

SPIS TREŚCI

PRZEDMOWA	7
WSTĘP	9
POSZUKIWANIE DOBRA NAJWYŻSZEGO W MEDYCYNIE – KRYTYCZNY PRZEGLĄD PODSTAWOWYCH KONCEPCJI	17
1.1 Etyka tradycji Hipokratesowej	17
1.1.1 Dyskusje na temat etyki kodeksowej	20
1.1.2 Życie i zdrowie ludzkie jako dobra najwyższe medycyny	23
1.2 Filozoficzna etyka medyczna	30
1.2.1 Pryncypializm	30
1.2.1.1 Charakterystyka czterech zasad	31
1.2.1.2 Zastosowanie czterech zasad	39
1.2.2 Personalizm – godność osobowa pacjenta jako źródło powinności moralnej w medycynie	49
1.2.2.1 Pojęcie godności osobowej człowieka	50
1.2.2.2 Godność osobowa pacjenta jako źródło powinności moralnej w medycynie	53
1.2.2.3 Świętość życia w etyce medycznej	57
1.2.3 Utylitaryzm	63
1.2.3.1 Wartość wolności w utylitaryzmie	65
1.2.3.2 Zasada użyteczności w medycynie	68
1.2.3.3 Jakość życia w etyce medycznej	71
1.2.4 Kazuistyka – konkretny przypadek jako źródło norm moralnych	75
1.2.4.1 Proces analizy przypadku	76
1.2.4.2 Zarzuty wobec kazuistyki	79
„TROSKA O CZŁOWIEKA” JAKO KATEGORIA ETYKI MEDYCZNEJ	81
2.1 Definiowanie „troski o człowieka” na gruncie medycyny	82
2.2 Troska jako wartość vs. troskliwość jako cnota	90
FILOZOFICZNE ZAŁOŻENIA MEDYCZNEJ ETYKI TROSKI	94
3.1 „Kobieca” koncepcja etyki troski	95
3.2 Troska w filozofii Martina Heideggera	105
3.3 Myśl Emmanuela Lévinasa i jej wpływ na koncepcję etyki troski	115

MEDYCZNA ETYKA TROSKI O PACJENTA I JEGO DOBRO	125
4.1 Charakter i przedmiot troski w medycynie	126
4.2 Swoistość relacji troskliwości	132
4.3 Problematyka supererogacji a etyka troski	145
 BIBLIOGRAFIA	 155

PRZEDMOWA

Niniejsza książka powstała na bazie rozprawy doktorskiej „Troska w sporze o *summum bonum* w etyce medycznej”, przygotowanej pod kierunkiem Pana **dr hab. Lecha Zdybła**. Praca została obroniona na Wydziale Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej w 2006 roku. Recenzentem rozprawy byli Pani **prof. dr hab. Irena Wrońska** z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz **dr hab. Krzysztof Kosior** z Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej.

Korzystając z okazji, chcę wyrazić swoją wdzięczność przede wszystkim Panu **dr hab. Lechowi Zdyblowi** za inspirację, życzliwość i pomoc okazaną podczas przygotowywania pracy oraz Państwu recenzentom za wszelkie uwagi podniesione w recenzjach. Starłam się je uwzględnić, przygotowując pracę do druku.

W sposób szczególny pragnę również podziękować Pani **prof. dr hab. Zofii Kawczyńskiej-Butrym** (Uniwersytet Marii Curie Skłodowskiej) oraz Siostrze **dr hab. Barbarze Chyrowicz** (Katolicki Uniwersytet Lubelski), recenzentkom niniejszej książki. Dzięki konstruktywnym sugestiom przekazanych w recenzjach mogłam spojrzeć na niektóre analizy zawarte w książce w sposób bardziej krytyczny, co pozwoliło mi – mam nadzieję – na dokonanie niezbędnych zmian.

Dziękuję wreszcie moim bliskim, którzy mocno orędowni, abym przygotowała tę pracę do druku. Bez ich wiary, wsparcia i troski książka ta zapewne by nie powstała.

WSTĘP

Dociekania nad problemami mieszczącymi się w obszarze etyki medycznej mogą przybierać formę którejś z trzech podstawowych dziedzin refleksji etycznej: etyki normatywnej (etyki właściwej), etyki opisowej (etyki deskryptywnej, nauki o moralności) i metaetyki („filozofii moralnej” – *moral philosophy*)¹. Najsilniejszy w tym względzie jest nurt normatywny, określany często mianem etyki tradycji Hipokratesowej. Skutkuje on zazwyczaj formułowaniem norm (bardzo często skodyfikowanych) tworzonych zwykle przez medyków na ich własny użytek. Intensywnie rozwijany jest również nurt deskryptywny, w którym badane są postawy pracowników służby zdrowia wobec licznych problemów moralnych pojawiających się w medycznej praktyce (np. aborcji, eutanazji, transplantacji, wyrażania zgody na zabiegi medyczne, informowania pacjentów o niepomyślnym rokowaniu i wielu innych). Mówimy wreszcie

¹ Z. Szawarski, *Czego oczekiwać od etyki medycznej?*, „Medycyna po Dyplomie” 2002, nr 5, s. 37. Zbigniew Szawarski dokonuje również w tym tekście uściśleń terminologicznych takich pojęć, jak bioetyka, etyka medyczna czy etyka lekarska.

Nazwą „bioetyka” po raz pierwszy posłużył się w 1970 roku Van Rensselaer Potter – onkolog z Uniwersytetu w Wisconsin – analizując moralne problemy nauk biologicznych i medycznych. Przełom lat 60. i 70. uznaje się za początek rozwoju bioetyki jako dyscypliny naukowej. Może być ona rozumiana szeroko, jako filozoficzna refleksja zajmująca się wpływem cywilizacji ludzkiej na procesy życia i przyszłość naszej planety. W węższym rozumieniu bioetyka podejmuje zagadnienia związane z osiągnięciami współczesnej biologii i medycyny oraz ich wpływem na życie ludzkie. Rozpatruje również problemy moralne medyków pojawiające się w ich codziennej praktyce, które zwykliśmy umieszczać w obszarze tradycyjnej etyki lekarskiej czy pielęgniarskiej. W związku z tym bioetyka może być postrzegana także jako etyka medyczna, choć wielu badaczy uważa, że jej przedmiot zainteresowań jest znacznie szerszy aniżeli tradycyjnej etyki medycznej. (T. Biesaga, *Początki bioetyki, jej rozwój i koncepcja*, [w:] *Podstawy i zastosowania bioetyki*, pod red. T. Biesagi, Wyd. Naukowe PAT, Kraków 2001, s. 13–20; Z. Szawarski, *Czego oczekiwać...*, s. 38).

W moim przekonaniu terminy „etyka medyczna” oraz „bioetyka” (w wąskim tego słowa znaczeniu) można stosować zamiennie. W niniejszej pracy będę się posługiwała pierwszym z wymienionych terminów, przede wszystkim ze względu na bogatszą tradycję (mieści ona w sobie podejmowaną przez wieki problematykę etyki lekarskiej, pielęgniarskiej czy innych przedstawicieli medycyny), jak również z powodu rozpatrywanych w tym opracowaniu zagadnień, które dotyczą generalnie pracowników służby zdrowia. Podzielam w tym względzie myśl Zbigniewa Szawarskiego podkreślającego, iż „proces diagnostyki i leczenia [także rehabilitacji i pielęgnowania – B.D.] jest współcześnie przedsięwzięciem kolektywnym i obejmuje współpracę pomiędzy różnymi specjalnościami i zespołami ludzkimi...”. (Tenże, *Czego oczekiwać...*, s. 38). Dlatego też „etyka medyczna” stanowi odpowiedni termin na objęcie problemów moralnych związanych z realizacją tego procesu.

o filozofii moralnej (filozoficznej etyce medycznej), która analizuje fundamentalne pojęcia i poszukuje rozwiązań problemów natury moralnej właściwych dla praktyki medycznej. Trzeba wszakże zaznaczyć, iż granice pomiędzy wyróżnionymi tu formami etycznego namysłu są płynne².

Zasadniczym zadaniem filozoficznej etyki medycznej jest krytyczna analiza problemów medycyny rozpatrywanych w szerokim kontekście, w jakim się pojawiają. Wiedza o tym kontekście stanowi bowiem punkt wyjścia sensownej refleksji nad warunkami oraz – w konsekwencji – nad możliwościami rozstrzygnięcia owych problemów. Jednocześnie taki krytyczny namysł czyniony jest zwykle z punktu widzenia określonej teorii etycznej, dokonywany jest przez pryzmat skonkretyzowanych wartości. Zatem filozoficzna refleksja wiąże się, w tym przypadku, ze wskazaniem wartości istotnych w działalności medyka, czyli tych, które stanowią źródło norm moralnych w obszarze medycznej praktyki. Rozumiana w ten sposób filozoficzna etyka medyczna stanowi niejako podstawę rozwiązań etyki normatywnej. Implikuje bowiem charakter wartościująco-normatywnego podejścia pracowników ochrony zdrowia do tych problemów, których źródłem (oraz istotą) są nie tyle kwestie natury techniczno-medycznej, ile wątpliwości natury moralnej.

Współczesny filozoficzny dyskurs dotyczący sposobu postrzegania praktycznych problemów medycyny został zdominowany przez dwie koncepcje etyczne. Mam tu na myśli „etykę świętości życia” oraz „etykę jakości życia”. Jakkolwiek obie są wewnętrznie bardzo zróżnicowane, to można generalnie stwierdzić, iż pierwsza ma u swych podstaw rozstrzygnięcia etyk religijnych, druga zaś jest zdecydowanie utylitarystyczna.

Kazimierz Szewczyk (reprezentujący łódzkie środowisko etyków medycyny) analizując sposoby uprawiania bioetyki, zalicza wymienione powyżej teorie do systemów dedukcyjnych. Poza tym wyróżnia on grupę tzw. filozoficznych etyk medycznych. Wśród nich wymienia zaś pryncypializm, kazuistykę oraz etykę troski. Sam jednocześnie przyznaje, że nazwa „filozoficzne etyki medyczne” jest dość niefortunna, „każda etyka” stanowi bowiem dyscyplinę filozoficzną. Używa on przy tym sformułowania „każda etyka normatywna”, dodając, iż „filozoficzność” oznacza przede wszystkim krytyczną refleksję nad etyczną stroną medycyny³. Uwagi Szewczyka potwierdzają brak ostrych granic między filozofią moralną a etyką normatywną. Wszak ta pierwsza stanowi podstawę tej

² Z Szawarski, *Czego oczekiwać...*; Tenże, *Wprowadzenie – dwa modele etyki medycznej*, [w:] *W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej*, pod red. Z. Szawarskiego, KiW, Warszawa 1987, s. 5–26. Raanan Gillon, brytyjski etyk medycyny, twierdzi, że filozoficzną etykę medycyny można określić „jako analityczne i krytyczne badanie pojęć, założeń, przekonań, postaw, uczuć, racji i argumentów, leżących u podstaw podejmowania decyzji moralnych w medycynie”. (R. Gillon, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, tł. A. Alichniewicz, A. Szczęśna, PZWL, Warszawa 1997, s. 12).

³ K. Szewczyk, *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, PWN, Warszawa–Łódź 2001, s. 172–175; Tenże, *Etyka medyczna jako etyka troski*, [w:] *Etyczne dylematy medycyny w Chinach i Polsce*, pod red. D. Walczak-Duraj, T. Min Xu, Łódź 1998, s. 47–57.

drugiej. Przy czym nie musi się ona wiązać ze sformułowaniem uporządkowanego zbioru norm w formie kodeksu.

Nie jest czymś zaskakującym, że filozoficzny namysł nad zagadnieniami etyki medycznej skutkuje pluralizmem koncepcji, a więc i pluralizmem propozycji rozwiązań moralnych problemów medycyny⁴. I tak, obok etyk podkreślających wartość życia i etyk podkreślających jakość życia, szerokim uznaniem cieszy się również pryncypializm, czyli tzw. etyka czterech zasad. Została ona wypracowana w środowisku etyków medycyny jako wyraz zapotrzebowania na koherentną teorię etyczną postępowania lekarskiego (opartą na uniwersalnych zasadach moralnych), która stosowałaby się do każdego sposobu postępowania i pozwalałaby niektóre z nich usprawiedliwić. Zdaniem Raanana Gillona jest to ostateczny cel filozoficznej etyki medycznej. Dodaje on jednocześnie, że taka koncepcja jeszcze nie istnieje, a próby jej stworzenia natrafiają na duże trudności. Są one tak poważne, że – jak powiada Raanan Gillon – nie jest wykluczone, że stworzenie satysfakcjonującej w tym względzie opcji (spełniającej kryteria bycia systemem) może zakończyć się niepowodzeniem⁵. Sam natomiast, jako współtwórca i gorący orędownik pryncypializmu, jest zarazem przekonany o konieczności podejmowania tego rodzaju prób.

Zdaniem Kazimierza Szewczyka – koncentrującego się w swych rozważaniach na etyce troski – ten rodzaj uprawiania filozoficznej etyki medycznej stanowi wyraz sprzeciwu wobec etyki zorientowanej wyłącznie na abstrakcyjne zasady. Etyka troski podkreśla bowiem konieczność zwrócenia się wprost ku podmiotowi opieki – nastawiona ona jest na bezpośrednią troskę o pacjenta⁶. Można też powiedzieć, iż etyka troski jest specyficznym buntem przeciwko osobliwemu zjawisku współczesnej cywilizacji. Określane jest ono mianem dominacji bądź prymatu rozumu instrumentalnego we wszystkich niemal sferach ludzkiej aktywności. Jeden z krytyków tego fenomenu, amerykański filozof Charles Taylor (czołowy przedstawiciel myśli komunitariańskiej), charakteryzuje rozum instrumentalny jako „ten rodzaj racjonalności, którym posługujemy się, aby wyliczyć najbardziej ekonomiczny sposób wykorzystywania środków prowadzących do danego celu. Maksymalna efektywność, najlepsza relacja nakładów do zysków – oto kryterium sukcesu takiego rozumowania”⁷. Tymczasem jest wiele sytuacji – szczególnie w medycynie – w których nakład pracy i pieniędzy nie przekłada się na materialne zyski. Właśnie w takich przypadkach

⁴ Rodzi się zatem – zdaniem Alicji Przyłuskiej-Fischer – pytanie: „czy uprawianie etyki normatywnej ze świadomością pluralizmu wartości i różnorodności teorii etycznych ma w ogóle jakikolwiek naukowy i praktyczny sens?”. (A. Przyłuska-Fischer, *Bioetyka a problemy metodologiczne etyki*, „Etyka” 1999, nr 32, s. 151). Odpowiedź na to pytanie brzmi – według niej – „tak”, pod warunkiem, że w procesie formułowania twierdzeń etycznych podjęta zostanie próba bezstronnej i neutralnej argumentacji moralnej. (tamże, s. 155-157).

⁵ R. Gillon, *Etyka lekarska...*, s. 12.

⁶ K. Szewczyk, *Etyka medyczna...*, s. 54.

⁷ Ch. Taylor, *Etyka autentyczności*, tł. A. Pawelec, Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, Kraków, Fundacja im. S. Batorego, Warszawa 1996, s. 11.

potrzeba innego nastawienia, innych priorytetów. Przedstawiciele analizowanej przeze mnie opcji etycznej wskazują na wartość troski oraz wartość relacji międzyludzkiej.

Etyka troski stanowi koncepcję sformułowaną pierwotnie w kręgach przedstawicielek tzw. feminizmu genderowego. Jest etyczną orientacją stosunkowo szeroko rozpowszechnioną i promowaną wśród etyków zachodniego środowiska pielęgniarstwa. Zaryzykuję twierdzenie, że właśnie ze względu na te ideowe źródła etyka troski jest z kolei na gruncie polskiej etyki medycznej mało znana.

Trzeba jednak wyraźnie zaznaczyć, iż mimo inspirowania się rozstrzygnięciami feministek każdy z typów refleksji zaliczanej do tego nurtu żyje własnym życiem, posiłkując się ideami wprowadzanymi w ten obszar przez różnych teoretyków. Przykładem takiego stanu rzeczy może być – jedyna spójna w obszarze rodzimej myśli etyczno-medycznej – koncepcja Kazimierza Szewczyka. Jako taka stanowi ona próbę wypełnienia wspomnianej luki, choć posiada już inny charakter aniżeli pierwotnie sformułowana tzw. zachodnia propozycja etyki troski. Co więcej, Szewczyk odcina się od rozstrzygnięć myśli feministycznej, twierdząc, że już samo wskazanie na autorów, do których się odwołuje – a ma tu na myśli Paula Ramseya (określanego mianem jednego z „ojców-założycieli” współczesnej etyki medycznej) oraz Emmanuela Lévinasa – pokazuje, iż jego etyka troski stanowi filozoficznie całkowicie odmienną koncepcję⁸. Nie do końca zgadzam się z tym stwierdzeniem. Oto bowiem na filozofii Lévinasa bazują także przedstawiciele „zachodniej” etyki troski o proveniencji feministycznej.

Biorąc pod uwagę powyższe uwagi, wstępnie zauważmy, iż nazwą „etyka troski” określamy pewien zespół koncepcji etycznych wyraźnie jednak zróżnicowanych pod względem ich filozoficznych korzeni, co w konsekwencji daje często odmienną perspektywę postrzegania przez nie moralnych problemów medycyny. Jednocześnie owe teorie podzielają wspólne założenia. Należy do nich przede wszystkim ujmowanie „troski” jako kategorii etycznej; dalej, tzw. zorientowanie na dobro adresata podejmowanego działania, sprzeciw wobec „abstrakcyjnych zasad etycznych”, zwrócenie uwagi na relacyjny charakter stosunków międzyludzkich itp.

Celem niniejszej pracy czynię krytyczną analizę koncepcji etyki medycznej jako właśnie etyki troski. W tym kontekście ukazuję jej pozycję w dyspacie nad problemem dobra najwyższego w medycznej praktyce. Zamierzam pokazać także, iż teoria ta może być traktowana jako swoiste dopełnienie rozważań nad etycznymi aspektami pracy przedstawicieli ochrony zdrowia.

Aby zrealizować te cele, w rozdziale pierwszym oferuję przegląd najbardziej uznanych teorii etycznych rozwijanych na gruncie medycyny. Na początku przedstawiam etykę tradycji Hipokratesowej z jej afirmacją życia i zdrowia jako

⁸ K. Szewczyk, *Bioetyka kulturowa jako rozległa doktryna moralna*, [w:] *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, pod red. M. Gałuszki, K. Szewczyka, PWN, Warszawa–Łódź 2002, s. 48, przypis nr 87.

wartości centralnych w medycynie. Wskazuję na problemy związane z definiowaniem tych wartości oraz na implikacje spowodowane określonym sposobem ich rozumienia. Poruszam również kwestię sporu o zasadność tworzenia etyki zawodowej, podkreślając, iż mimo wielu argumentów wysuwanych przeciwko tej etyce to w profesji medyków uważam ją za niezbędną.

W dalszej części tegoż rozdziału koncentruję się na koncepcjach zaliczanych do filozoficznej etyki medycznej – pryncypializmie, personalizmie, utylitaryzmie oraz kazuistyce. Wskazuję na ich filozoficzne korzenie, jak również poddaję krytycznej analizie wypracowane na ich gruncie rozstrzygnięcia w kwestii podstawowych problemów medycyny. Przede wszystkim zaś staram się przedstawić arenę współczesnej etyki medycznej jako pole ścierania się różnorodnych poglądów. Rozważania te są – w moim przekonaniu – niezbędne dla pokazania szerokiego kontekstu kształtowania się etyki troski oraz miejsca, jakie może ona zająć w sporze o tzw. dobro najwyższe w medycynie.

W rozdziale drugim podejmuję próbę zdefiniowania „troski” jako kategorii etyki medycznej. Czynię to poprzez ukazanie jej charakterystycznych cech, wśród których wymienia się przede wszystkim współczucie, zaufanie, wiedzę i kompetencje. Dlatego też w konkluzji stwierdzam, iż jest to pojęcie odsyłające do wielu aspektów medycznej praktyki i ludzkich sprawności, niepoddające się jednoznaczному zdefiniowaniu. Można je jedynie dookreślać za pomocą wyżej wymienionych (jak i wielu innych) jakości.

Na gruncie etyki medycznej troska pojmowana jest najczęściej jako wartość i cnota. W etyczno-medycznej myśli Kazimierza Szewczyka troska o pacjenta – rozumiana jako miłosierdzie ograniczone sprawiedliwością – ma status dobra autotelicznego. Podporządkowane są mu wszystkie inne wartości medycyny, w tym m.in.: życie i zdrowie, autonomia pacjenta, ochrona przed cierpieniem czy zaufanie. Właśnie tę kwestię – kwestię statusu kategorii „troska” – eksponuję w szczególności. Podkreślam, że troska może być postrzegana jako autoteliczna wartość w etyce medycznej tylko o tyle, o ile jest troską o pacjenta pojmowanego jako najwyższe dobro medycyny.

Kolejny rozdział poświęcam przedstawieniu filozoficznych podstaw etyki troski w medycynie. Zaczynam od krytycznego namysłu nad filozofią feminizmu genderowego postrzeganego jako ideowe źródło etyki troski. Powołuję się tu przede wszystkim na rozstrzygnięcia czołowych prekursorów interesującej nas koncepcji – Carol Gilligan oraz Nell Noddings. Ich zdaniem kobiety i mężczyźni w odmienny sposób „wyrażają siebie” w kwestiach moralności. Dla kobiet istotna jest koncentracja na indywidualnych potrzebach innych ludzi, zaangażowanie się w sprawy drugiego człowieka, wręcz „pochłonięcie” drugim. Taka postawa znamionuje troskę, która może się zrodzić wyłącznie w relacji interpersonalnej. Postrzeganie problemów moralnych medycyny poprzez pryzmat propozycji feministek niesie jednak za sobą ryzyko relatywizmu. Wynika ono przede wszystkim z odrzucenia zasad moralnych oraz stronnictwa

w podejmowaniu etycznych decyzji. Inne zagrożenie – szczególnie istotne w praktyce medycznej – wiąże się z popularnością etyki troski w zawodach kobiecych, co ułatwia usprawiedliwianie stereotypów narzucających kobietom rolę opiekunek. A to z kolei obarczone jest ryzykiem pogłębiania ich wyzysku.

W dalszej kolejności odwołuję się do myśli Martina Heideggera i jego koncepcji bytu ludzkiego, którego kondycję filozof określa mianem „troski”. Ma ona charakter ontologiczny, co oznacza, iż jest fenomenem źródłowym dla jestestwa ludzkiego. Można powiedzieć, że „bycie” człowieka jest troską – człowiek troszczy się niejako ze swej natury. Przy czym należy podkreślić, że owo troszczenie nie ma wymiaru intencjonalnego, nie jest troszczeniem się o drugiego człowieka będącego w potrzebie. Jest natomiast troską o bycie autentyczne. A jednak Heideggerowskie rozumienie troski może mieć znaczenie dla analizowanej koncepcji etyki medycznej. Umożliwia bowiem troskę intencjonalną – nazwijmy ją „troską właściwą”. Innymi słowy, dopiero wtedy, gdy wiem, o co troszczy się pacjent, mogę prawdziwie troszczyć się o niego.

W ostatniej części tego rozdziału nawiązuję do filozofii Emmanuela Lévinasa. Kładzie ona szczególny nacisk na relacyjność bytu ludzkiego. Zgodnie z rozstrzygnięciami francuskiego filozofa człowiek – odpowiadając na zawarte w „twarzy Innego” wołanie o pomoc – ustanawia relację, w której troska o dobro Innego stanowi wartość naczelną. Jest to relacja asymetryczna. Lévinasowski „Inny” ma bowiem status nie tylko proszącego o pomoc, ale i status mistrza, nauczyciela, który poprzez apel swojej twarzy kształtuje charakter nawiązanej relacji. Rozważania te mają istotne znaczenie dla dociekań nad medyczną etyką troski. Zmieniają przede wszystkim sposób postrzegania relacji medyk–pacjent. Określenie pacjenta mistrzem to zarazem nakaz słuchania tego, co ma on do powiedzenia, i wymóg liczenia się z jego zdaniem. Na tak pojętej relacji zasadza się koncepcja troski stanowiącej właśnie fenomen relacyjny, wydarzający się między dwoma podmiotami. Mówiąc językiem Lévinasa, jest ona otwarciem się na drugą osobę, wzięciem za nią odpowiedzialności. Jednocześnie w trosce tej zakorzenia się sprawiedliwość, którą trzeba uwzględnić, mając na uwadze Trzeciego, a więc innych pacjentów, a nawet całe społeczeństwo. Sprawiedliwość – zdaniem Kazimierza Szewczyka – to „trudniejsza troska”, która wskazuje, że obowiązek troski mamy nie tylko względem „drugiego” człowieka, ale i względem każdego „innego”.

Poprzez różnorodność myśli ujętych w rozdziale trzecim otrzymujemy – w pewnym sensie – uzasadnienie wcześniejszego twierdzenia, w którym zauważam, iż koncepcja etyki troski stanowi zespół wielu idei o zróżnicowanych korzeniach filozoficznych. Dokonane analizy umożliwiają mimo to – jak się wydaje – pokazanie jej struktury i określenie jej charakteru. Koncentruję się na tym w kolejnej części niniejszej pracy, w której podejmuję również próbę dookreślenia przedmiotu troski, a więc dobra pacjenta (a przez to i dobra medycyny). Kwestia identyfikacji dobra (o jakie powinien troszczyć się medyk) oraz cały proces troski uzależnione są bez wątpienia od charakteru relacji z pacjentem. Rozważania na

ten temat prowadzą mnie do konkluzji, że „relacja troskliwości” powinna być budowana na dialogu partnerów – dawcy i biorcy troski.

Wyraźnie zaznaczone w etyce troski zorientowanie na dobro drugiego człowieka (prymarnie wobec zasad moralnych), stało się powodem włączenia do rozważań mojej pracy problemu supererogacji w etyce medycznej. W końcowej części książki formuję więc dwa podstawowe pytania: 1) czy można mówić, że działania podejmowane przez medyków są ponadobowiązkowe, gdy porównamy je z działaniami innych ludzi, niezwiązanych z medycyną; 2) czy na gruncie samej medycyny w ogóle można wyróżnić czyny obowiązkowe i ponadobowiązkowe (a jeśli tak, to jakie są kryteria tego rozróżnienia?). Namysł nad odpowiedzią na te pytania rodzi konkluzję, że tak jak nieuchronne jest „dualistyczne” podejście do moralności – a więc opozycyjność norm i miłości – tak niemożliwym wydaje się wprowadzenie jednoznacznego rozróżnienia pomiędzy tym, co obowiązkowe i ponadobowiązkowe. Problem nabiera jednak innego wymiaru, gdy na czyny supererogacyjne spojrzymy jak na realizację powinności lub spełnianie szczególnie trudnego obowiązku. Uwaga ta ma istotne znaczenie dla moich rozważań. Problematycznym jest, aby troska – rozumiana jako przestrzeń, w której możliwe jest urzeczywistnianie współczucia i miłosiernej miłości – była postrzegana jako obowiązek, ale również nie powinno się jej określać mianem działania ponadobowiązkowego. Zasadne jest natomiast – w świetle prowadzonych analiz – nazywanie jej „obowiązkiem szczególnie trudnym” lub powinnością.

Muszę także dodać w tym miejscu, iż mam świadomość, że zaprezentowane w książce spojrzenie na etykę troski jest dosyć jednostronne. Szczególnie, jeśli chodzi o pokazanie jej możliwych filozoficznych źródeł. Wynika to z zamysłu co do istoty niniejszej pracy. Otóż chodziło mi przede wszystkim o ukazanie wybranych aspektów funkcjonującej współcześnie etyki troski oraz jej miejsca w dyskusji nad charakterem etyki medycznej. W tym sensie ta praca jest tylko wprowadzeniem w zagadnienie. Natomiast trzeba podkreślić, że nie sposób mówić o etyce troski w medycynie bez wskazania na jej chrześcijańskie korzenie, szczególnie jeśli chodzi o dookreślające ją miłosierdzie i współczucie⁹. Zdaję sobie także sprawę, że niezwykle interesujące wyniki w przedmiocie koncepcji etyki troski w medycynie otrzymamy, analizując materiały historyczne z zakresu medycyny. Już szybkie spojrzenie na dziewiętnastowieczne teksty medyków pokazuje, że troska i współtworzące ją wartości są od zawsze dobrem medycyny, a troskliwość wyłania nam się jako podstawowa cnota lekarza czy pielęgniarki¹⁰.

⁹ B. Urbanek, *Idea opieki nad chorym na ziemiach polskich w latach 1809–1914*, IHN PAN w Warszawie, Arboretum, Wrocław 2001, s. 14 i n.; B. Urbanek, *Pojęcie miłosierdzia w opiece nad chorym do XIX wieku*, „Medycyna Nowożytna” 1999, t. 6, z. 1, s. 61–76.

¹⁰ K. Kaczkowski, *Lekcje higieny, nauki zachowania zdrowia*, Drukarnia N. Glücksberga, Warszawa 1826, s. 113 i n.; E. Biernacki, *Istota i granice wiedzy lekarskiej*. Z przedmową Juliana Ochorowicza, Drukarnia Granowskiego i Sikorskiego, Warszawa 1899, s. 127 i n.