



Nauczanie bioetyki w Polsce

Marcin Waligóra

Z przyjemnością przeczytałem wieloaspektowy tekst wprowadzający prof. Kazimierza Szewczyka. Chciałbym podzielić się kilkoma uwagami związanymi z poruszonym w tekście problemem „jak powinno nauczać się bioetyki?”.

Od kilku lat pracuję ucząc m.in. filozofii, etyki, etyki medycznej i bioetyki studentów stanowiących przyszły (duża zaś część już aktywny zawodowo) personel medyczny. Wśród nich znajdują się pielęgniarzy, położne, przyszli lekarze, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci, farmaceuci i studenci kierunku zdrowie publiczne. Część tej grupy stanowią adepci medycyny będący obcokrajowcami, uczący się w języku angielskim i posiadający bardzo zróżnicowany kapitał kulturowy. Niektóre z nauczanych przeze mnie przedmiotów mają określone minima programowe, wiele z nich może jednak opierać się o program autorski. Każdy pozostawia zaś spore pole manewru.

Przez tych kilka lat realizowałem różnorakie koncepcje, nieustannie poprawiając i modyfikując formę i treści prezentowane na zajęciach. Ostatecznie wypracowałem szereg dobrze sprawdzających się narzędzi i sposobów prezentacji np. klasycznych problemów bioetycznych. Różnią się one dość znacznie w zależności od tego, czy prezentowane są w czasie wykładu osiemdziesięciosobowej grupie doświadczonych położnych czy też dziesięciosobowej, seminaryjnej grupie Norwegów będących na drugim roku studiów medycznych w Polsce.

Cały czas nurtuje mnie jednak kilka kwestii, które, korzystając z okazji, chciałbym poddać szerszej dyskusji.

1. Teoria a praktyka

Nie zamierzam tu oczywiście rozstrzygać jednego z fundamentalnych zagadnień bioetycznych, rozdźwięku między teorią a praktyką, chciałbym jednak poczynić kilka uwag. Rozpocznę od zacytowania fragmentu artykułu *Where Ethics Comes from and What to Do about It* autorstwa Carla Elliotta. „W teorii mówimy – pisze Elliott – o istotach, które dokonują racjonalnego wyboru i podejmują najlepsze działanie, w praktyce zaś popełniamy nieracjonalne decyzje pod wpływem pozornie nieprzeniknionych pragnień. [...] Teorie etyczne korzystają z uogólnień i uproszczeń, które łatwo pozwalają im zapomnieć o tym, jak niepowtarzalne i skomplikowane są nasze etyczne doświadczenia. [...] Praktyczna trudność związana z zastosowaniem teorii etycznych wiąże się z faktem, że przeciętny człowiek nie przywiązuje zbytnej wagi do teorii dokonując swych moralnych wyborów”¹.

Ucząc etyki i bioetyki niejednokrotnie zauważyłem ten potężny rozdźwięk pomiędzy teorią a praktyką. Szczególnie wyraźny staje się on, kiedy występujemy przed ludźmi nastawionymi na wiedzę typu „know-how”, oczekującymi konkretnych rad i zasad, którymi będą się kierowali w swym przyszłym i obecnym życiu zawodowym. Dlatego zgadzam się z profesorem Szewczykiem, że ucząc bioetyki, należy częściowo zastępować szczegółowe przedstawiania teorii kazuistyką. Nawyk mówienia o koncepcjach etycznych i ich autorach, drobiazgowo omawiania niezmiernie dziś rozbudowanych i teoretycznie okopanych projektów, żmudne analizowanie tekstów źródłowych z grupą przyszłych pielęgniarek nie daje, mówiąc ogólnie, satysfakcjonujących efektów. W praktyce bywa, że część z nich jest taką analizą dość zainteresowana. Wydaje mi się jednak, że zdecydowana większość nigdy nie spróbuje nawet zastosować jej wyników w praktyce zawodowej.

Kiedy kasus staje się punktem wyjścia dla prezentacji teorii, kiedy dbałość o oddanie hermeneutycznej sprawiedliwości tekstowi źródłowemu ustępuje miejsca próbie rozwiązania faktycznych dylematów personelu medycznego, zajęcia często wzbudzają wielkie zainteresowanie. Jestem przekonany, że taki właśnie sposób

¹ Carl Elliott, *Where Ethics Comes from and What to Do about It*, “The Hasting Centre Report”, Vol. 22, No. 4, 1992, p. 29-30.

prezentacji może faktycznie wpłynąć na realne zachowania i związane z wykonywanym zawodem wybory moralne.

2. Problematyka bioetyczna a polska specyfika

Z tą kwestią łączy się wątpliwość dotycząca przekładalności poruszanych w czasie zajęć subtelnych kwestii etycznych, a codzienną praktyką personelu medycznego w polskich placówkach zdrowia. Współczesna problematyka bioetyczna rozwijana np. w krajach anglosaskich wiele miejsca poświęca problemom charakterystycznym dla krajów wysokorozwiniętych i wielokulturowych. Duża część klasycznych kazusów bioetycznych wiąże się z taką właśnie problematyką. Uważam, że w polskich warunkach należy kłaść zdecydowanie większy nacisk na elementarne kwestie wiążące się z paternalizmem środowiska lekarskiego i brakiem poszanowania dla autonomii pacjenta. Kilka dni po przedstawieniu subtelnych argumentów za i przeciw IVF miałem okazję odwiedzić oddział neurologiczny jednego z polskich szpitali, w którym łamano elementarne prawa pacjenta. Byłem świadkiem próby odmowy wydania dokumentacji choroby pacjenta, przeprowadzenia zupełnie nago pacjenta do toalety przez korytarz oddziału i innych skandalicznych zachowań personelu. Pomyślałem wówczas, że być może nie czas jeszcze w Polsce na subtelności argumentacyjne zachodniej bioetyki.

Kolejnym problemem specyficznym dla naszego kraju jest silne związanie terminu „bioetyka” z etyką Kościoła katolickiego. Aby się o tym przekonać wystarczy wpisać hasło „bioetyka” do przeglądarki internetowej. Uważam, że taka dysproporcja, o której wspomina zresztą także profesor Szewczyk, jest mówiąc delikatnie wysoce niekorzystna. Sądzę, że nauczanie bioetyki powinno być dalekie od ideologizacji. A tego drugiego w uprawianej i nauczanej w Polsce bioetyce niestety nie brakuje.