

**KOMENTARZ DO TEKSTU AGATY STRZĄDAŁY „KRYZYS GLOBALNEJ  
BIOETYKI. NEOKONFUCJAŃSKA KRYTYKA BIOETYKI GLOBALNEJ”  
(KHG, NR 8)**

Zachodzące współcześnie procesy globalizacyjne przyczyniają się do tego, iż na nowo stawiamy pytanie o możliwość sformułowania etyki globalnej. Zarazem gwałtowny rozwój technik medycznych przyczynia się do kumulacji tych pytań również w zakresie etyki medycznej. W związku z tym warto jest poddać pod namysł trzy sprawy. Pierwsza dotyczy tego, czy faktycznie, a jeśli tak, to w jakim rozumieniu oraz w jakim zakresie powinniśmy rzeczywiście kwestionować etykę uniwersalną. Po drugie, ważne jest zastanowienie się nad tymi przypadkami, w których zdaje się zanikać charakterystyczny dla Zachodu moment podmiotowego traktowania pacjenta. Ważne jest to zwłaszcza w kontekście odmiennych propozycji występujących w kulturze konfucjańskiej. Po trzecie, warto też rozważyć różnicę, która w tej dziedzinie zachodzi pomiędzy teorią oraz praktyką.

Pierwsza z tych kwestii wydaje się mieć pozornie proste rozwiązanie. Jeśli bowiem uwzględnić dominujące od początków XX stulecia przekonanie, iż zachodnia kultura jest tylko jedną z wielu kultur, to konsekwencją tego jest uznanie, iż podobna wielość i różnorodność charakteryzuje świadomość moralną oraz sferę etosu. Jeśli zatem dałoby się w ogóle wskazywać jakiegokolwiek wspólne i uniwersalne wartości, to będą one miały charakter tylko formalny, bowiem ich materialna charakterystyka będzie już wyglądała odmiennie, różnie w różnych kulturach. Taka odpowiedź nie jest jednak wcale wolna od wątpliwości. Idzie zwłaszcza o to, iż z punktu widzenia aksjologii tego typu wspólne wartości, jak na przykład powinność opieki nad człowiekiem chorym lub powinność opieki dzieci nad znajdującymi się w podeszłym wieku i chorymi rodzicami, to nie są tylko wartości formalne, pozbawione treści. Posiadają bowiem wyraźnie wyodrębnioną treść, przez co w ogóle odróżniają się od innych wartości, np. od powinności ostrożnej jazdy samochodem. To zaś oznacza, iż takie wspólne wartości są uniwersalne również w części swojej treści. Ważne jest również to, że doświadczenie przyrodniczych kataklizmów

poucza, iż w tego typu sytuacjach wychodzi na jaw chyba powszechne dla ludzkich istot poczucie solidarności, ujawniające się choćby w przekonaniu, iż poszkodowanym trzeba udzielać pomocy.

Druga kwestia to sprawa tego, czy w kontekście bioetyki kultura Zachodu jest faktycznie zbudowana na zasadzie autonomii i podmiotowości jednostki. Ta zasada jest jednym z najogólniejszych aksjologicznych aksjomatów Zachodu — to wątpliwości nie podlega. Świadczą o tym zarówno filozoficzne traktaty, jak i wartości, na których jest ufundowana Unia Europejska. Ale zarazem wiemy przecież, iż sfera bioetyki stanowi dziedzinę, w której trudno jest ot tak po prostu zastosować ogólne zachodnie wartości. W czym to widać? Sądzę, że przede wszystkim w argumentacji, którą wysuwa się w sporze dotyczącym właściwej relacji pomiędzy pacjentem i lekarzem, znanym jako spór między koncepcją paternalistyczną a koncepcją stosunku partnerskiego. Mianowicie obrońcy paternalizmu wskazują — i nie bez racji — na ważne ograniczenia, z którymi musimy się liczyć badając etyczne aspekty stosunku pomiędzy pacjentem i lekarzem. Sporne przecież są nie sytuację zwykłej, lekkiej choroby, w której pacjent zdaje się zwykle bez zastrzeżeń na decyzję lekarza. Sporne są sytuacje, w których mamy do czynienia z chorobami poważnymi, zagrażającymi nie tylko zdrowiu, lecz także życiu pacjenta. Czy bowiem możemy jednoznacznie zgodzić się na to, iż chory, który dowiaduje się o swojej poważnej chorobie, ma dalej mimo szoku związanego z uzyskaną wiedzą zdolność obiektywnego — a przez to najlepszego dla własnego zdrowia — zadecydowania? Co jeszcze ważniejsze, jeżeli jednym z warunków, na których opiera się podmiotowe podejmowanie decyzji jest możliwość uzyskania obiektywnego rozeznania w sytuacji, do której odnosi się wybór, to wydaje się, że w wypadku pacjenta (który nie jest lekarzem), warunek ten nie może być spełniony.

I wreszcie trzecia sprawa to, jak sądzą, konieczność wprowadzenia odróżnienia pomiędzy teoretycznym obrazem praktyki oraz samą praktyką. Pod tym względem, nawet jeśli się zgodzimy na to, iż zachodnia bioetyka ma skłonność do rozwiązań w duchu podmiotowego stosunku partnerskiego, to ta skłonność nie musi już wyznaczać realnego postępowania. Widać to choćby w sytuacji, gdy osobie chorej nie udziela się pełnej informacji o rokowaniach jej choroby, wychodząc ze słusznego skądinąd przekonania, iż wiedza o nich nie wpłynie pozytywnie na terapię. Na gruncie polskim jest zaś jeszcze jeden czynnik, który ową „teoretyczną” podmiotowość pacjenta stawia pod znakiem

zapytania. Finansowe i systemowe kłopoty instytucji należących do systemu opieki zdrowotnej powodują, iż podmiotowa decyzja pacjenta napotyka często na barierę czasu oraz środków. Długie oczekiwanie na rozpoczęcie leczniczej procedury oznacza sytuację dla podmiotowości pacjenta wysoce kłopotliwą. Okazuje się bowiem, że nawet jeżeli jego decyzja jest podmiotowa, to nie można spełnić drugiego warunku podmiotowości. W idei podmiotowości idzie wszak nie tylko o to, aby pacjent mógł sam decydować, ale także — a może nawet jeszcze bardziej — o to, aby rezultat tej decyzji mógł być urzeczywistniony.