedy nieuleczalnie chory pacjent utrzymywany jest przy życiu wyłącznie dzięki aparaturze medycznej, w sytuacji przedłużającego się cierpienia. Zdaniem deontologów trzymanie się reguł oraz unikanie niejasnych stanów i sytuacji pozwoli nam także nie angażować się w sytuacje trudne, wymagające rozważań i przerastające nasze możliwości.

Niekiedy rygory deontologiczne próbuje się wyprowadzić z fundamentalnych zasad, np. poszanowania każdej osoby jako podmiotu, wywodzącej się od E. Kanta, lub będących jej wyrazem. Ta koncepcja moralności jest dość legalistyczna i formalistyczna, może stanowić podstawę kodeksu etycznego, nie sprzyja jednakże samodzielnemu myśleniu, które wobec zmieniających się warunków, ma wartość szczególną. Reguły, rygory służą

z pewnością pewnemu porządkowi aksjologicznemu i behavioralnemu w społeczeństwie, ale czynią sferę moralności mniej elastyczną, dynamiczną, a w odniesieniu do jednostki – ograniczając jej wolność – zdejmują z niej także odpowiedzialność lub zmieniają jej charakter.

Wiele interesujących uwag, które mogą znaleźć zastosowanie w interpretacji zachowań ludzi, choć niekoniecznie zawierać informację o pożądanym działaniu i zasadach je regulujących, zawiera etyka obowiązków *prima facie*. Teoria ta nie zakłada, że są zasady moralne ważniejsze i mniej ważne i, że tworzą one spójny system. Według niej żadna teoria nie jest w stanie pomóc w uporządkowaniu naszych obowiązków *prima facie*. Mamy bowiem różne tego typu obowiązki i nie możemy z góry powiedzieć, który z nich okaże się najważniejszy w sytuacji, w której się znaleźliśmy. Raz pacjentowi należy powiedzieć prawdę, innym razem skłamać. Zasada mówienia prawdy obowiązuje w jednym przypadku, w innym natomiast ustępuje nakazowi ochrony stanu psychicznego pacjenta.

Twórca tej teorii, W. D. Ross, przeciwstawia obowiązki *prima facie* obowiązkom właściwym. Obowiązkiem (*prima facie*) jest działanie ze względu na jakąś właściwość, obowiązkiem właściwym jest ten, do którego dochodzimy biorąc pod uwagę wszystkie okoliczności. Z kolei zasad moralnych nie poznajemy inaczej, jak poprzez doświadczenia moralne. Zasady te, to nie są prawa moralne. Sam Ross uważał, że traktowanie praw moralnych jako ważniejszych od właściwości sytuacji jest niepotrzebne, często także nadużywane. Z wykluczenia praw moralnych z procesu podejmowania decyzji etycznych czyni się właśnie zarzut wobec tej teorii. Wróćmy bowiem do przykładu aborcji. Niestosowne wydaje się decydowanie o losie płodu wyłącznie na podstawie kryteriów szczęśliwości wszystkich zainteresowanych, a nie prawa płodu do życia. Prawo płodu, np. w prawie naturalnym, traktuje się jako nadrzędne wobec wszelkich zakazów i nakazów jego pozbycia się. Krytycy teorii Rossa uważają więc, że prawo płodu do życia to rodzaj *atu*, które nie może być porównywalne z innymi racjami. Ross z kolei broni się twierdząc, że ludzie często dokonują błędnych wyborów *atu* lub że wykorzystują wiedzę o nich do realizacji swoich własnych celów i interesów. Niemniej rozważania prowadzone w ramach teorii obowiązków *prima facie*, dotyczące doświadczenia moralnego i mechanizmów dokonywania wyborów, wydają się bardzo interesujące.

Spośród tych kilku teorii każda może stanowić podstawę wyborów etycznych, żadna natomiast nie może być ich jedyną podstawą. Trudno bowiem uznać za jedyną teoretyczną wykładnię, daleką od praktyki życia moralnego deontologię, a także związaną z doświadczeniami moralnymi, ale z kolei nieakceptującą ogólnych praw moralnych etykę obowiązków *prima facie*. Decyzje takie nie wydają się konieczne, jeśli uznamy, że istnieją możliwości zastosowania różnych podejść w odmiennych sytuacjach życiowych,

a dojrzałość moralna ludzi wymaga przynajmniej uświadomienia sobie wielości etycznych interpretacji rzeczywistości.

W praktyce życia moralnego rzadko wykorzystujemy całe *spectrum* stanowisk filozoficznych, najczęściej posługujemy się dychotomią konsekwencjonalizm – deontologia, odwołując się albo do skutków podjętych przez nas działań i decyzji, albo do obowiązków, zasad i reguł, nakazów i zakazów. Sądzę, że dominacja któregoś z tych dwóch rodzajów zależy zarówno od poziomu rozwoju naszej świadomości moralnej, posiadanych doświadczeń, jak i od charakteru sytuacji, której dotyczy, naszego nią zainteresowania, oczekiwań.

O związkach między poziomami rozwoju moralnego a „widzeniem” pragmatycznych lub etycznych aspektów zdarzeń i o stosowaniu odmiennych typów uzasadnień pisałam wcześniej, opierając się na dwukrotnie przeprowadzanych badaniach ogólnopolskich i badaniach nad wybranymi kategoriami społeczno-zawodowymi (Kopka 2000).

Pragmatyczny ogląd rzeczywistości niekoniecznie implikuje konsekwencjalistyczne podejście przy podejmowaniu życiowych decyzji, a moralny – podejście deontologiczne. Na pytanie, czy dokonując wyborów jesteśmy bardziej konsekwencjalistami czy deontologami spróbowałam znaleźć odpowiedź przeprowadzając wstępne, rozpoznawcze badania wśród 100 studentów III, IV i V roku socjologii Uniwersytetu Łódzkiego, w kontekście – powszechnie uważanych za ważne – dylematów bioetycznych.

Za istotne poznawczo uznałam zarówno informacje o rodzajach stosowanych przez respondentów uzasadnień własnych wyborów moralnych, jak i treść samych odpowiedzi, udzielanych przez nich na pytania o akceptację lub jej brak wobec takich działań, jak: badania prenatalne, inżynieria genetyczna, przeszczepy z osób nagle zmarłych i przeszczepy z embrionów poronionych spontanicznie, antykoncepcja, aborcja, eutanazja, klonowanie ludzkich komórek, tkanek, narządów oraz klonowanie człowieka. Ten drugi aspekt w badaniach opinii studentów socjologii był o tyle ważny, że nieco wcześniej, z wykorzystaniem tej samej ankiety, Jacek Roźniecki przeprowadził badania wśród 170 studentów łódzkiej medycyny. Pojawiała się więc możliwość porównań wyników badań obu grup studenckich i rejestracji ewentualnej specyfiki w postrzeganiu dylematów moralnych medycyny przez przyszłych lekarzy i młode osoby, które w przyszłości nie będą zawodowo związane z tą dyscypliną. Z pewnością także zakres posiadanej wiedzy odnośnie do badanych zagadnień studentów medycyny i socjologii jest różny. Pytania były jednak sformułowane na takim poziomie ogólności, aby nie wystąpiła konieczność wykorzystania specjalistycznej wiedzy.

Nie ulega wątpliwości, że problematyka medyczna i związane z nią dylematy moralne są bliższe studentom piątego roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego niż studentom socjologii Uniwersytetu Łódzkiego.

Jednakże mimo różnic w posiadanej wiedzy, prezentowane stanowiska obu zbiorowości studenckich były bardzo podobne (szczegółowe dane statystyczne przedstawia tab. 1).

Tabela 1

Opinie studentów o problemach etycznych w medycynie

Czy uważasz za moralnie dopuszczalne następujące działania?	Studenci socjologii UŁ (w %)				Studenci medycyny UM (w %)			
	tak	nie	trudno powiedzieć	ogółem	tak	nie	trudno powiedzieć	ogółem
1. Badania prenatalne	96,0	3,0	1,0	100,0	98,8	–	1,2	100,0
2. Inżynierię genetyczną	80,0	8,0	12,0	100,0	91,7	1,3	7,0	100,0
3. Przeszczepy narządów z osób nagle zmarłych	96,0	1,0	3,0	100,0	97,6	–	2,4	100,0
4. Przeszczepy z embriónów poronionych spontanicznie	68,0	5,0	27,0	100,0	43,5	25,9	30,6	100,0
5. Antykoncepcję	98,0	1,0	1,0	100,0	98,2	–	1,8	100,0
6. Aborcję	54,0	29,0	17,0	100,0	79,1	15,6	5,3	100,0
7. Eutanazję	62,0	18,0	20,0	100,0	62,0	23,9	14,1	100,0
8. Klonowanie ludzkich komórek, tkanek	58,0	25,0	17,0	100,0	58,0	37,3	4,7	100,0
9. Klonowanie człowieka	4,0	80,0	16,0	100,0	7,5	b.d.	b.d.	–

Źródło: oprac. własne.

W odniesieniu do pięciu, z poddanych ocenom dziewięciu dylematów bioetycznych, wystąpił prawie identyczny rozkład odpowiedzi akceptujących i nie akceptujących poszczególne działania wśród obu grup studentów. Spośród tych pięciu z kolei, trzy rodzaje działań zyskały bardzo wysoką aprobatę, dwa – zdecydowanie niższą. Za budzące najmniej zastrzeżeń o charakterze etycznym, respondenci uznali więc badania prenatalne (96,0% studentów socjologii i 98,8% studentów medycyny), stosowanie środków antykoncepcyjnych (98,0% studentów socjologii i 98,2% studentów medycyny) oraz dokonywanie przeszczepów narządów z osób nagle zmarłych, a ratujących życie czy zdrowie innych (analogicznie 96,0% i 97,6%). Generalnie więc antykoncepcja, badania prenatalne i przeszczepy narządów z osób zmarłych budziły najmniej zastrzeżeń u obu grup respondentów. Ze zdecydowanie mniejszą aprobatą obie kategorie badanych osób odniosły się do klonowania człowieka oraz klonowania ludzkich komórek czy narządów.

Ponad połowa badanych osób (58,0% socjologów i 52,5% studentów medycyny) uznała za moralnie dopuszczalne klonowanie komórek, tkanek, narządów. Zdecydowanie rzadko jednak obie grupy studentów zgadzały się na klonowanie człowieka (analogicznie: 4,0 i 7,5%), co jest skutkiem nowości problemu i wielości zastrzeżeń zgłaszanych w mediach, przez Kościół, a także w literaturze przedmiotu.

Różnice ustosunkowań omawianych grup studenckich dotyczą natomiast czterech innych dylematów, związanych z inżynierią genetyczną, przeszczepami z embrionów, eutanazją i aborcją. W odniesieniu do inżynierii genetycznej, wykorzystywanej do leczenia chorób lub przedłużania życia, nieco częściej bardziej przyzwalający byli studenci medycyny (91,7%) niż studium socjologii (89,8%). Także zabiegi przerywania ciąży znacznie częściej (79,1%) akceptowali studenci medycyny niż socjologii (54,0%). W tym przypadku wystąpiły pewne różnice pomiędzy płciami – nieco częściej przyzwalały na aborcję studentki niż studenci (socjologia: 55,5 i 50,0%; medycyna: 79,9% i 77,7%). Socjologowie natomiast dużo częściej byli skłonni zaakceptować eutanazję (62,0% wobec 47,9% osób z medycyny) oraz przeszczepy z embrionów nie będących jednakże wynikiem aborcji (analogicznie 68,0 i 43,5%).

Płeć zróżnicowała postawy wobec eutanazji i klonowania człowieka. W obu przypadkach częściej aprobatę deklarowali mężczyźni niż kobiety, co ciekawe – na obu uniwersytetach. Podobnie, na obu uniwersytetach, było najwięcej osób, które nie potrafiły się zadeklarować ani na „tak”, ani na „nie” w odniesieniu do przeszczepów z embrionów poronionych spontanicznie i eutanazji.

Ten rodzaj analizy zwrócił uwagę na znaczne podobieństwo postaw obu grup studentów. Różnice sprowadzały się do częstszego przyzwolenia na eutanazję i przeszczepy z embrionów w przypadku studentów socjologii, a na inżynierię genetyczną – studentów medycyny. Brak pogłębionych analiz nie pozwala jednoznacznie wyjaśnić tego zjawiska. Jednocześnie, wyniki badań, w których respondentami byli studenci medycyny, zostały potwierdzone w innych badaniach nad 83 osobami studium na trzecim roku medycyny, przeprowadzonymi przez M. D. Gudaszewską w tym samym czasie – w ramach pracy magisterskiej. W badaniach tych, traktujących wyłącznie o eutanazji, odpowiedzi akceptujących eutanazję udzieliło 39,8% osób, w tym 30,0% wśród kobiet i 53,1% wśród mężczyzn. I tym razem mężczyźni okazali się bardziej przyzwalający niż kobiety. Gwoli ścisłości należy jednak przypomnieć, że we wcześniejszych badaniach M. Gałuszki, również wśród studentów medycyny w Łodzi (1994), więcej było zwolenników eutanazji (64,7%) niż jej przeciwników (26,3%), niewielkie były także różnice między kobietami (66,0% akceptowało eutanazję) a mężczyznami (63,0%).

Bardzo ciekawe wyniki dało zupełnie odmienne spojrzenie na zebrane w badaniach materiały, a szczególnie uzasadnienia stanowisk zadeklarowanych

w kolejnych kwestiach. W tym przypadku, ze względu na niemożność porównania materiałów zebranych w obu badaniach, oparłam się wyłącznie na treści uzasadnień podawanych w ankietach przez studentów socjologii. Mniej interesujące było dla mnie, jak tłumaczą oni swoje decyzje „za” lub „przeciw” kolejnym problemom bioetycznym. Zwróciłam raczej uwagę na charakter podawanych argumentów, bez względu na to, czego one dotyczą i czy są związane z akceptacją czy z odrzuceniem konkretnych działań medycznych.

Pytania o uzasadnienia zajmowanych stanowisk miały charakter otwarty, a tym samym prezentowane przez respondentów opcje były bardzo zróżnicowane.

Analiza zebranych wypowiedzi służyła odczytaniu zajmowanych przez respondentów stanowisk, z wykorzystaniem dychotomii konsekwencjalizm – deontologia, jako tej, która swoim zakresem obejmuje większość orientacji moralnych ludzi. Przyjęłam, że podejmując decyzje, ludzie rozważają przede wszystkim konsekwencje swoich działań, w mniejszym stopniu dostosowując się do obowiązujących reguł. Są bardziej konsekwencjalistami niż deontologami. Podział ten nie wyczerpał wszystkich rodzajów podawanych uzasadnień, niektóre z nich zresztą trudno poddawały się klasyfikacji, zdecydowana większość mieściła się jednakże w podanej dychotomii.

Tłumacząc swoje decyzje respondenci stosowali zarówno argumentację jednego, jak i drugiego rodzaju, brali pod uwagę skutki różnych działań oraz konieczność podporządkowania się pewnym regułom, nakazom i zakazom. Analizując charakter uzasadnień podawanych w odpowiedzi na każdy temat i sumując dokonywane wybory uzyskałam informację, które z tych dwóch stanowisk liczebnie dominowało wśród wszystkich podawanych przez studentów argumentów.

Na pytanie, czy uważają **badania prenatalne** za moralnie dopuszczalne, odpowiadali w większości (60,8% wszystkich wskazań) odwołując się do stanowiska konsekwencjalistycznego, a więc m. in., że istnieją możliwości wykrycia genetycznych wad płodu i wykonania zabiegów ratujących mu zdrowie lub życie, wykrycia zagrożeń dla zdrowia i życia kobiety, że stwarzają możliwość przygotowania się do opieki nad chorym dzieckiem, że są dopuszczalne, jeśli nie zagrażają życiu czy zdrowiu matki i dziecka. Znacznie rzadziej (34,0% wskazań) odwoływali się do deontologii, pisząc np., że rodzice mają prawo do informacji o stanie zdrowia dziecka, że należy podejmować świadome decyzje lub że badania te są prawnie niedozwolone. Inne odpowiedzi stanowiły 5,2% wyborów.

Na pytanie, czy **inżynieria genetyczna** stosowana dla leczenia chorób lub przedłużania życia jest moralnie dopuszczalna, w zdecydowanej większości dokonanych wyborów (82,8%) orientowano się na konsekwencje działań, np. pisano, że poprawia ona jakość życia, ratuje zdrowie, ale także, że za

mało wiemy o negatywnych konsekwencjach wielu działań, że może doprowadzić do podziału na ludzi „lepszyc” i „gorszych”. Bardzo rzadko (2,3%) odwoływano się do prawa, także rzadziej występowały inne, trudne do zakwalifikowania opinie bądź niezrozumienie pytania (14,9%).

Uzasadnienia o charakterze konsekwencjalistycznym przeważały także (70,4% wskazań) w odpowiedzi na pytanie czy **przeszczepy z osób nagle zmarłych**, a ratujące życie lub zdrowie, są moralnie dopuszczalne. Podkreślano, że przeszczepy takie mogą być ratunkiem dla ciężko chorych, a osoby zmarłe nie potrzebują już tych narządów. Deontologiczne podejście było rzadsze (21,0%) – studenci pisali np., że życie powinno być traktowane jako nadrzędna wartość, a ciało jest nosicielem ducha (innych odpowiedzi było 8,6%).

W odpowiedzi na podobne pytanie – czy **przeszczepy z embrionów** (poronionych spontanicznie), ratujące życie innych, są moralnie dopuszczalne, zdecydowanie przeważała orientacja na skutki działań (77,6%). Zwracano uwagę na to, że przeszczep może uratować komuś życie, należy jednak wykluczyć nadużycia, trzeba wziąć pod uwagę długofalowe konsekwencje przeszczepów. W ujęciu deontologicznym (3,0 wyborów) pisano, że embrion nie jest jeszcze człowiekiem, lub że jest to niedopuszczalna ingerencja w życie ludzkie (18,4% to inne odpowiedzi).

Kolejnym przykładem na częstsze odnoszenie się do konsekwencji niż do reguł były uzasadnienia odpowiedzi na pytanie o dopuszczalność moralną **antykoncepcji**.

Orientacja na skutki stosowania lub niestosowania antykoncepcji dotyczyła 90,7% wyborów i zawierała takie wypowiedzi, jak: zapobiega niechcianym ciążom, jest lepsza niż aborcja, przyczynia się do spadku liczby urodzeń, jest przydatna w leczeniu hormonalnym kobiet, uniezależnia od natury. W ujęciu deontologicznym (7,2% wyborów) zwrócono uwagę, że jest to sprawa przekonań, światopoglądu, pozostałe (2,1%) to inne uzasadnienia, które – podobnie jak w odniesieniu do innych pytań – albo zawierały kategorie odpowiedzi, albo zbyt ogólną treść lub stwierdzenie niemożności uzasadnienia swojej opinii.

Ostatnim, szóstym pytaniem, w odpowiedzi na które dominowała argumentacja konsekwencjalistyczna było pytanie o moralną ocenę **klonowania ludzkich komórek, tkanek, narządów**. W zasadzie, poza brakiem uzasadnień (11,0%), wszystkie wskazania miały charakter konsekwencjalistyczny. Respondenci mówili więc, że klonowanie może przyczyniać się do ratowania zdrowia lub życia, jest zbyt dużą ingerencją w naturę, może wymknąć się spod kontroli, trudno rozpoznać jego długofalowe konsekwencje.

Pewne zaskoczenie stanowił jednak fakt, że w uzasadnieniach odpowiedzi na pozostałe pytania odnotowano niewielką przewagę orientacji deontologicznej. Było to o tyle zrozumiałe, że pytania o aborcję, eutanazję

i klonowanie człowieka wydają się bezpośrednio dotyczyć życia i tożsamości podmiotowej ludzi. W tych przypadkach odwołujemy się więc częściej do reguł, które w sposób zasadniczy chronią podstawowe wartości.

W odniesieniu do **aborcji** przeważały więc uzasadnienia o charakterze deontologicznym (50,0%). Respondenci pisali, że jest ona pozbawianiem życia, że to sprawa przekonań, światopoglądu, wolnej woli kobiety. W uzasadnieniu stanowiska konsekwencjalistycznego (45,1%) pisali natomiast, że w sytuacji gwałtu, niechciany ciąży, trudnej sytuacji matki, negatywnego wpływu na jej zdrowie, aborcja jest mniejszym złem. Pozostałe 4,9%, to inne odpowiedzi.

Podobnie rzecz się ma z **eutanazją**. W większości argumentów o charakterze deontologicznym (43,8% wskazań) koncentrowano się na tym, że każdy ma prawo decydować o swoim życiu i śmierci, lub że nie mamy takiego prawa, oraz że eutanazja jest niedopuszczalna ze względów religijnych. Orientując się na konsekwencje (41,2%) podkreślano, że eutanazja pozwala skrócić cierpienia chorych i ich rodzin, może sprzyjać patologiom. Kategoria „inne” stanowiła 15,0%.

Ustosunkowując się do klonowania człowieka respondenci odwoływali się i do reguł (47,6% wskazań) pisząc, że jest to wbrew naturze, człowiek nie jest Bogiem, każdy powinien pozostać niepowtarzalny, i do skutków działań (46,3%) podkreślając, że może to służyć przedłużaniu gatunku, mogą wystąpić negatywne konsekwencje, świat jest przeludniony, istnieje niebezpieczeństwo patologizacji działań. Kategoria „inne” stanowiła tu 6,1%.

Czy to źle, że ludzie zwracają uwagę bardziej na skutki swoich działań niż na obowiązujące reguły, nakazy i zakazy? Z pewnością jest to rezultat większego poczucia wolności i odpowiedzialności za własne życie i podejmowane decyzje. Nie można być moralnym nie będąc wolnym. Także odpowiedzialność pojawia się wraz z wolnością moralną. Stajemy wobec odpowiedzialności sami podejmując decyzje.

Czyż jednak, koncentrując się na konsekwencjach naszych działań, nie odwołujemy się również do praw i reguł, przenosząc analizy na inny poziom?

Nie wykluczam, że wiąże się to z procesami indywidualizacji, sekularyzacji i relatywizacji naszej moralności. Badania nad stosunkiem studentów do wybranych problemów bioetyki są tylko kolejnym, do rozpoznania tego zagadnienia, przyczynkiem.

BIBLIOGRAFIA

- Bentham J., 1958, *Wprowadzenie do zasad moralności i prawodawstwa*, Warszawa.
Grocjusz H., 1957, *O prawie wojny i pokoju*, Warszawa.
Gudaszewska M. D., 2003, *Przyszli lekarze wobec sporu o eutanazję* [praca magisterska], Łódź.

- Kopka J., 2000, *Spoleczny wymiar postrzegania moralnego. Studium socjologiczne*, Łódź.
Mill J. S., 1959, *Utylitaryzm. O wolności*, Warszawa.
Singer P. (red.), 2000, *Przewodnik po etyce*, Warszawa.
Tomasz z Akwinu Św., 1962, *Summa Theologiae*, Londyn.

Jolanta Kopka

**THEORETICAL GROUNDS OF BIOETHICAL CONSIDERATIONS
(CONSEQUENTIALIST AND DEONTOLOGICAL SOLUTIONS TO MORAL DILEMMAS)**

Theoretical part of this article includes presentation of a few chosen ethical positions, which may variously imply moral decisions: natural law, utilitarianism, consequentialism, deontology and ethics of obligations *prima facie*.

Empirical part presents results of questionnaire research made on 100 students of sociology and 170 students of medicine on the subject of their opinions on: abortion, euthanasia, transplants from the dead and embryos, cloning of cells and persons, genetics engineering, contraception and pre-natal tests.

The research results lead to analysis of explanations of decisions of students. They represented two main ethical positions: consequentialist and deontological one, with the majority of the first position.