

**OD AUTONOMII  
OSOBY  
DO AUTONOMII  
PACJENTA**



WYDAWNICTWO  
ŚW. STANISŁAWA BM

**Redakcja naukowa:**

Grzegorz Hołub

Piotr Duchliński

Tadeusz Biesaga

**Korekta językowa tekstów angielskich:**

Adrian Reimers

Agnieszka Kryszewska

**Recenzja wydawnicza:**

Prof. dr hab. Ryszard Moń – UKSW Warszawa

Prof. UAM dr hab. Krzysztof Stachewicz – UAM Poznań

**Korekta:**

Irena Gubernat

**Skład:**

Teresa Karkowska

ISBN 978-83-7422-523-6

**Wydawnictwo św. Stanisława BM**

**Archidiecezji Krakowskiej**

31-101 Kraków, ul. Straszewskiego 2

tel. (12) 429 52 17, 62 88 218

e-mail: [wydawnictwo@stanislawbm.pl](mailto:wydawnictwo@stanislawbm.pl)

[www.stanislawbm.pl](http://www.stanislawbm.pl)

**Druk**

Cyfrowy Druk Usługowy Tyniec

## Spis treści

<b>Wstęp</b>	<b>11</b>
<b>I. AUTONOMIA W WYBRANYCH KONCEPCJACH FILOZOFICZNYCH</b>	<b>15</b>
<b>Piotr Mazur</b>	
<b>Autonomia osoby w myśli klasycznej</b>	<b>17</b>
1. Uwagi wstępne	17
2. Fenomen ludzkiego działania	19
3. Ontyczne podstawy autonomii osoby ludzkiej	21
3.1. Aspekt przedmiotowy – przygodność, pluralizm i odrębność bytów	21
3.2. Aspekt podmiotowy – wolność	24
4. Natura autonomii	27
5. Wymiar moralny autonomii	32
6. Znaczenie autonomii	36
Zakończenie	39
Summary: The Autonomy of the Person in the Classical of Philosophy	42
<b>Anna Tomaszewska</b>	
<b>Autonomia w etyce Immanuela Kanta a współczesna bioetyka</b>	<b>44</b>
Wstęp	44
1. Autonomia w <i>Uzasadnieniu metafizyki moralności</i>	45
2. Moralność, wolność i osoba	53
3. Autonomia w etyce Kanta i w utilitaryzmie	59
Podsumowanie	64
Summary: Autonomy in Immanuel Kant's Ethics and the Contemporary Bioethics	65

## **Józef Bremer**

### **O możliwości autonomii osoby**

<b>w świetle współczesnej filozofii empirycznej</b>	<b>67</b>
1. Autonomia osoby na przykładzie pytania o wolność woli	67
2. Krótka historia pojęć	68
2.1. Fatalizm i determinizm	72
2.2. Autonomia	69
3. XIX-wieczne pytania o autonomię osoby i wolność woli	71
4. <i>Manifest</i> neuronaukowców	
o współczesnych i przyszłych badaniach mózgu	74
5. Autonomia wolnej woli	77
6. Wolne podejmowanie decyzji	81
Podsumowanie	86
Summary: About the Possibility of the Autonomy of a Person in the Light of Contemporary Empirical Philosophy	89

## **Piotr Duchliński**

### **Fenomenologia i metafizyka autonomii. Heurystyczna rola kategorii układu względnie izolowanego w rozumieniu**

<b>autonomii osoby</b>	<b>90</b>
Wstęp	90
1. Doświadczenie autonomii/wolności z perspektywy pierwszoosobowej	92
2. Autonomia na poziomie decyzji	97
3. Płaszczyzny konstytuowania autonomii „ja”-podmiotu	106
4. Układ względnie izolowany – wyjaśnienie autonomii wolnego wyboru	114
5. Struktura psychoontologiczna osoby a autonomia	124
6. Centrum autonomii osoby	128
7. Wnioski końcowe	132
Summary: Phenomenology and Metaphysics. Heuristic Role of the Category of a Relatively Isolated System in Constituting Personal Autonomy	136

## **II. AUTONOMIA W NAMYŚLE BIOETYCZNYM 139**

**Grzegorz Holub**

### **Co skrywa zasada autonomii? 141**

Wstęp 141

1. Cztery principia: ich ewolucja i charakter 141

2. Znaczenie autonomii, jej rodzaje i ograniczenia.

    Respekt dla autonomii 144

3. Sposoby manifestowania autonomii 150

4. Zasada autonomii a koncepcja człowieka 152

Zakończenie 165

Summary: What does the Principle of Autonomy Hide? 167

**Tadeusz Biesaga**

### **Autonomia a godność osoby 169**

1. Zamiana zasady godności osoby w bioetyce  
    na zasadę autonomii 169

2. Od paternalizmu lekarza do autonomizmu pacjenta 174

3. Wobec zagrożeń autonomii lekarza 178

Abstract: Autonomy and Dignity of a Person 183

**Sebastian Galecki**

### **Autonomia pacjenta a prymat sumienia 184**

Wprowadzenie 184

1. Prawa lekarza: klauzula sumienia 187

2. Prawa pacjenta: autonomia pacjenta 190

3. Kontrowersje 192

4. Fundamentalna metazasada etyczna:  
    prymat sumienia 197

Summary: The Autonomy of the Patient  
and the Principle of Conscience 201

### **III. AUTONOMIA WOBEC SZCZEGÓŁOWYCH PROBLEMÓW BIOETYKI** **203**

**Marta Soniewicka**

#### **Prawno-etyczne aspekty autonomii prokreacyjnej** **205**

1. Wprowadzenie: medycyna gnomiczna 205
2. Reprodukcyjne testy genetyczne 207
3. Decyzje prokreacyjne oparte na ryzyku zdrowotnym potomstwa, medycyna prewencyjna, „ulepszanie” genetyczne 208
4. Autonomia prokreacyjna 215
  - 4.1. Pojęcie 215
  - 4.2. Granice 217
5. Prawo dziecka do otwartej przyszłości 222
6. Relacja rodzicielska 226
7. Podsumowanie: odpowiedzialność za powołanie do życia 227

Summary: Legal and Ethical Aspects of Procreative  
Autonomy in the Context of Reproductive  
Genetic Testing 229

**Jan Piasecki**

#### **Autonomia pacjenta i władza medycyny w perspektywie wspomaganej śmierci** **230**

1. Uwagi wstępne 230
2. Władza medycyny i autonomia pacjenta 231
3. Prawo w Niderlandach 234
4. Krytyka władzy medycyny 235
5. Autonomia lub ograniczona władza 246

Summary: Patient Autonomy, Medical Power  
and Assisted Death 248

**Andrzej Muszala**

#### **Autonomia chorego na AIDS** **249**

1. Konflikt wartości – zachowanie tajemnicy  
lekańskiej czy ochrona społeczeństwa przed zakażeniem 249

2. Sposób uzyskania informacji o nosicielstwie HIV	250
3. Zakres tajemnicy lekarskiej w przypadku chorego na AIDS	251
Podsumowanie	255
Summary: The Autonomy of a Patient with AIDS	256

### **Jan Iwaszczyszyn**

#### **Autonomia pacjenta w kontekście**

#### **opieki paliatywnej**

**257**

1. Specyfika i odrębność medycyny paliatywnej	258
2. Rola psychologii, etyki i filozofii w adaptacji pacjenta do nieuleczalnej choroby	261
3. Autonomia chorego oraz relatywność decyzji w procesie terapeutycznym	263
4. Praktyczne znaczenie autonomii chorego	268
5. Autonomia lekarza	270
6. Własne doświadczenia dotyczące autonomii chorego	276

Summary: Patient's Autonomy in the Context of Palliative Care

285

### **Brad Sweet**

#### **Problems with Autonomy: Abuses of Autonomy in the Canadian Health Care Context**

**287**

1. The Canadian Perspective	288
2. Current Practice and Cases	289
Case 1: Mr Hassan Rasouli	289
Case 2: „Thomas”	291
3. Concerns	294

Streszczenie: Problemy z autonomią. Nadużycia autonomii w kanadyjskim kontekście opieki zdrowotnej

298







Tadeusz Biesaga

## Autonomia a godność osoby

### 1. Zamiana zasady godności osoby w bioetyce na zasadę autonomii

Śledząc początki i rozwój współczesnej bioetyki i etyki medycznej, można zauważyć w pewnych jej nurtach stopniową zamianę zasady szacunku dla osoby i jej godności na zasadę szacunku dla jej autonomii. Da się to zauważyć między innymi w bioetyce anglo-amerykańskiej, głównie w bioetyce czterech zasad, zwanej pryncypizmem, w bioetyce laickiej H. Engelhardta czy w kontraktalizmie R. Veatcha. Niniejszy tekst spróbuje odpowiedzieć na pytanie, czy tego typu zabieg jest uzasadniony, czy poszerza i wzmacnia, czy też zawęża i osłabia podstawy bioetyki i etyki medycznej?

Wyraźne postawienie bioetyki jako nauki o przetrwaniu w centrum dyskusji w roku 1970 przez onkologa z Uniwersytetu Wisconsin (USA) V.R. Pottera oraz założenie w roku 1971 przez holenderskiego fizjologa i embriologa A. Hellegersa, na prowadzonym przez jezuitów Uniwersytecie Georgetown w Waszyngtonie, pierwszego, wpływowego w tej dziedzinie, ośrodka akademickiego zwanego Instytutem Kennedyego, zaowocowało dość intensywną i pogłębioną refleksją nad filozoficznymi, naukowymi, a nawet teologicznymi podstawami bioetyki<sup>246</sup>. Od początku powstania Instytutu Etyki Kennedyego, który nadawał stopnie naukowe *master* i *doctor* z bioetyki, współpracowali z nim znani chrześcijańscy teolodzy i filozofowie moralności, tacy jak: P. Ramsey, B. Häring,

---

<sup>246</sup> T. Biesaga, *Początki bioetyki, jej rozwój i koncepcja*, [w:] *Podstawy i zastosowania bioetyki*, red. T. Biesaga, Kraków 2001, s. 11–25.

R. McCormick, Ch. Curran, S. Hauerwas i J. Fuchs<sup>247</sup>. Szczególny wkład w rozwój filozoficznych podstaw bioetyki i etyki medycznej przypadł lekarzowi i humaniście E.D. Pellegrinowi, dyrektorowi Instytutu Etyki Kennedyego w latach 1983–1989 oraz założycielowi i dyrektorowi w latach 1991–1996 Centrum Bioetyki Klinicznej w Uniwersytecie Georgetown w Waszyngtonie<sup>248</sup>.

Wyżej wymieniony ośrodek naukowy oraz wspomniani myśliciele rozwijali bioetykę, czerpiąc inspirację z filozofii klasycznej oraz z personalizmu chrześcijańskiego. Odwoływali się w niej do zasady godności osoby ludzkiej oraz zasady dobroczynności, czyli realizacji dobra pacjenta, w teleologicznie ujętej praktyce medycznej.

Za **początek stopniowej rezygnacji z zasady godności** osoby na rzecz zasady autonomii można uznać rok 1979. Przesunięcie to dokonało się nie tyle pod wpływem wspomnianej wyżej bioetyki filozoficznej i teologicznej, ile pod wpływem zapotrzebowań praktycznych. Dla ich realizacji powołano różnorodne komisje narodowe USA, którym zlecono przygotowanie opinii bioetycznych dla rozstrzygnięć prawnych dotyczących szczególnie początku życia ludzkiego, sztucznego zapłodnienia *in vitro*, aborcji, diagnostyki prenatalnej, klonowania, komórek macierzystych, badań naukowych czy eksperymentów medycznych. Dwa dokumenty Komisji Narodowej USA: jeden z roku 1975 zatytułowany *Report and Recommendations: Research on the Fetus* oraz drugi z roku 1979 zatytułowany *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*, posługują się jeszcze w swej argumentacji zasadą szacunku dla osoby, ewentualnie dla jej godności.

---

<sup>247</sup> R.A. McCormick, *Theology and Bioethics: Christian Foundations*, [w:] red. E.E. Shelp, *Theology and Bioethics: Exploring the Foundations and Frontiers*, Boston 1985, s. 95–113; G. Hohub, *Teolodzy chrześcijańscy u początków współczesnej bioetyki*, [w:] *Podstawy i zastosowania bioetyki*, red. T. Biesaga, Kraków 2001, s. 27–42.

<sup>248</sup> David C. Thomasma, *Edmund D. Pellegrino Festschrift*, „Theoretical Medicine” nr 18 (1997), 1–6.

Mimo że *The Belmont report* oraz praca *Principles of Biomedical Ethics* T.L. Beauchampa i J.F. Childressa<sup>249</sup> powstawały w tym samym czasie, a do tego pierwszy z wymienionych autorów uczestniczył aktywnie w końcowym etapie komisji przygotowującej ten raport, to jednak po stopniowym ograniczaniu w raporcie zasady szacunku dla osoby na rzecz szacunku do autonomii, pierwsza z tych zasad została w opublikowanym podręczniku pryncypizmu wyeliminowana na rzecz drugiej.

Powodem tej ważnej zmiany były między innymi **praktyczne wymagania** postawione komisjom i bioetykom w nich uczestniczącym. W obu przypadkach chodziło o wypracowanie prostych, praktycznych, przydatnych zasad dla podejmowania decyzji medycznych oraz dla formułowania rozstrzygnięć prawnych, związanych z coraz to nowymi możliwościami współczesnej biotechnologii.

W komisji już na początku zarysowały się dwa podejścia. Niektórzy chcieli, aby sięgając do antropologii i etyki Milla czy Kanta, opracować raport jako tekst filozoficzny. Inni chcieli uwolnić go od akademickiej filozofii i sformułować wskazania czysto praktyczne<sup>250</sup>. T. Beauchamp i J. Childress w pracach komisji sugerowali się nagromadzonymi przez siebie notatkami, głównie z pism W.D. Rossa i W. Frankeny, dotyczącymi pryncypiów i teorii etycznych. Ostatecznie zwolennicy opcji filozoficznej ulegli żądaniom opcji praktycznej, czego efektem było oczyszczenie, zaprezentowanych w raporcie trzech pryncypiów, z filozoficznych wyjaśnień i uzasadnień. Pozostały tylko krótkie wzmianki o tym, jak należy praktycznie rozumieć sformułowane zasady, na ile każda z nich jest niezależna i w jaki sposób jest związana z etyką badań naukowych.

---

<sup>249</sup> T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford 1979, Oxford 1994 (*Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzyński, Warszawa 1996).

<sup>250</sup> T. Beauchamp *The Origins, Goals, and Core Commitments of The Belmont Report and Principles of Biomedical Ethics*, [w:] red. J.K. Walter, E.P. Klein, *The Story of Bioethics. From Seminal Works to Contemporary Explorations*, Washington 2003, s. 20.

W centrum raportu znalazły się trzy zasady: szacunku dla osób (*respect for persons*), dobroczynności (*beneficence*) i sprawiedliwości (*justice*)<sup>251</sup>. Określono też praktyczne rozumienie i stosowanie tych zasad. „Szacunek dla osoby – pisze jeden z komentatorów – stosuje się do poinformowanej zgody (*informed consent*), dobroczynność – do oszacowania ryzyka i korzyści (*risk-benefit assessment*), sprawiedliwość (*justice*) – do wyboru osób do badań czy eksperymentów medycznych”<sup>252</sup>. Każdej zasadzie jasno przypisano wytyczne sposoby stosowania.

Powyższy schemat interpretacji obowiązywał w całym dokumencie. Mimo że zasada szacunku dla osoby wymagała uzyskania poinformowanej zgody, to jednak chroniła ona nie tylko autonomię, ale szerzej – godność osób, i to nie tylko zdolnych, ale również niekompetentnych, niezdolnych do autonomicznych aktów<sup>253</sup>. Raport, stosując zasadę szacunku dla osoby (*respect for persons*), podkreślał prawo do opieki przysługujące zarówno osobom **świadomie używającym swojej autonomii**, jak również osobom z **ograniczoną autonomią**, a nawet osobom **niezdolnym do autonomii**. Znaczy to, że w rozstrzygnięciach etycznych pojęcie osoby traktowane było jako zakresowo od niej szersze i nadrzędne względem autonomii. Relacja między szacunkiem dla osoby a autonomią potraktowana była w raporcie asymetrycznie. Wraz ze zmniejszaniem się czyjeś autonomii dokument domagał się zwiększania ochrony takiej osoby. Zwiększonej ochrony domagano się dla dzieci, dla nieletnich, dla ubezwłasnowolnionych z powodu różnych chorób<sup>254</sup>.

Tymczasem w książce T. Beauchampa i J. Childressa *Principles of Biomedical Ethics* **zasada szacunku dla osoby i jej godności**

<sup>251</sup> Tamże, s. 18.

<sup>252</sup> Tamże, s. 21.

<sup>253</sup> Tamże.

<sup>254</sup> M. Therese Lysaught, *Respect: Or, How Respect for Persons Became Respect for Autonomy*, „Journal of Medicine and Philosophy” nr 29 (2004), s. 665–680.

**znika.** Nie ma jej wśród czterech wymienionych pryncypiów, takich jak zasady autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i sprawiedliwości. Usunięcie jej niesie daleko idące konsekwencje. Znika bowiem możliwość odwołania się do zasady szerszej niż psychologicznie przeżywana oraz różnie funkcjonująca ludzka autonomia. Zasada autonomii chroni bowiem tylko aktualnie zdolnych do aktów autonomicznych, ale nie chroni człowieka w okresie prenatalnym, noworodków, dzieci oraz osób z różnymi schorzeniami neurologicznymi czy psychicznymi.

Można wskazać liczne powody porzucenia zasady chroniącej wszystkich ludzi na rzecz zasady chroniącej tylko autonomiczne podmioty. Być może zaważył w tym względzie pragmatyzm i indywidualizm amerykańskiej demokracji, w której decyzjom konkretnej jednostki przypisuje się absolutne znaczenie w określaniu jej własnego, prywatnego dobra. Odwołanie się **do autonomii pacjenta** wydawało się **mniej problematyczne**. Sądzone, że indywidualna decyzja pacjenta może rozstrzygnąć i zamknąć niekończące się spory etyczne. Z tego względu porzucono odwołanie się nie tylko do filozofii arystotelesowsko-tomistycznej, lecz także do antropologii Kanta. W jakimś zakresie nawiązano najwyżej do liberalizmu społecznego Milla oraz amerykańskiego pragmatyzmu. Autonomiczny podmiot w metafizyce moralności Kanta kierował się bowiem ogólnymi, uniwersalnymi imperatywami. W pryncypizmie natomiast podmiot ten formuje, w kontekście swojej własnej kultury, normatywne sądy jednostkowe, osobiste, niejako prywatne.

W sumie bioetyka złożona z czterech *prima facie* formalnych zasad została ogołocona z jej umiejscowienia w antropologii i teorii etycznej. Stała się przedsięwzięciem, w którym każdy może żonglować zasadami autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i sprawiedliwości. Kolejne wydania podręcznika pryncypizmu jeszcze bardziej oddaliły go od ugruntowania owych czterech zasad w jakiejś filozofii, w antropologii czy etyce. Ztracono bowiem to, co było podstawowe dla tych zasad, czyli ich związek z osobą, jej godnością

i naturą. Bez takiego odniesienia owe cztery pryncypia stały się pustymi, chwytliwymi hasłami<sup>255</sup>.

Taki stan rzeczy prowadzi do dalszej relatywizacji norm w bioetyce i etyce medycznej. Subiektywnym decyzjom lekarza można bowiem przeciwstawić subiektywne decyzje pacjenta. Jeśli pacjent zdecyduje niewłaściwie, to i tak on ponosi konsekwencje, a więc lekarz może uniknąć zarówno skrupułów moralnych, jak też odpowiedzialności prawnej. Można w ten sposób odciążyć służbę zdrowia oraz instytucje państwowe od odpowiedzialności za zdrowie i życie, gdyż odpowiedzialność taką można zrzucić na pacjenta.

## 2. Od paternalizmu lekarza do autonomizmu pacjenta

Wielokrotnie zdarza się, że krytykując jedną skrajną teorię, popada się w drugą nie mniej skrajną. Słuszna krytyka inspirowanego scjentyzmem paternalizmu w medycynie oraz związanych z tym nadużyć autonomii lekarza zmierzała początkowo do podkreślenia ważności autonomii pacjenta, który powinien aktywnie uczestniczyć w swej terapii. Zapytajmy, czy w owym dążeniu do przełamania absolutyzacji autonomii lekarza uniknięto podobnego błędu, absolutyzacji autonomii pacjenta.

„Prawo pacjenta do odrzucenia niechcianych form leczenia – pisze Pellegrino – było zbyt długo zaniedbywane. W połowie lat sześćdziesiątych, w kontekście rozwiniętej demokracji, powszechnej edukacji i rozwoju praw obywatelskich, nie można było dłużej tego prawa negocjować. Wszelkie autorytety stały się podejrzone. Nie dało się dłużej tolerować powszechnie publikowanych nadużyć władzy profesjonalistów i biurokratów. Ponadto nieoczekiwany rozwój medycyny sprawił, że wybór leczenia, w porównaniu z poprzednimi możliwościami, stał się czymś podstawowym.

<sup>255</sup> T. Biesaga, *Personalizm a pryncypializm w bioetyce*, [w:] *Podstawy i zastosowania bioetyki*, red. T. Biesaga, Kraków 2001, s. 43–55.

Zasada autonomii pacjenta została dostrzeżona jako ochrona przed zawłaszczaniem jego prawa do uczestniczenia w decyzjach dotyczących jego życia<sup>256</sup>.

W ferworze owej krytyki **podważony** został jednak nie tylko paternalizm, ale zasadniczy **cel medycyny**, obiektywne dobro pacjenta – jego zdrowie<sup>257</sup>. Ograniczone lub podważone zostały zasady, które chroniły to dobro, czyli zasada dobroczynności oraz zasada autonomii lekarza. „Dylematy decyzji medycznych – pisze Pellegrino – zostały wkrótce zredukowane do przeciwstawienia sobie autonomii pacjenta i dobroczynności lekarza<sup>258</sup>.”

Akcentowanie negatywnego aspektu w autonomii, czyli niezależności od wszystkiego, co wpływa na decyzje pacjenta, prowadziło do zerwania przyporządkowania autonomii pacjenta i lekarza dobru medycznemu, dobru osobowemu czy duchowemu pacjenta, które to dobra realizują się przez włączenie obu autonomii w terapeutyczną troskę o chorego<sup>259</sup>. Za dobro zasadnicze pacjenta uznano bowiem jego niezależną decyzję, bez względu na to, do czego ona prowadzi. „W każdym sposobie życia – pisze Pellegrino – totalna niezależność jest utopią. Człowiek żyje we wspólnocie, w osobowych powiązaniach. Potrzebuje ich szczególnie, gdy jest pacjentem. Potrzebuje wsparcia innych, jeśli jego wybory mają być właściwe. Lekarz jest niezbędny w przekazaniu i przedyskutowaniu informacji z pacjentem, aby go uzdolnić i umożliwić mu mądre użycie przez niego autonomii. Pacjent w kontekście wspólnoty wiary, którą akceptuje w całości czy w części, winien porównać swoje wartości z wartościami

<sup>256</sup> E.D. Pellegrino, *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, red. H.T. Engelhardt, F. Jotterand, Notre Dame 2008, Ch. X: *Patient and Physician Autonomy. Conflicting Rights and Obligations in the Physician-Patient Relationship*, s. 207.

<sup>257</sup> T. Biesaga, *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, „Medycyna Praktyczna” nr 159 (2004), s. 20–25.

<sup>258</sup> E.D. Pellegrino, *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, dz. cyt., s. 207.

<sup>259</sup> T. Biesaga, *Dobro pacjenta celem medycyny i podstawą etyki medycznej*, „Studia Philosophiae Christianae” nr 40 (2004), s. 153–165.



innych. Nie potrafi on zidentyfikować aktualnych swoich wyborów bez odniesienia do jakiejś struktury wartości, które go w przeszłości formowały, które on, w przypadku aktualnego wyboru, potwierdza lub odrzuca<sup>260</sup>. Skrajnie indywidualistyczne traktowanie autonomii pacjenta uniemożliwia jej realizację. „Aby autonomia pacjenta była czymś realnym, wymaga współpracy czy asystencji ze strony lekarza. Krótko mówiąc, wymaga ona dobroczynnej troski lekarza, aby uczynić autonomię pacjenta czymś autentycznym, zarówno czymś niezależnym, jak i realnym<sup>261</sup>.”

Praktyczne funkcjonowanie autonomii pacjenta ujawnia się szczególnie **w kontekście decyzji klinicznych**. Niektórzy pacjenci chcąc podjąć właściwą decyzję, poszukują szerokiej gamy różnych opinii, inni nie chcą słuchać różnorodnych sądów oraz żmudnych i skomplikowanych wyjaśnień. „Większość w swoisty sposób wyraża swoją autonomię poprzez pytania nie tylko o fakty, ale o opinie lekarza, rodziny i przyjaciół<sup>262</sup>.”

W zależności od rodzaju schorzeń autonomia pacjenta podlega różnorodnym ograniczeniom. „Chora osoba jest zależna od wiedzy lekarza, w przeciwnym razie nie szukałaby u niego medycznej pomocy. W dodatku, w różnym stopniu, doświadcza ona bólu, niepokoju, lęku i jest podatna na zranienie. Funkcje mózgu w wyniku gorączki, szoku, medykamentów, wieku lub demencji mogą czasowo lub permanentnie szwankować<sup>263</sup>.” **W takich sytuacjach autonomia lekarza niejako poprzedza autonomię pacjenta.** Dla przywrócenia funkcji umożliwiających jako tako podejmowanie autonomicznych działań konieczne jest podjęcie leczenia niejako bez aktualnej autonomii pacjenta.

Nie tylko w ciężkich schorzeniach, ale w każdej chorobie lekarz, w celu uzyskania od pacjenta **poinformowanej zgody** (*informed*

---

<sup>260</sup> E.D. Pellegrino, *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, dz. cyt., s. 208.

<sup>261</sup> Tamże.

<sup>262</sup> Tamże, s. 211.

<sup>263</sup> Tamże.

*consent*), mimo posiadania i wyćwiczenia zdolności oratorskich, nie jest w stanie przekazać mu wszystkich informacji medycznych. Przekazana wiedza medyczna jest wiedzą wybiórczą. Wybór przekazanych informacji zależy od stanowiska lekarza związanego z diagnozą, prognozą oraz przewidywaną skutecznością terapii. Dobór tych informacji może być trafny, jeśli lekarz kieruje się najlepszym interesem pacjenta, czyli jego zdrowiem. Realizacja innych celów, takich jak uspokojenie pacjenta, obniżenie kosztów terapii, kalkulacja trudu opieki, jaki musi podjąć rodzina itp. może wpływać na dobór i sposób podania informacji oraz świadomie czy nieświadomie przyporządkowywać działanie lekarza czemuś innemu niż zdrowie pacjenta.

Lekarz w wypracowaniu poinformowanej zgody (*informed consent*) powinien przekazać pacjentowi zarówno rzetelną wiedzę medyczną, jak też swoją własną opinię o tym, co jego zdaniem w tej sytuacji jest najlepsze. W przekazie tym nie musi on stosować sugestii, perswazji, niemniej winien być wierny posiadanej wiedzy, doświadczeniu i sumieniu. W tym wszystkim zasadniczą rolę odgrywa nie tyle sama zasada autonomii pacjenta, ile charakter osobowy lekarza, jego wrażliwość i nabyte cnoty. Dzięki temu może się on stać stróżem autonomii i dobrostanu pacjenta<sup>264</sup>.

Powyższe uwagi jeszcze w większym stopniu odnoszą się do **decydentów rodzinnych czy prawnych** pacjenta. Decyzje zastępców czy pełnomocników jeszcze w większej mierze narażone są na realizację innych celów niż najlepszy interes pacjenta. W tym względzie dla opiekunów spokrewnionych czy prawnych decydujący jest bowiem wpływ czynników osobistych, społecznych i ekonomicznych.

Dla ochrony pacjenta przed tymi czynnikami zrodziła się **instytucja tzw. żywej woli** (*living will*), czyli **testamentu życia**. Trudno określić, na ile taka wola, antycypująca sytuację choroby, może być rzetelna. Decyzje bowiem podjęte w zdrowiu są decyzjami w innej sytuacji niż te podjęte przez nas w chwili choroby i zagrożenia życia. Pierwsze formułowane są z pozycji ochrony komfortu zdrowia,

---

<sup>264</sup> Tamże, s. 212.

którym się aktualnie cieszymy i którego nie chcemy utracić, drugie podejmowane są z punktu widzenia ratowania życia, w chwili jego aktualnego zagrożenia i zaakceptowania różnych form dyskomfortu możliwych terapii.

W sumie należy się strzec wszelkich form absolutyzacji autonomii pacjenta. „Różne niuanse dotyczące wyrażania autonomii w decyzjach klinicznych odsłaniają fakt – stwierdza Pellegrino – że autonomia nie może konkretnie funkcjonować bez ukierunkowania obu stron na dobro pacjenta, czyli bez przyporządkowania jej dobroczynności. Dobroczynność praktykowana poprawnie jest raczej gwarantem autonomii, a nie jej wrogiem. Do działań dobroczynnych należą rozszerzanie autonomii, uzdolnień i władzy pacjenta, aby mógł dokonać własnych wyborów, oraz pomoc pacjentowi, by rozumiał te wybory według jego własnych kodów i nabytych wartości. Akty te rozszerzają pozytywną treść autonomii i są kluczowe dla pełnego pojęcia dobra pacjenta”<sup>265</sup>. Autonomia pacjenta wymaga więc dobroczynnego zaangażowania lekarza i całej służby zdrowia. Takie zaangażowanie umożliwia właściwe przyporządkowanie autonomii lekarza i pacjenta realizacji zasadniczego celu medycyny, jakim są terapia i zdrowie.

### **3. Wobec zagrożeń autonomii lekarza**

W obliczu dominującej roli autonomii pacjenta należy niejako na nowo przeanalizować rolę autonomii lekarza i umiejętnie włączyć obie autonomie w realizację zasadniczego celu medycyny.

Mimo nierówności relacji między podatnym na zranienie pacjentem a posiadającym wiedzę medyczną lekarzem obie autonomie winny być przyporządkowane relacji terapeutycznej. Nie tylko pacjent jest zobowiązany do dokonywania autentycznych decyzji, ale również lekarz winien decydować zgodnie ze swą integralnością zawodową i osobową. „Nie może ani lekarz pacjentowi, ani pacjent lekarzowi narzucać swoich wartości. W relacji lekarz – pacjent

---

<sup>265</sup> Tamże, s. 214.

mamy do czynienia z równością moralną, z wzajemnymi prawami i obowiązkami. Równość ta byłaby zachwiana, gdyby autonomii pacjenta nadano status zasady moralnie i prawnie rozstrzygającej (*a trumping principle*)<sup>266</sup>. Przekreślałoby to wartości prezentowane przez lekarza, dyskredytowałoby to jego kliniczne decyzje, a nawet podważałoby jego prawo do wolności sumienia. W sumie niszczyłoby to **integralność moralną lekarza**.

Pewne symptomy dominacji autonomii pacjenta można zauważyć w formułowaniu jego praw w USA, gdzie z negatywnej treści tej autonomii w nieuzasadniony sposób przechodzi się do pozytywnych uprawnień pacjenta kosztem praw lekarza. Już w 1914 roku, stając na stanowisku priorytetu wartości wyznawanych przez pacjenta, przyznano mu prawo odrzucenia niechcianego leczenia. W 1976 roku przyznano legalnym pełnomocnikom pacjenta prawo odrzucenia wskazanych przez lekarza środków podtrzymujących życie. W 1983 roku Komisja Prezydencka rozszerzyła autonomię pacjenta na procedury „nie resuscytować” (*Do Not Resuscitate*). Znaczy to, że pacjent wbrew wskazaniom medycznym może wyznaczyć sobie zarówno podejmowanie, jak i niepodjęcie zabiegów resuscytacji. Prowadzi to do tego, że w praktyce podejmowane jest tylko takie leczenie, jakiego zażąda sobie pacjent.

Przez takie jednostronne rozstrzygnięcia podważa się wiedzę medyczną oraz integralność intelektualną, moralną i zawodową lekarza. Medycyna przestaje być działalnością racjonalną, opartą na diagnozach, prognozach i terapii, lecz staje się działalnością irracjonalną, służącą realizacji życzeń pacjenta. „Danie pacjentowi prawa do każdej procedury, jakiej sobie życzy – pisze Pellegrino – jest kwestionowaniem zreflektowanej integralności lekarza jako takiego. Deprecjonuje ono jego ekspertyzę, redukuje przestrzeń opartej na niej decyzji i czyni go technicznym narzędziem spełniania życzeń innych osób”<sup>267</sup>. Zmuszanie lekarza do realizacji tego, co nie

<sup>266</sup> Tamże, s. 215.

<sup>267</sup> Tamże, s. 216.

jest zgodne z celem medycyny, jest pogwałceniem moralności wewnętrznej medycyny (*violate internal moralisty of medicine*).

Przykładem tego jest choćby debata o daremnej terapii (*medical futility*), w której próbuje się ustanowić instytucjonalne i wiążące dla decyzji lekarzy kryteria, jakie miałyby obowiązywać w danym państwie i w danej instytucji medycznej<sup>268</sup>. Takie ograniczenia przestrzeni dla decyzji klinicystów stają się szczególnie groźne w przypadku niekompetentnych pacjentów. Lekarz bez pewnej przestrzeni swobody nie będzie mógł zindywidualizować czy spersonalizować opieki i troski o konkretnego pacjenta. Będzie zmuszony realizować ustalenia polityczne i prawne danego państwa i instytucji, w której pracuje.

W takim podejściu zagrożone są cel praktyki medycznej oraz **integralność moralna i religijna lekarza**. Zinstytucjonalizowany sekularyzm może prowadzić do coraz szerszego ignorowania **wartości moralnych i religijnych lekarza**<sup>269</sup>. „Współczesna literatura ujawnia – stwierdza Pellegrino – zarówno subtelne, jak i coraz bardziej agresywne naciski na sumienie pielęgniarek i lekarzy, którzy przeciwstawiają się lub odrzucają uczestnictwo w aborcji, sterylizacji, stosowaniu aborcyjnych preparatów lub w odłączaniu sztucznego odżywiania. Studenci medycyny podlegają wzrastającej presji, by uczyć się i praktycznie ćwiczyć przeprowadzanie aborcji. Aplikanci szkół medycznych coraz częściej są pytani o ich poglądy w kwestii aborcji. Nie ma danych, na ile ich odpowiedzi wpływają na decyzje o ich przyjęciu lub odrzuceniu przez przeprowadzającą wywiad komisję. Niemniej częste zadawanie takich właśnie pytań świadczy o tym, że dla danej komisji są one czymś ważnym i decydującym”<sup>270</sup>. Z tego punktu widzenia stanowisko Amerykańskiego Kolegium Położników i Ginekologów, uzależniające przyjęcia na studia od wyrażenia zgody na trening różnych metod aborcji, jest moralnie

<sup>268</sup> Tamże, s. 217, przyp. 28.

<sup>269</sup> T. Biesaga, *Zagrożenia sumienia lekarza*, „Medycyna Praktyczna” nr 7–8 (2005), s. 18–21.

<sup>270</sup> E.D. Pellegrino, *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, dz. cyt., s. 218.

**nie do pogodzenia z klauzulą sumienia.** Narzuca ono bowiem zasadę zabijania człowieka w okresie prenatalnym, jako obowiązującą również tych studentów medycyny, którzy ją odrzucają.

Narzucanie takich zasad próbuje się usankcjonować politycznie i prawnie. Administracja Clintona chciała włączyć aborcję do „dobroczynnych usług reprodukcyjnych”<sup>271</sup>. Skrajne ruchy proaborcyjne domagają się, aby aborcja była zaliczona do metod planowania rodziny, a nawet do praw człowieka. W wyniku owych polityczno-prawnych nacisków ci, którzy przeciwstawiają się aborcji czy eutanazji, mogą być stopniowo dyskryminowani lub wykluczani z praktyki medycznej. „Jeśli legalne lub społeczne sankcje na pewne procedury medyczne będą poszerzane, czy wtedy nie staną się one – pyta Pellegrino – podstawą do łamania sumienia lekarza. Niektórzy lansują pogląd, że dla korzyści społecznych należy wykluczyć z profesji medycznej osobiste przekonania moralne i religijne lekarza. Takie podejście w pewnych dziedzinach medycyny stwarza sytuację nie do zniesienia dla świadomego swej moralności chrześcijanina, wyznawcy judaizmu czy muzułmanina”<sup>272</sup>.

Podobne zagrożenia dla sumienia, autonomii i integralności moralnej lekarza niesie skomplikowana **organizacja opieki zdrowotnej**. Funkcjonuje ona w kontekście politycznych i ekonomicznych nacisków oraz wywiera coraz silniejszą presję na decyzje lekarzy. Zmierza ona do narzucenia lekarzom roli urzędników przeprowadzających racjonalizację wydatków, portierów decydujących o tym, kogo należy, a kogo nie należy wpuścić przez bramę szpitala (*gatekeeper*)<sup>273</sup>. Coraz silniej różne instytucje zajmujące się administracją środkami ubezpieczeń zdrowotnych narzucają lekarzowi rolę agenta, który ma pilnować ich zysków.

Zaostrza się konflikt między celami realizowanymi przez państwo, polityków i ekonomistów a celami medycyny. Wielokrotnie

---

<sup>271</sup> Tamże, s. 219.

<sup>272</sup> Tamże.

<sup>273</sup> Tamże.

lekarze pracujący w takich instytucjach, jak wojsko, więzienia zmuszani są do wykonywania wyznaczonych przez te instytucje zadań, na przykład uczestniczenia w egzekucjach. Odmowa spełniania ról wyznaczonych przez te instytucje grozi karami pieniężnymi lub wykluczeniem z pracy. Zdaniem Pellegrino lekarz we wszystkich sytuacjach powinien być wierny swemu sumieniu. „Może to oznaczać – pisze – przyjęcie przewidzianych kar za brak współdziałania w realizacji zalegalizowanych lub społecznie wyznaczonych celów (na przykład przyjęcie kar za odmowę uczestniczenia w zalecanej przez państwo egzekucji czy za odmowę stosowania środków wymuszających zeznania na więźniach wojennych)”<sup>274</sup>.

Sumienie lekarza sprawdza się również w sporze o najlepszy interes niekompetentnych pacjentów. Lekarz winien kierować się dobrem dziecka również w sytuacji podejmowania przez rodziców decyzji groźnych dla życia i zdrowia dziecka. Winien poszukiwać różnych dróg wyjścia. „Jedną z nich – pisze E. Pellegrino – jest możliwość wycofania swojego udziału i skierowanie prośby do rodziców, aby udali się do innego lekarza. Wycofanie takie jest dopuszczalne tylko wtedy, jeśli zdaniem lekarza nie wyrządzi ono dziecku jakiejś szkody fizycznej czy moralnej. (...) Lekarz dla uniknięcia szkód powinien sięgnąć po możliwe środki, takie jak apel do komisji etycznej lub, jeśli jest to konieczne, do sądu<sup>275</sup>”. Nie może zgodzić się ze stanowiskiem absolutnej dominacji rodziców nad nienarodzonym czy narodzonym dzieckiem. Dobro dziecka jest dla niego priorytetem.

Odpowiadając na postawione na początku tego artykułu pytanie, można stwierdzić, że zastąpienie przez pryncypizm zasady szacunku dla godności osoby zasadą autonomii zawężyło podstawy bioetyki i etyki medycznej oraz uwikłało je w różne formy autonomizmu czy socjonomizmu etycznego. To nie autonomia wyznacza, co jest dobre czy złe, lecz godność i natura osoby. Godność jest szerszą podstawą zasad etycznych niż autonomia. Przyporządkowuje ona autonomię

<sup>274</sup> Tamże, s. 221.

<sup>275</sup> Tamże, s. 222.

dobru pacjenta. Wyznacza określone zachowania należne drugiemu człowiekowi również wtedy, kiedy nie jest on autonomiczny, kiedy jego autonomia jest ograniczona ze względu na dany etap rozwoju, jakim jest okres prenatalny czy dzieciństwo, oraz ze względu na ciężkie schorzenia biologiczne czy psychiczne. W oparciu o takie kategorie antropologiczne i etyczne, jak godność i natura osoby można określić, co jest dobrem dla osoby oraz o jakie dobra chodzi w praktyce medycznej. Ta perspektywa przyporządkowuje autonomię dobru pacjenta i chroni swymi zasadami etycznymi wszystkich, zarówno zdolnych, jak i niezdolnych do autonomicznych aktów.

### **Abstract: Autonomy and Dignity of a Person**

In the article is analysed the way how the principle of respect for a person and his or her dignity was eliminated from the American bioethics in favour of the respect for his or her autonomy. With the aim of restoring the patient's subjectivity in his or her therapy, the validity of a critique of paternalism in medicine is discussed. The same philosophical assumptions adopted by the critics of paternalism, such as e.g. individualism and pragmatism of the American democracy, in bioethical conclusions lead from one extreme to another, that is from medical practitioner's abuse of autonomy to patient's abuse of that. According to the article, the absolutisation of autonomy results from the elimination of the principle of respect for the dignity of a human being from bioethics. This respect for dignity forms the basis for other principles and normative decisions. Without this axiological-ontological criterion, medicine is in risk of being subordinated to its extramedical aims, imposed on it from the position of social, economic and political legalism of a given country and its institutions. Domination of society developing in reaction to an extreme individualism is even more dangerous for medicine and medical ethics than paternalism.