

KS. TOMASZ PICUR

ETYKA TROSKI W MEDYCYNIE

Medycyna, chcąc autentycznie służyć człowiekowi, nie może zrezygnować z etyki. Właściwie pojęta troska o zdrowie i życie człowieka zawsze wymaga bowiem aksjologii będącej wyrazem uznania i poszanowania jego osobowej godności oraz konstytutywnych wymiarów jego bytu. Postulat ten może zostać zrealizowany jedynie poprzez odwołanie się do integralnej antropologii, która rzetelnie odpowiadając na pytanie o istotę człowieka, suponuje jego rzeczywiste dobro i tym samym staje się punktem wyjścia dla refleksji moralnej.

Choć potrzeba etyki dla medycyny nie podlega dyskusji, to jednak pytanie o jej najbardziej adekwatny model stało się obecnie przedmiotem licznych sporów. Charakterystyczne cechy postmodernizmu – dekonstrukcja, relatywizm i pluralizm – na polu medycyny znajdują swoje odzwierciedlenie m.in. w zakwestionowaniu tradycyjnej etyki świętości ludzkiego życia i w propozycjach zastąpienia jej nowymi, alternatywnymi ujęciami¹.

Jednym z nich jest etyka troski. Ta stosunkowo nowa koncepcja zyskuje obecnie coraz szersze grono zwolenników, budując swoją atrakcyjność na odwołaniu się do humanistycznej postawy oraz twórczej refleksji uwzględniającej współczesne nurty myślowe². W założeniu jej twórców i propagatorów etyka troski ma być rozsądnym kompromisem między radykalną, przeteologi-

Ks. dr TOMASZ PICUR – asystent Katedry Teologii Moralnej Ekumenicznej KUL; adres do korespondencji: t.picur@libero.it

¹ Swoistym manifestem tej rewolucji jest m.in. książka Petera Singera pt. *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*.

² W Polsce najbardziej zaangażowanym przedstawicielem tego modelu jest Kazimierz Szewczyk, profesor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Wykład etyki troski prezentuje on przede wszystkim w podręcznikach *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej* oraz *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*. Stąd też dalsze analizy będą w znacznej mierze odwoływały się do tych publikacji.

zowaną i mało racjonalną etyką świętości życia a wyrachowaną etyką jakości życia. Czy jednak ów kompromis nie idzie za daleko i nie skrywa niebezpiecznych dla pacjenta pułapek? – to istotne pytanie, które skłania do uważnej analizy i krytycznej oceny wspomnianego systemu.

I. GENEZA ETYKI TROSKI

Filozoficzną inspirację dla etyki medycznej, której dominantą jest kategoria troski można odnaleźć przede wszystkim w myśli Martina Heideggera, Emmanuela Lévinasa oraz przedstawicieli feminizmu kulturowego, zwłaszcza Carol Gilligan i Nell Noldings. Nie brak i takich autorów, zdaniem których proponowana koncepcja znajduje swój początek w tradycji chrześcijańskiej, odzwierciedlając pierwowzór zawarty w Piśmie Świętym (np. w przypowieści o miłosiernym Samarytaninie). Choć takie ujęcie jest specyficzne raczej dla etyków wywodzących się ze środowisk katolickich i w pewnym sensie ma stanowić kontrpropozycję dla myśli feministycznej, to jednak należy zauważyć, iż wtórnie argumentacja biblijna może błędnie sugerować, że szeroko rozumiana etyka troski jest zgodna z moralnością chrześcijańską³.

Szczególnie cennym źródłem dla autorów sytuujących się w nurcie etyki troski jest filozofia Martina Heideggera. Programem refleksji niemieckiego myśliciela jest fenomenologia jako pytanie o sens bycia⁴. Owo „bycie” odnosi się w szczególności do bytu ludzkiego (*Dasein*), który w odróżnieniu od innych bytów potrafi rozumieć siebie samego. Właśnie ta swoista samoświadomość – zwrócenie się ku sobie i odniesienie do własnego „ja” – sprawia, że ludzkie istnienie staje się egzystencją *par excellence*⁵.

Nie jest to jednak egzystencja wyizolowana ze świata, lecz urzeczywistniająca się zawsze jako „bycie-w-świecie”; przy czym „świat” nie ma tu znaczenia przestrzennego, gdyż określa bogactwo bytów, które *Dasein* może napotkać i wejść z nimi w relację⁶. W tym właśnie miejscu pojawia się kategoria troski. Zdaniem Heideggera bowiem odniesienie *Dasein* do innych

³ Por. B. D o b r o w o l s k a. *Wprowadzenie do medycznej etyki troski*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza BRANTA 2010 s. 95-96.

⁴ Por. K. M i c h a l s k i. *Heidegger i filozofia współczesna*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy 1978 s. 49.

⁵ Por. M. H e i d e g g e r. *Bycie i czas*. Tłum. B. Baran. Warszawa: PWN 1994 s. 18.

⁶ Por. tamże s. 173; B. B a r a n. *Saga Heideggera*. Kraków: Instytut Teologiczny Księży Misjonarzy 1988 s. 54.

bytów jest zawsze „troszczeniem się” (*Besorgen*) o coś, choć termin ten nie ma tu waloru moralnego, lecz ontologiczny⁷. *Dasein* nie może bowiem istnieć inaczej jak tylko w stałym otwarciu się na świat i swoistej wrażliwości na to, co w nim napotyka⁸. Tak pojęta troska, głęboko zakorzeniona w strukturze ludzkiego bytu, znajduje swoje odzwierciedlenie i dopełnienie również w sferze intencjonalnej, stając się naturalną cechą właściwego człowiekowi działania.

Relacyjny charakter ludzkiego istnienia zajmuje centralne miejsce w filozofii Emmanuela Lévinasa. Jako uczeń Husserla i Heideggera, Lévinas stara się przezwyciężyć sposób myślenia zamykający człowieka w immanencji i skazujący go na przytłaczającą samotność. Przenosi zatem środek ciężkości filozofii z metafizyki na etykę, której zasadniczy kształt określa relacja człowieka do Innego. W nawiązaniu i budowaniu tej relacji istotną rolę odgrywa epifania twarzy Innego. Twarz, postrzegana we właściwy sposób, pozostaje jednak „naga” – pozbawiona konkretnych rysów. Tylko takie spojrzenie pozwala odkryć najbardziej fundamentalną prawdę o tym, który jawi się jako Inny: „Gdy widzi Pan nos, oczy, czoło, brodę drugiego i gdy potrafi je Pan opisać – mówił Lévinas w rozmowie z Philipp’em Nemo – oznacza to, że zwracamy się do niego jako do przedmiotu. Najlepszy sposób poznania drugiego to taki, w którym nie zauważymy nawet koloru jego oczu! [...] Gdy obserwujemy kolor oczu, nie jesteśmy w relacji społecznej z drugim. To, co jest w sposób specyficzny twarzą, nie sprowadza się do percepcji, mimo że relacja z twarzą może być przez nią zdominowana. Najpierw jest sama prawość twarzy, jej prawe i bezbronne wystawienie. Skóra twarzy pozostaje najbardziej nagą, najbardziej obnażoną. [...] W twarzy jest bowiem pewne podstawowe ubóstwo”⁹.

⁷ Prawdziwość tej tezy Heidegger ilustruje przywołując w *Byciu i czasie* opowiedzianą przez Goethego bajkę, w której pewnego dnia Troska wzięła garść gliniastej ziemi i zaczęła ją kształtować. Kiedy przyglądała się swemu dziełu, snując nad nim rozmyślenia, podszedł do niej Jupiter i – na prośbę Troski – tchnął duszę w to, co stworzyła. Kiedy jednak chciała nazwać swe dzieło własnym imieniem, Jupiter wyraził sprzeciw, uznając, iż to jemu należy się ten przywilej. Do sporu dołączyła Ziemia, z której powstało owo nowe stworzenie. Spór rozstrzygnął w końcu Saturn, orzekając, iż Jupiter – jako dawca duszy – odbierze ją przy śmierci. Ziemia, z której zostało uczynione ciało, będzie mogła postąpić podobnie – weźmie je z chwilą śmierci. Skoro jednak nowe stworzenie jest dziełem Troski, to właśnie ona będzie nim władać przez całe życie. (Por. Heidegger. *Bycie i czas* s. 259).

⁸ Por. M i c h a l s k i. *Heidegger i filozofia współczesna* s. 69.

⁹ E. L é v i n a s. *Etyka i nieskończony. Rozmowy z Philipp’em Nemo*. Tłum. B. Opolska-Kokoszka. Kraków: Wydawnictwo Naukowe PAT 1991 s. 49; t e n ż e. *O Bogu, który nawiedza myśl*. Tłum. M. Kowalska. Kraków: Wydawnictwo Znak 1994 s. 246-248.

Z tak uchwyconej prawdy o drugim wyłaniają się zasadnicze imperatywy określające postawę wobec niego. Dlatego – jak podkreśla Lévinas – „dostęp do twarzy jest od razu etyczny”¹⁰. Ogołocenie, ubóstwo i bezbronność twarzy zawiera w sobie bowiem apel do odpowiedzialności, którego najbardziej elementarną treścią jest wezwanie-prośba: „nie zabijaj”¹¹. Tak kształtuje się relacja „Ja-Inny”, w której „Ja” przestaje żyć tylko dla siebie; porzuca swój egoizm, by otworzyć się na świat wartości etycznych i podjąć odpowiedzialność za drugiego. Ukierunkowanie na drugiego i przejście się jego losem znajduje swoje dopełnienie w postawie dobroci, gdyż „być dla Innego – to być dobrym”¹².

Charakterystyczną cechą omawianej relacji jest ponadto jej asymetria. Lévinas stawia bowiem Innego w pozycji mistrza (autorytetu, nauczyciela), którego – bez względu na jego kondycję – należy słuchać i we wzajemnym dialogu respektować to, co chce przekazać: „«Nie zabijaj» jest pierwszym słowem twarzy. Jest to rozkaz. W objawieniu się twarzy jest pewne przykazanie, tak jak gdyby mówił do mnie jakiś mistrz. Równocześnie jednak twarz drugiego pozostaje obnażona: jest to ubogi, dla którego mogę wszystko i któremu jestem wszystko winien. A ja, kimkolwiek jestem, jako «pierwsza osoba» jestem tym, który ma możliwość odpowiedzi na apel”¹³.

Relacja z drugim człowiekiem nie jest jedynym odniesieniem, w które zostaje zaangażowane „Ja”. Obecność osób trzecich również bowiem niesie ze sobą określone wezwanie, ustanawiając przede wszystkim wymóg sprawiedliwości. Odpowiedzialność za drugiego nie może absorbować podmiotu „Ja” w sposób całkowity. Są przecież także inni ludzie, równie ubodzy i potrzebujący, czekający na gest solidarnej proegzystencji. Tak oto przywilej drugiego zostaje złagodzony na rzecz trzeciego – powodowane poczuciem odpowiedzialności „bycie dla” drugiego poddaje się wymogom sprawiedliwości, by móc „być również dla” innych ludzi¹⁴.

Do zaprezentowanych powyżej poglądów, przedstawiciele etyki troski, uzasadniając swoje tezy, dodają również liczne argumenty zaczerpnięte

¹⁰ T e n ż e. *Etyka i nieskończony* s. 49.

¹¹ Por. T. G a d a c z. *Znaczenie idei Boga w filozofii Lévinasa (przedmowa)*. W: E. L é v i n a s. *O Bogu, który nawiedza myśl* s. 26.

¹² E. L é v i n a s. *Całość i nieskończoność. Esej o zewnętrznosci*. Tłum. M. Kowalska. Warszawa: PWN 2002 s. 315.

¹³ T e n ż e. *Etyka i nieskończony* s. 51.

¹⁴ Por. tamże s. 51-52; t e n ż e. *Istniejący i istnienie*. Tłum. J. Margański. Kraków: Wydawnictwo HOMINI 2006 s. 154.

z myśli feministycznej. Szczególnie chętnie odwołują się do autorek konstruujących teoretyczną podbudowę tzw. feminizmu kulturowego.

Jednym z charakterystycznych akcentów tego nurtu jest uwydatnienie odmienności, jaka istnieje między kobietą a mężczyzną na płaszczyźnie moralnej. Różnica ta – zdaniem niektórych autorek – ma być tak wyraźna i istotna, że należałoby wręcz mówić o etyce kobiecej¹⁵. Przesłanką do sformułowania powyższych twierdzeń były w znacznej mierze prace badawcze oraz psychologiczne analizy Carol Gilligan, zdaniem której wspomniane różnice znajdują swój początek w niejednakowym przebiegu procesu socjalizacji¹⁶. W efekcie prowadzi to do ukształtowania się dwóch różnych profili moralności: podczas gdy moralność mężczyzn jest moralnością obiektywnych praw i racjonalnych analiz, kobiece kryteria oceny działania cechują się zorientowaniem na więzi interpersonalne, empatią, poczuciem odpowiedzialności i większą wrażliwością na kontekst sytuacyjny. Jest to więc raczej moralność troski, niż prawa¹⁷. Na płaszczyźnie biologicznej taką charakterystykę uzasadnia przede wszystkim specyficzna dla kobiety funkcja macierzyństwa. Rola ta staje się źródłem wyłącznie kobiecych przeżyć i doświadczeń, które w dalszej perspektywie owocują takimi postawami, jak: „opiekunczość kobiet, szacunek wobec życia, wspólnotowość, solidarność, pomocność, ciepło i uczuciowość, ale też pewna zachowawczość, wzajemna ustępliwość itd.”¹⁸. Analizy Gilligan prowadzą ostatecznie do wniosku, że najwyższym stopniem rozwoju moralnego osiąganym przez kobiety jest opiekuńcza troskliwość – znacznie bardziej wartościowa niż chłodny męski obiektywizm koncentrujący się na zasadzie sprawiedliwości¹⁹. W podobnym tonie – ukazującą troskę jako cechę wybitnie kobiecą – wypowiadają się również takie autorki, jak Nel Noddings, Mary Daly, Jean Baker Miller, Marilyn French, Sheila Ruth²⁰.

Przytoczone poglądy stały się mocnym impulsem do rozwoju refleksji medycznej w kierunku dowartościowania kategorii troski. Różnorodność tradycji, z jakich się wywodzą, pozostawia jednak szerokie pole interpretacji

¹⁵ Por. J. G r i m s h a w. *Czy istnieje etyka kobieca?* Tłum. A. Jedynak. W: *Przewodnik po etyce*. Red. P. Singer. Warszawa: Książka i Wiedza 2002 s. 537-546.

¹⁶ Por. D o b r o w o l s k a. *Wprowadzenie do medycznej etyki troski* s. 99.

¹⁷ Por. K. Ś l ę c z k a. *Feminizm. Ideologie i koncepcje społeczne współczesnego feminizmu*. Katowice: Wydawnictwo Książnica 1999 s. 426.

¹⁸ Tamże s. 416.

¹⁹ Por. D o b r o w o l s k a. *Wprowadzenie do medycznej etyki troski* s. 100.

²⁰ Por. Ś l ę c z k a. *Feminizm* s. 426-443.

tego terminu, co w konsekwencji może rodzić wiele praktycznych wątpliwości. Konieczne wydaje się zatem uściślenie rozumienia troski na gruncie medycyny.

II. TROSKA JAKO NACZELNA KATEGORIA ETYKI MEDYCZNEJ

Pojęcie „troska” posiada dwa desygnaty. Po pierwsze, oznacza uczucie niepokoju wywołane trudną sytuacją lub możliwością zaistnienia niepożądaných okoliczności. Stan ten jest również określaný jako zmartwienie, kłopot, udręka. Drugi aspekt tego terminu wskazuje na dbałość, staranie, zabieganie o kogoś lub o coś. W tym sensie zwykło się mówić o trosce o najbliższych, o przyszłość, o zdrowie itd. Terminem bliskoznacznym jest „troskliwość”, którą należy rozumieć jako troskę okazywaną komuś – opiekę nad kimś, dbałość, staranność²¹.

Pierwsze ujęcie wskazuje na stan umysłu i ducha. Posiada ono raczej negatywną konotację, gdyż zakłada istnienie pewnego problemu, który zaburza wewnętrzną harmonię i którego chciałoby się uniknąć. Drugi aspekt troski dotyczy natomiast sfery intencjonalnej i działaniowej. Jej przedmiot (ktoś lub coś) stanowi dobro na tyle cenne, że człowiek decyduje się zabiegać o nie, nawet kosztem wielu wyrzeczeń. W relacji międzyosobowej oznacza to gotowość wyjścia poza krąg własnych pragnień i potrzeb, by wziąć odpowiedzialność za drugiego i zaangażować się w realizację jego dobra.

Treściową zawartość tych dwóch wymiarów troski, a jednocześnie istniejącą między nimi różnicę, trafnie oddają angielskie wyrażenia *care about* i *care for*. Pierwsze z nich określa nastawienie umysłu i stan emocjonalny związany z osobą lub okolicznościami. Postawa ta jest wyrazem szczerego zainteresowania się drugim człowiekiem i przejęcia się jego losem. *Care for* urzeczywistnia się natomiast w działaniu i domaga się podjęcia konkretnych czynów służących dobru osoby będącej obiektem troski²².

Postawa *care for* wydaje się być naturalnym dopełnieniem stanu *care about*, jednak w rzeczywistości zależność między nimi wcale nie jest aż tak ścisła, by nie mogły istnieć osobno. Analizując ich relację, Nancy Jecker i Donnie Self wyróżniają cztery możliwe konfiguracje troski w praktyce medycznej: pierwsza – gdy pracownik służby zdrowia przejawia troskę o pacjen-

²¹ Por. *Słownik języka polskiego*. T. 3: R-Z. Red. M. Szymczak. Warszawa: PWN 1998 s. 495.

²² Por. Dobrowolska. *Wprowadzenie do medycznej etyki troski* s. 85.

ta w obu wspomnianych wymiarach; druga – gdy opiekuje się pacjentem bez emocjonalnego zaangażowania w jego sytuację (tylko *care for*); trzecia – gdy interesuje się sytuacją pacjenta, ale nie podejmuje bezpośrednich aktów mających na celu poprawę jego stanu (*care about*, ale bez *care for*); czwarta – gdy pracownik służby zdrowia nie przejawia żadnej formy troski, np. w przypadku administratora szpitala, który kierując placówką, nie angażuje się myślowo, emocjonalnie, ani fizycznie w sprawy pacjentów²³.

Odmianą koncepcję troski, rezygnującą z klasycznego rozróżnienia na *care about* i *care for*, proponuje Simone Roach, zdaniem której całokształt troski bardziej adekwatnie wyraża model „5C”: *compassion* (współczucie), *competence* (kompetencja), *confidence* (zaufanie), *conscience* (sumienie), *commitment* (poświęcenie)²⁴. Co więcej, w jej rozumieniu troska nie jest jedynie postawą przyjętą ze względu na zaistniałe wymagania okolicznościowe, lecz kategorią bardziej fundamentalną – sposobem bycia człowieka w świecie (*mode of being*). Przenosi ją zatem na płaszczyznę ontologiczną, w czym można odnaleźć powrót do myśli Heideggera.

Przykładem jeszcze dalej idącej konkretyzacji cech związanych z właściwie pojętą troską jest ujęcie Milтона Mayeroffa, który wymienia osiem jej konstytutywnych elementów: wiedza – o drugim, o sobie samym, możliwych formach pomocy; zmienne rytmy – umiejętność przechodzenia od wcześniejszych doświadczeń do obecnej sytuacji, od ogólników do konkretów itp.; cierpliwość – niezbędna, by dać drugiemu czas, jakiego potrzebuje; uczciwość – czyli postrzeganie osoby taką, jaką jest, bez projektowania na nią własnych pragnień czy życzeń; zaufanie – umożliwiające zrozumienie drugiego i uszanowanie jego niezależności; pokora – pozwalająca dostrzec godność drugiego a jednocześnie uznać własną słabość; nadzieja – stymulująca proces troski, gdyż daje uzasadnioną szansę na jej pozytywny skutek; odwaga – konieczna do podejmowania trudnych decyzji, ponieważ troska często wiąże się z poważnymi wymaganiami i okazuje się podążaniem w nieznaną²⁵.

Troska nie jest dobrem wprowadzonym do profesji medycznej z zewnątrz, lecz obecnym w niej w naturalny sposób już od początku. Jej znaczenie od dawna podkreślano też w refleksji etycznej na temat opieki szpitalnej, choć

²³ Tamże.

²⁴ Por. T. V. M c C a n c e, H. P. M c K e n n a, J. R. P. B o o r e. *Caring: theoretical perspectives of relevance to nursing*. „Journal of Advanced Nursing” 24:1999 nr 30 z. 6 s. 1388-1395.

²⁵ Por. V. T s c h u d i n. *Ethics in Nursing. The Caring Relationship*. Oxford: Butterworth-Heinemann 2011 s. 1-3.

bardziej łączono ją z funkcją pielęgniarską, niż lekarską (w myśl zasady *doctors cure and nurses care* – lekarze leczą, pielęgniarki troszczą się)²⁶. Zasadniczą nowością, wskazanego w tytule niniejszego opracowania modelu etycznego, jest natomiast tak dalece idące dowartościowanie troski, że zostaje ona uznana za wartość autoteliczną.

We wcześniejszych koncepcjach etyki medycznej wartość nadrzędną stanowiło zazwyczaj zdrowie i życie pacjenta oraz walka z cierpieniem. Promujący etykę troski Kazimierz Szewczyk uwydatnia jednak słabości takich ujęć. Jego zdaniem, pracownik służby zdrowia, przyjmując za najwyższy cel swoich działań życie ludzkie, powinien uznać za swój moralny obowiązek bezwzględną walkę o jego utrzymanie w każdych okolicznościach. Chcąc być konsekwentnym do końca, nawet w przypadku chorego w stanie terminalnym, sięgnie po nieproporcjonalnie kosztowne i uciążliwe dla pacjenta zabiegi i lekarstwa. Skutkiem walki o życie – nie liczącej się z innymi racjami – będzie często jedynie przedłużanie agonii i cierpienie chorego oraz opóźnianie śmierci, zupełnie nieracjonalne z fizjologicznego i ekonomicznego punktu widzenia. Jak dodaje, taka logika była w przeszłości powodem przeprowadzania „szeroko opisywanych w literaturze bioetycznej zabiegów tzw. hemisomatektomii, czyli odcięcia połowy ciała wraz z kończynami i miednicą. «Pomysł narodził się w głowie jednego z akrobatów sali operacyjnej» i wymagał wielu bardzo skomplikowanych czynności łącznie z utworzeniem z kawałka jelita sztucznego pęcherza moczowego i sztucznego odbytu. «Chory umarł trzynastego dnia w następstwie obrzęku płuc przeciążonych nadmiarem infuzji i transfuzji»²⁷.

Podobnie – w opinii K. Szewczyka – zapoczątkowana przez Arystotelesa koncepcja zdrowia, jako celu medycyny, nie jest pozbawiona mylnych dwuznaczności, gdyż „postęp nauk biomedycznych i towarzyszące temu procesowi trudności w definiowaniu takich pojęć, jak: «życie», «zdrowie», «choroba», «stan terminalny», sprawiają, że w codziennej praktyce lekarskiej czynności zmierzające do przywrócenia zdrowia bardzo często przekształcają się w działania ratujące życie, te zaś są trudno odróżnialne od zabiegów jedynie przedłużających umieranie chorego»²⁸.

Czy nie wydaje się zatem słuszne uznanie za cel działań medycznych walki z cierpieniem? Również wobec takiego rozwiązania wspomniany autor

²⁶ Por. K. S z e w c z y k. *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*. Warszawa–Łódź: PWN 2001 s. 180; D o b r o w o l s k a. *Wprowadzenie do medycznej etyki troski* s. 82.

²⁷ S z e w c z y k. *Dobro, zło i medycyna* s. 177.

²⁸ Tamże.

zgłasza poważne zastrzeżenia, podkreślając przede wszystkim, że prowadziło-
by to w wielu przypadkach do paradoksalnej sytuacji, w której dla wyeliminowania bólu pacjenta lekarz musiałby poświęcić jego życie. Tak zorientowana etyka usprawiedliwiałaby eutanazję nie tylko w przypadkach terminalnie chorych pacjentów, ale i tych wszystkich, którzy – nie radząc sobie z fizycznym czy psychicznym cierpieniem – prosiliby o śmierć. Rozpowszechnienie praktyk eutanatycznych nieuchronnie pociągałoby za sobą nadużycia, a w dalszej konsekwencji – utratę zaufania pacjentów do służb medycznych. Ponadto, nie można pomijać faktu, że ból spełnia również pewne pozytywne funkcje w organizmie (i jako taki jest reakcją pożądaną) oraz, że jest on nieodłącznie wpisany w ludzką kondycję, zatem dążenie do jego całkowitej eliminacji okazuje się absurdem²⁹.

Jak podkreśla K. Szewczyk, wspólnym mankamentem powyższych propozycji wartości autotelicznej medycyny jest także ryzyko oderwania od rzeczywistości. Główną rolę zaczynają bowiem odgrywać abstrakcyjne wielkości – życie, zdrowie, cierpienie – natomiast pacjent, w jego konkretnej sytuacji, zostaje zepchnięty na dalszy plan. Tak zorganizowana służba zdrowia bardziej służy wyidealizowanym celom niż potrzebującym pomocy ludziom³⁰.

Wobec tak istotnych słabości wspomnianych koncepcji, autor ten dochodzi do wniosku, iż najwyższą wartością medycyny należy uczynić troskę. Zorientowanie działań medycznych na ten cel ma być gwarantem odpowiednio wysokiej jakości usług oraz dowartościowania człowieczeństwa, zarówno pracownika służby zdrowia, jak i pacjenta. Odniesienie do kategorii troski pozwala ponadto – jego zdaniem – przezwyciężyć trudności i wypaczenia, którymi naznaczone są wcześniejsze koncepcje oraz daje szansę na stworzenie medycyny „z ludzką twarzą”. Powołując się na „Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza” z roku 1977 (tzw. kodeks Bogusza – od nazwiska głównego redaktora, krakowskiego chirurga Józefa Bogusza), stwierdza, że „obowiązkiem lekarza jest troska o powierzonych jego opiece chorych [...]». Troska jest tu oczywiście rozumiana jako pewne działanie wykonywane przez lekarza. Stąd też w zasadzie winniśmy mówić o «troszczeniu się» lekarza o chorych. Tak skorygowany zapis można ująć w formę nakazu: «troszczenie się o chorego jest najwyższym prawem pracowników zawodów medycznych». Posłuszny temu zapisowi pracownik powinien troszczyć się o «te-

²⁹ Por. tamże s. 178; M. G e n s a b e l l a F u r n a r i. *Dolore/sofferenza*. W: *Enciclopedia di bioetica e sessuologia*. Red. G. Russo. Torino: Editrice ELLEDICI 2004 s. 689-694.

³⁰ Por. S z e w c z y k. *Dobro, zło i medycyna* s. 178-179.

go oto» pacjenta jako osobę, a wtórnie dopiero – i nigdy «tylko» – o jego życie, zdrowie czy cierpienie»³¹.

Troska staje się tu więc pozytywnym zaangażowaniem na rzecz pacjenta, które można utożsamić z miłosierdziem. Jej właściwa realizacja domaga się przede wszystkim uwzględnienia konkretnej sytuacji chorego, która nie może zostać zdominowana przez abstrakcyjne zasady ogólne. Obiektywne normy nie są bez znaczenia, tracą jednak wartość absolutną – zostają podporządkowane trosce o pacjenta i pełnią jedynie rolę pomocniczą w ustalaniu jej form. Odpowiedzialność substytucyjna (podejmowana i ponoszona za drugiego człowieka) nakazuje bowiem pracownikowi służby zdrowia „rozważyć w każdej sytuacji, jakie działania w tych właśnie okolicznościach są przejawem troski o pacjenta, a jakie temu celowi nie służą, choć są motywowane przez tak godne realizacji dobra, jak: życie chorego, jego zdrowie bądź ulga w cierpieniu. [...] Postępowanie personelu medycznego mające na celu wymienione wartości jest zawsze moralnie dobre, natomiast jego słuszość jest zrelatywizowana do sytuacji i zależy od tego, czy stanowi przejaw miłosierdzia. Innymi słowy, «dobra medyczne» są wartościami zależnymi od troski i jako takie podlegają regule zależności»³².

Postawa troski wywiera istotny wpływ na relację lekarz–pacjent. Szewczyk wprowadza tu Lévinasowskie odniesienie „Ja” do „Ty”, w którym autorytet jest po stronie Innego. To on jest „panem”, „mistrzem” i „nauczycielem”, choć jednocześnie pozostaje potrzebującym pomocy „ubogim”. Tylko starając się wsłuchać w jego głos-apel, lekarz może adekwatnie odpowiedzieć na jego potrzebę. Ta zasadnicza reorientacja w relacji do pacjenta respektuje jego podmiotowość i pozwala uniknąć błędu paternalizmu. Nie oznacza to bynajmniej konieczności zupełnego podporządkowania się lekarza woli chorego, bowiem autonomia pacjenta również jest wartością zależną od troski: „pacjent nie może (w sensie moralnym) żądać świadczeń, które byłyby objawem beztroski w stosunku do niego oraz stanowiły działania niesprawiedliwe wobec innych ludzi. Lekarzowi zaś nie wolno odpowiadać na tego rodzaju apele-prośby»³³.

Relacja lekarz–pacjent nie powinna być miłością (wyjawszy sytuacje udzielania pomocy członkom rodziny), gdyż groziłoby to naruszeniem wymagań profesjonalizmu i wewnętrznych standardów moralnych, zagubieniem obiektywizmu i niezbędnego dystansu do sytuacji chorego czy wreszcie zbyt-

³¹ Tamże s. 179.

³² Tamże s. 180.

³³ Tamże s. 189.

nim lękiem przed własną chorobą i śmiercią³⁴. Właściwy kształt relacji lekarz–pacjent można by zatem określić jako „przymierze” dokonujące się we wzajemnym otwarciu, wierności, lojalności i postawie miłosierdzia³⁵.

Powyższa charakterystyka pozwala na uchwycenie zasadniczych tez omawianego modelu etyki medycznej. Powraca jednak postawione na wstępie pytanie: czy przyjęcie troski za wartość autoteliczną medycyny nie skrywa niebezpiecznych pułapek i nie otwiera możliwości działań sprzecznych z autentycznym dobrem pacjenta? Ponadto, czy etyka troski – jak mogą sugerować niektóre jej twierdzenia – jest rzeczywiście zgodna z nauką Kościoła i zasługuje na to, by stanowić normę działania dla lekarzy-katolików? By udzielić odpowiedzi na te pytania, warto dokonać oceny niniejszej koncepcji z punktu widzenia katolickiej teologii moralnej.

III. OCENA MORALNA

Każdy system moralny – by nie pozostać jedynie teoretycznym konstruktem, ale rzeczywiście służyć dobru człowieka – winien brać swój początek w poszukiwaniu prawdy o ludzkim bycie. Zgodnie z oczywistą zasadą *agere sequitur esse*, antropologia stanowi fundament refleksji moralnej i nadaje jej późniejszy kształt, a wszelkie błędy popełnione na płaszczyźnie ontologicznej skutkują nieuchronnie wypaczeniami w formułowaniu norm postępowania. Analizę etyki troski pod względem moralnym warto zatem rozpocząć od przyjrzenia się jej założeniom antropologicznym.

W publikacjach autorów, budujących etykę troski, trudno doszukać się systematycznego wykładu antropologii, aczkolwiek zawierają one jej elementy. Choć czerpią z różnych tradycji, pozwalają rozstrzygnąć najbardziej istotną kwestię – pytanie o strukturę ludzkiego bytu. Zarówno bowiem w myśli M. Heideggera, jak też E. Lévinasa i przedstawicielek feminizmu kulturowego wybrzmiewa idea Boga oraz prawda, że relacja do Niego jest/może być dla człowieka wartością istotną. Mimo iż prezentowane koncepcje cechuje duża różnorodność, jednomyślnie skłaniają one do uznania istnienia rzeczywistości nadprzyrodzonej i duchowego wymiaru ludzkiego bytu. Uszanowanie tych wartości w etyce troski zostaje potwierdzone m.in. przez nakaz respektowania

³⁴ Por. D o b r o w o l s k a. *Wprowadzenie do medycznej etyki troski* s. 128.

³⁵ Por. K. S z e w c z y k. *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*. Warszawa: PWN 2009 s. 151-153; t e n ż e. *Dobro, zło i medycyna* s. 190.

decyzji pacjenta, który odmawia terapii ze względów religijnych³⁶. Wiara bowiem „stanowi dobrą podstawę wyboru form troski”³⁷.

Zaletą podkreślenia kategorii troski w medycynie jest także dowartościowanie podmiotowości pacjenta. Przyznanie mu uprzywilejowanej pozycji w relacji do lekarza, chroni go przed próbami sprowadzenia do roli jedynie przedmiotu działań medycznych. Autorytet „nauczyciela”, którym zostaje obdarzony – i któremu odpowiada ciężący na pracowniku służby zdrowia obowiązek słuchania – sprawia, że chory, mimo swej słabości, może nadal w świadomy sposób decydować o własnym losie. To natomiast zapewnia mu poczucie własnej wartości i godności.

Pozytywny aspekt proponowanego modelu etyki medycznej stanowi z pewnością również promocja specyficznie ludzkich wartości i postaw, jak: nawiązanie osobowej relacji z drugim, odpowiedzialność, miłosierdzie, wrażliwość, empatia, umiejętność słuchania drugiego i gotowość wychodzenia naprzeciw jego potrzebom, zaufanie, poświęcenie itp. Traktowanie pacjenta nacechowane powyższymi postawami jest w opiece zdrowotnej często ważniejsze niż zasoby materialne, jakimi dysponuje służba zdrowia. Takie odniesienie do chorego – będące przejawem autentycznej troski – daje mu bowiem poczucie bezpieczeństwa, co z kolei owocuje jego lepszą kondycją psychiczną, zaufaniem i gotowością do współpracy w procesie leczenia.

Obok powyższych zalet, które nadają etyce troski walor wybitnie humanistyczny i wywierają pozytywny wpływ na jakość opieki zdrowotnej, daje się w niej zauważyć również tezy, które – przynajmniej w określonych przypadkach – mogą upoważniać do działań zagrażających zdrowiu i życiu pacjenta. Szczególnie niebezpieczna w tym kontekście wydaje się rezygnacja z obiektywnego systemu wartości. Postawa troski – jakkolwiek dookreślona przez szereg norm pomocniczych – pozostaje w dużej mierze kategorią subiektywną, zależną od hierarchii wartości czy osobistych przymiotów osób zaangażowanych w proces leczenia. Jeśli jednak przypisać jej status wartości autotelicznej, to konsekwencją takiego założenia będzie uznanie za dobrą i dozwoloną każdej interwencji medycznej powodowanej troską. Negatywnie zostaną ocenione natomiast wszelkie przejawy braku tej postawy ze strony pracow-

³⁶ Warto w tym miejscu zaznaczyć, że analiza wypowiedzi niektórych autorów nie pozwala jednoznacznie określić czy takie rozstrzygnięcia świadczą o ich pozytywnym stosunku do wartości religijnych czy są wyłącznie rezultatem konsekwentnego respektowania autonomii pacjenta.

³⁷ S z e w c z y k. *Bioetyka. Medycyna na granicach życia* s. 157.

nika służby zdrowia czy pacjenta, na którym również spoczywa obowiązek troski o siebie.

Kwestią problematyczną jest z pewnością określenie form troski w konkretnych przypadkach. Przedstawiciele omawianego modelu etycznego generalnie nie wyrażają aprobaty dla takich działań, jak np. aborcja czy eutanazja, niemniej jednak dochodzą do wniosku, że w pewnych sytuacjach mogą być one przejawem troski i jako takie będą akceptowalne. K. Szewczyk ujmuje to w następujący sposób: „aborcję traktuję jako zło zniszczenia życia obdarzonego wewnętrzną wartością. Tym samym nakładam na państwo obowiązek prawnej ochrony tej wartości. Równocześnie nie odmawiam kobiecie prawa do usunięcia ciąży. Jeżeli kobieta/rodzice uznają po należytym namyśle, że nie mogą podjąć trudom związanym z macierzyństwem/ojcostwem, państwo powinno im zapewnić możliwość usunięcia ciąży. [...] Dwudziesty szósty tydzień rozwoju płodowego można, jak sądzę, zasadnie uznać za górną granicę moralnie usprawiedliwionej ingerencji społeczeństwa w macierzyństwo”³⁸.

Do podobnych wniosków autor ten dochodzi rozważając kwestię praktyk eutanatycznych. Powołując się na wprowadzone przez Ronalda Dworkina świeckie rozumienie świętości życia, stwierdza, że nie można całkowicie potępić eutanazji: „Sądzę bowiem, podobnie jak Dworkin, że po pierwsze, są moralnie dobre racje za dopuszczeniem działań eutanatycznych i po drugie – opowiedzenie się za świeckim bądź religijnym zdefiniowaniem wewnętrznej wartości życia jest wyborem światopoglądowym”³⁹. Decydujące znaczenie ma zatem odpowiedź na pytanie: czy w danych warunkach społecznych i kulturowych eutanazja i wspomagane samobójstwo mogą zostać uznane za przejaw troski o pacjentów? Jeżeli rozstrzygnięcie okazuje się pozytywne, działania te są nie tylko usprawiedliwione, ale co więcej – stają się powinnością. W ten sposób etyka troski przybiera postać sytuacjonizmu. Pewne działania mogą bowiem „spełniać treściowe wymogi reguły troski we wszystkich kulturach naszego kręgu cywilizacyjnego. Część zaś może być formą troski godną moralnego akceptowania tylko w niektórych z nich. Do pierwszej grupy należy bez wątpienia opieka paliatywna, do drugiej – być może – działania eutanatyczne”⁴⁰.

Powyższa logika – jak można konsekwentnie przypuszczać – znalazłaby swoje zastosowanie także w odniesieniu do innych działań medycznych, które

³⁸ S z e w c z y k. *Bioetyka. Medycyna na granicach życia* s. 252-253; por. t e n ż e. *Dobro, zło i medycyna* s. 192-193.

³⁹ T e n ż e. *Bioetyka. Medycyna na granicach życia* s. 385.

⁴⁰ Tamże.

z obiektywnego punktu widzenia oceniane są jako moralnie niedopuszczalne. Jeżeli przykładowo, za przejaw troski zostałyby uznane praktyki *in vitro*, szeroko pojęte interwencje eugeniczne, sterylizacja, wykorzystanie embrionalnych komórek macierzystych w procesie leczenia itp., wówczas samo nastawienie intencjonalne, zawarte w trosce o pacjenta, stanowiłoby raczej upoważniającą do podjęcia tych działań.

Przytoczone przykłady wystarczająco jasno ukazują subiektywny i sytuacyjny charakter etyki troski. Choć czynniki okolicznościowe zawsze stanowią ważne kryterium oceny moralnej czynu, to jednak przyznanie im priorytetu pociąga za sobą zazwyczaj szeroką tolerancję wobec zła. Sytuacjonizm bowiem gotów jest dopuścić każdą formę działania, o ile tylko będzie odpowiadała wymaganiom okolicznościowym. Tymczasem charakter pewnych czynów nie jest aż tak plastyczny (podatny na zmianę), jak chcieliby tego zwolennicy relatywizmu. Zabójstwo – aborcja, eutanazja, wspomagane samobójstwo, niszczenie embrionów – nie stanie się dobrem tylko dlatego, że instytucjonalnie czy indywidualnie zostanie uznane za przejaw troski⁴¹.

Ponadto, troska – jak każda wartość subiektywna – narażona jest na znaczne ryzyko błędu. Jeżeli prawdą jest, że „tylko cienka linia dzieli troskę od ucisku”, to należy pamiętać, że podobna granica istnieje między troską a egoizmem⁴². Trudność w jej uchwyceniu, spotęgowana zmiennymi czynnikami sytuacyjnymi i pokusą utylitarneho interpretowania rzeczywistości, może pociągać za sobą liczne nadużycia – to bowiem, co na pozór będzie wydawać się troską, w rzeczywistości niejednokrotnie może okazać się przejawem zwykłego egoizmu⁴³.

*

Biorąc pod uwagę powyższe wnioski, należy stwierdzić, iż ocena etyki troski z punktu widzenia katolickiej teologii moralnej posiada charakter ambivalentny. Na uznanie i promocję zasługuje z pewnością bardzo mocno wyeksponowana w tej koncepcji potrzeba nawiązania osobowej relacji z pacjentem, uszanowania jego podmiotowości i pozytywnego zaangażowania się pracownika służby zdrowia na rzecz chorego. Uzasadnione obawy budzi nato-

⁴¹ Por. P. V a r d y, P. G r o s c h. *Etyka. Poglądy i problemy*. Tłum. J. Łoziński. Poznań: Zysk i S-ka 1995 s. 132.

⁴² Por. S z e w c z y k. *Dobro, zło i medycyna* s. 183.

⁴³ Por. V a r d y, G r o s c h. *Etyka* s. 132.

miast rezygnacja z obiektywnego charakteru moralności i zrelatywizowanie norm postępowania w zależności od intencji i okoliczności. Zdaniem przedstawicieli etyki troski, reorientacja ta pozwala budować medycynę bardziej przyjazną człowiekowi, jest bowiem wyrazem odejścia od wierności abstrakcyjnym zasadom i opowiedzenia się za wiernością pacjentowi, zgodnie z jego potrzebami. W rzeczywistości jednak, wbrew podobnym deklaracjom, uznanie postawy troski za najwyższy cel medycyny, może prowadzić do usprawiedliwienia i zaakceptowania wielu działań przeciwnych zdrowiu i życiu pacjenta.

BIBLIOGRAFIA

- Baran B.: Saga Heideggera. Kraków: Instytut Teologiczny Księża Misjonarzy 1988.
- Dobrowolska B.: Wprowadzenie do medycznej etyki troski. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza BRANTA 2010.
- Gadacz T.: Znaczenie idei Boga w filozofii Lévinasa (przedmowa). W: E. Lévinas. O Bogu, który nawiedza myśl. Tłum. M. Kowalska. Kraków: Wydawnictwo Znak 1994 s. 7-36.
- Gensabella Furnari M.: Dolore/sofferenza. W: Enciclopedia di bioetica e sessuologia. Red. G. Russo. Torino: Editrice ELLEDICI 2004 s. 689-694.
- Grimshaw J.: Czy istnieje etyka kobieca? Tłum. A. Jedynek. W: Przewodnik po etyce. Red. P. Singer. Warszawa: Książka i Wiedza 2002 s. 537-546.
- Heidegger M.: Bycie i czas. Tłum. B. Baran. Warszawa: PWN 1994.
- Lévinas E.: Całość i nieskończoność. Esej o zewnętrzności. Tłum. M. Kowalska. Warszawa: PWN 2002.
- Lévinas E.: Etyka i nieskończony. Rozmowy z Philipp'em Nemo. Tłum. B. Opolska-Kokoszka. Kraków: Wydawnictwo Naukowe PAT 1991.
- Lévinas E.: Istniejący i istnienie. Tłum. J. Margański. Kraków: Wydawnictwo HOMINI 2006.
- Lévinas E.: O Bogu, który nawiedza myśl. Tłum. M. Kowalska. Kraków: Wydawnictwo Znak 1994.
- McCance T. V., McKenna H. P., Bore J. R. P.: Caring: theoretical perspectives of relevance to nursing. „Journal of Advanced Nursing” 24:1999 nr 30 z. 6 s. 1388-1395.
- Michalski K.: Heidegger i filozofia współczesna. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy 1978.
- Słownik języka polskiego. T. 3: R-Z. Red. M. Szymczak. Warszawa: PWN 1998.
- Szewczyk K.: Bioetyka. Medycyna na granicach życia. Warszawa: PWN 2009.
- Szewczyk K.: Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej. Warszawa–Łódź: PWN 2001.
- Ślęczka K.: Feminizm. Ideologie i koncepcje społeczne współczesnego feminizmu. Katowice: Wydawnictwo Książnica 1999.
- Thudinn V.: Ethics in Nursing. The Caring Relationship. Oxford: Butterworth-Heinemann 2011.

V a r d y P., G r o s c h P.: Etyka. Poglądy i problemy. Tłum. J. Łoziński. Poznań: Zysk i S-ka 1995.

THE ETHICS OF A CARE IN MEDICINE

S u m m a r y

The ethics of a care is relatively a new model of medical ethics being in intention of its representatives a reasonable compromise between a radical ethics of sancticity of life and a conformist ethics of quality of life. This conception creates its attraction appealing to humanistic values and relation to contemporary thought stream. Although a concern for the patient was always in medicine a positive and desired attitude, therefore the fact of giving it the status of a superior value may cause the acts posing a threat to health or life of the sick (for example: euthanasia in the name of care). This article brings closer the main theses of the presented model and contains an attempt of its moral evaluation.

Sława kluczowe: troska, medycyna, relacja lekarz–pacjent, feminizm.

Key words: care, medicine, relationship doctor–patient, feminism.