

Krzysztof POLIT

O TROSCE CZYLI O TYM, CZEGO BARDZO POTRZEBUJEMY

Cztery rozdziały, z których składa się książka Beaty Dobrowolskiej *Wprowadzenie do etyki troski*¹, można by właściwie podzielić na dwie części. W rozdziale pierwszym, bardzo obszernym, autorka dokonuje krytycznej analizy podstawowych teorii etycznych związanych z medycyną i stanowiących podstawę do rozwiązywania problemów, jakie się w tej dziedzinie nauki pojawiają. Przystępując do przedstawienia najstarszej i najbardziej szacownej z tych teorii, etyki Hipokratesowej z jej afirmacją życia i zdrowia ludzkiego jako największego dobra medycyny, autorka zabiera przy okazji głos w dyskusji dotyczącej zasadności tworzenia kodeksów etycznych dla poszczególnych grup zawodowych. Czytelnik już w tym momencie po raz pierwszy ma okazję zetknąć się z wyważonym sądem i obiektywnym, zdystansowanym ujęciem omawianej problematyki.

Autorka nie ma wątpliwości, że przedstawiciele zawodów medycznych borykają się na co dzień z wyjątkową liczbą niezwykle złożonych dylematów moralnych, a „w ich sytuacji etyka ogólna nie wystarcza, konieczne są zapisy deontologiczne, które ułatwiają podejmowanie decyzji moralnych” (s. 22). Zdaje sobie przy tym doskonale sprawę ze swoistego niebezpieczeństwa, które może towarzyszyć tworzeniu tego rodzaju zapisów, a które związane jest

z faktem, że mogą one w pewnych sytuacjach przesłaniać naturalną, ludzką wrażliwość moralną albo nawet ją zastępować. Z deklaracji zawartych w pracy jednoznacznie wynika, że życie jest zbyt złożone, by można je było ująć w szereg jednoznacznych i ściśle zdefiniowanych reguł, a żaden, nawet najbardziej szczegółowy zbiór zakazów, nakazów i zasad postępowania nie jest w stanie zastąpić troskliwego pochylenia się człowieka nad problemem bliźniego. Pewien punkt oparcia jest jednak tutaj potrzebny, a najbardziej ogólne wytyczne niezbędne, gdyż z jednej strony stanowią one „rodzaj «kaftana bezpieczeństwa» dla tych, którzy podejmują decyzje w sytuacji dylematu moralnego, oraz dla tych, których te decyzje dotyczą” (s. 22), a z drugiej zapobiegają powstawaniu rozwiązań i podejmowaniu decyzji opartych wyłącznie na indywidualnych preferencjach, które w swoich skutkach mogłyby okazać się szkodliwe, a nawet niebezpieczne. „Widzimy więc, że mimo głosów przeciwnych tworzeniu kodeksów etyki zawodowej ten rodzaj uprawiania etyki stanowi niewątpliwie istotny dział etyki medycznej. Jakkolwiek nie można mówić o standaryzacji postępowania moralnego, to jednak w działaniach dotyczących życia i zdrowia człowieka istnienie systemów norm przynajmniej w części uzgadniających postępowanie w sytuacjach szczególnych jest bardzo przydatne. Nie eliminuje to oczywiście (a przynajmniej nie powinno) krytycznego namysłu i dokładnej analizy sytuacji problemowej” (s. 22n.).

¹ Beata Dobrowolska, *Wprowadzenie do medycznej etyki troski*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2010, ss. 188.

Autorka nie obawia się zatem formułowania własnych ocen i własnego stanowiska, które wszakże – jak dowodzi lektura całej książki – zawsze oparte są na szerokiej analizie tego, co na dany temat mają i mieli do powiedzenia inni. Nie można wręcz w tym kontekście pominąć jej dość delikatnej sugestii zawartej we wstępie, a dotyczącej stanowiska w sporze o szczególnie status medycyny, zwalniający ją od zasad, jakimi kieruje się gospodarka rynkowa. To bardzo istotny, jeśli nie najistotniejszy fragment książki, będący swojego rodzaju credo autorki, która uważa, że właśnie „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” (s. 11). Wydaje się, że żaden przedstawiciel profesji medycznych nie może w chwili obecnej uniknąć zajęcia stanowiska w tym sporze, dotyczącym zresztą funkcjonowania nie tylko medycyny, ale społeczeństwa i zachodniej kultury w ogóle, w sporze, w którym szala zdaje się niebezpiecznie przechylać na stronę zwolenników poglądu, że leczyć powinno się dla zysku, podobnie jak dla zysku powinno się pisać książki, uprawiać sport i dokonywać naukowych wynalazków. Brakuje tu tylko tezy, że więzy przyjaźni też należy nawiązywać dla zysku – co oczywiście można czynić, tylko co wówczas pozostanie z jej istoty? Beata Dobrowolska jako przedstawicielka wyraźnie zagrożonych komercjalizacją profesji medycznych przeciwstawia zatem powszechnemu pędowi do urynkowienia coś, czego nie można zmierzyć, przedstawić za pomocą wzoru, przeliczyć na banknoty, akcje czy obligacje – zwyczajną ludzką troskę o drugiego, nie tylko tego znanego, bliskiego, kochanego, ale również o obcego, którego los właściwie mógłby być obojętny... Mógłby, a jednak w pewnych okolicznościach nie jest. I właśnie dlatego „jest wiele situa-

cji – szczególnie w medycynie – w których nakład pracy i pieniędzy nie przekłada się na materialne zyski. Właśnie w takich przypadkach potrzeba innego nastawienia, innych priorytetów” (s. 11n.).

Drużga część rozdziału zatytułowanego „Poszukiwanie najwyższego dobra w medycynie” zawiera obszerny przegląd koncepcji zaliczanych do filozoficznej etyki medycznej. Przede wszystkim znajdziemy tu zatem obszerną analizę pryncypializmu z jego czterema zasadami (szacunku dla autonomii, niekrzywdzenia, dobroczynienia i sprawiedliwości). Szkoda, że po przedstawieniu tej analizy autorka powstrzymuje się właściwie od samodzielnego podsumowania, podpisując się jedynie pod krytycznymi wnioskami etyków anglosaskich. „Carl Schneider [...] twierdzi, że ludzie chorzy nie chcą być (jak w filozofii Rousseau) «zmuszani do wolności». Według niego zarówno współczesna bioetyka obsesyjnie podkreślająca szacunek dla autonomii pacjenta, jak i sam model autonomii opiera się m.in. na nierealistycznych założeniach dotyczących ludzkiej psychiki i procesu podejmowania decyzji” (s. 48). Wydaje się, że tendencje, które prowadzą do dominacji względów prawnych w relacjach międzyludzkich, nie zaś indywidualnej moralnej wrażliwości, są dla medycyny, a w jej obrębie szczególnie dla etyki troski, równie niebezpieczne jak te, które usiłują sprowadzić ją do roli przynoszącego zyski przedsiębiorstwa. Autorka zdaje sobie z tego sprawę, ale nie jestem przekonany, czy właściwie ocenia zagrożenie międzyludzkich relacji spowodowane faktem, że „medycy widzą za każdym swoim pacjentem jego prawnika i to on jest bardziej przedmiotem ich zainteresowania aniżeli pacjent” (to cytat z jednego z amerykańskich etyków zamieszczony w przypisie na s. 48). Co prawda ocena zagrożenia, jakie niesie nienaturalna w końcu tendencja prymatu prawa nad etyką – zaczyna się niekiedy odnosić wrażenie, że

coś jest dobre dlatego, że jest nakazane przez prawo, a nie odwrotnie – ma charakter subiektywny, niemniej jednak brakuje tu wyraźnej deklaracji samej autorki w tej właśnie kwestii, a cytata w przypisie jest dla czytelnika zdecydowanie niewystarczająca.

Na dalszych stronach znajdujemy analizę koncepcji personalistycznych i o ile samej ich prezentacji trudno postawić jakikolwiek zarzut, to w podsumowaniu ponownie brakuje jasno określonego własnego stanowiska autorki w stosunku do poglądów innych. Czytelnik w pewnym momencie czuje się nawet zagubiony, bo nie jest do końca pewny, czy podsumowując, wyraża ona własne opinie, czy też opinie innego autora. Podobnie jest w przypadku fragmentu: „Podsumowując dotychczasowe rozważania, zwróćmy uwagę, iż według niektórych interpretacji personalizizm ze swoją normą afirmacji godności osobowej człowieka może być traktowany jako podstawa etyki pryncypializmu. Zasady szacunku dla autonomii, nieszkodzenia, dobroczynienia i sprawiedliwości stanowią bowiem szczegółowe rozwinięcie normy personalistycznej. Autor podkreśla, że norma personalistyczna poprzedza wszystkie zasady pryncypializmu” (s. 62). Domyślamy się oczywiście, że chodzi o cytowanego poniżej Tadeusza Biesagę, ale całkowitej pewności nie mamy.

Autorka podejmuje dalej zagadnienie utylitaryzmu, a w jego obrębie analizuje kategorię wolności, zasadę użyteczności w medycynie i problem jakości życia postrzegany z perspektywy etyki medycznej (por. s. 63-75). Nie sposób nie docenić już nie tylko umiejętności syntetycznego ujmowania przez autorkę omawianej problematyki, ale również prezentowanej przez nią bezstronności przy analizie jakże trudnych, kontrowersyjnych i budzących silne emocje oraz zażarte spory problemów. Niczego się tu z góry nie przesądza, niczego przedwcześnie nie ocenia, punktem wyjścia jest otwartość na wszystkie kon-

cepcje i założenie, że w każdej można znaleźć elementy wartościowe, bez konieczności godzenia się na nią jako na teoretyczną całość. Autorka poprzestaje na pokazaniu skutków, jakie w logiczny sposób wynikają z przyjęcia takich czy innych teoretycznych założeń. Podsumowując poglądy Petera Singera, jednego z najbardziej znanych i kontrowersyjnych przedstawicieli współczesnego utylitaryzmu, który występuje przeciwko zasadzie świętości życia i opowiada się za jego wartościowaniem, stwierdza jedynie: „Jak z powyższego wynika, nie każdy człowiek jest osobą i nie tylko ludzie mogą nosić to miano. Ponadto, zgodnie z myślą cytowanego bioetyka, przekonanie o świętości życia ludzkiego jest błędne, gdyż nie stoją za nim żadne naukowe argumenty. Mniej jednak świadomość, że przyjęcie tego punktu widzenia ewidentnie prowadzi do segregacji ludzi. Artykuł 1. Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka («wszyscy ludzie rodzą się wolni i równi w swojej godności i w swych prawach») traci – w moim przekonaniu – swoją wiążącą moc” (s. 72).

Podobną postawę autorki obserwujemy także w innym miejscu, przy okazji analizy problemów związanych z przyjęciem jednoznacznych zasad, na mocy których moglibyśmy zdefiniować jakość życia: „Obie definicje wskazują na subiektywny wymiar omawianej kategorii. W tym właśnie tkwi podstawowy problem zajmujących się nią badaczy, jak również wszystkich pracowników służby zdrowia. Jak bowiem ocenić jakość życia pacjenta, aby można było powiedzieć, że ocena oddaje rzeczywiste jego odczucia? Szczególnie gdy sam pacjent nie może tego przekazać” (s. 73).

Niewiele miejsca poświęca autorka czwartej z analizowanych koncepcji dobra najwyższego w medycynie, a mianowicie kazuistyce (por. s. 75-81), a to ze względu na małe znaczenie, jakie metoda ta ma w rozwiązaniu problemów etycznych czy prawnych w kontynentalnej tradycji

europiejskiej. Wierna jednak przyjętej zasadzie nieodrzucańca niczego, co może wzbogacić nasz punkt widzenia na określony problem i wskazać drogę do optymalnego jego rozwiązania, autorka także i w tej postawie znajduje elementy godne uwagi i przemyślenia. „Wymienione powyżej zarzuty formułowane wobec współczesnej kazuistyki jako takiej nie oznaczają, iż należy zupełnie zrezygnować z metody analizy przypadków. Tym bardziej, że odwoływanie się do kasusów w etyce, szczególnie zaś w etyce medycznej, stanowi nieodzowny element jej uprawiania. Dlatego też praktykowane jest we wszystkich przedstawionych w tej pracy koncepcjach etycznych. Jednakże przypadek taki jest wówczas analizowany z punktu widzenia konkretnej teorii etycznej i wynikających z niej zasad. Innymi słowy, teoretyczne zasady wprowadzone dedukcyjnie z abstrakcyjnych teorii zostają zaaplikowane do danego przypadku. Taka procedura spotyka się jednak najczęściej z zarzutem ignorowania realiów klinicznych” (s. 80).

Ta krótka raczej krytyka niż analiza koncepcji zmierzających do rozwiązywania moralnych dylematów w oparciu o analizę poszczególnych przypadków kończy pierwszy rozdział, a jednocześnie pierwszą, niejako wstępną część *Wprowadzenia do etyki troski* Beaty Dobrowolskiej. Można by właściwie postawić autorce zarzut, że rozdział ten jest zbyt obszerny w stosunku do trzech stosunkowo krótkich rozdziałów dotyczących zasadniczej problematyki książki, zarzut taki nie byłby jednak do końca uzasadniony, z dwóch powodów. Po pierwsze książka – jak jednoznacznie wskazuje na to jej tytuł – stanowi wprowadzenie do omawianej problematyki, a zatem autorka w sposób naturalny osadza problematykę zasadniczą w szerszym kontekście. Po drugie sposób, w jaki zostały czytelnikowi przedstawione koncepcje etyczne, w których usiłuje się odpowiedzieć na pytanie o najwyższe dobro w medycynie, po-

woduje, że rozdział ten stanowi integralną część tekstu, tak jak kategoria troski jest integralnie wpisana w zakres podstawowych wartości związanych z profesjami medycznymi. I dlatego zapewne rozdział drugiej pracy nosi tytuł „«Troska o człowieka» jako kategoria etyki medycznej”.

Zadanie, które w tym rozdziale stawia sobie autorka, ma na celu podważenie stereotypów ujmowania kategorii troski w odniesieniu do zawodów lekarza i pielęgniarki. Według obiegowego rozumienia „lekarze leczą, a pielęgniarki troszczą się”, tym pierwszym bowiem przypisuje się raczej tak zwaną etykę sprawiedliwości, podczas gdy etyka troski realizowana jest w opiece pielęgniarskiej. „Ugruntowane na przestrzeni lat zawodowe stereotypy – pisze autorka – pozwalają [...] utrzymywać, że troska jest dobrem wyłącznie pielęgniarskim, nie lekarskim. Tymczasem [...] – dodaje – nie można leczyć osoby, nie troszcząc się jednocześnie o nią” (s. 83). Rozszerzając znaczenie kategorii troski na wszystkie zawody związane z medycyną, autorka z charakterystycznym dla całej pracy umiarem i zdrowym rozsądkiem podkreśla, że stanowisko to „nie zmienia [...] jednak faktu [...], że troska jest wartością specyficzną pielęgniarską” (tamże).

Trudno sobie wyobrazić bardziej subtelnej niż przywołanie kategorii troski, a jednocześnie bardziej sugestywną – i wbrew temu, co mogłoby się wydawać – bardziej pragmatyczną formę „buntu” wobec skrajnego sformalizowania i skomercjalizowania stosunków międzyludzkich w świecie, w którego oficjalnym języku zdobyło sobie prawo obywatelstwa pojęcie kapitału ludzkiego. Autorka pisze: „Słownikowe pojęcie «troska» [...] ma dwa podstawowe znaczenia. Po pierwsze, oznacza uczucie niepokoju wywołane trudną sytuacją lub możliwością zaistnienia takiej sytuacji. Jest to inaczej zmartwienie, kłopot, zgrzyzota. Po drugie, dbałość o coś, zabieganie o coś. Zwykliśmy mówić o trosce o rodzinę,

o pacjenta, o byt, o przyszłość. Troskliwość natomiast jest to troska okazywana komuś, dbałość o kogoś, opiekowanie się kimś (czymś), pieczołowitość, staranność” (s. 84). W rozdziale drugim autorka dokonuje bardzo dokładnego przeglądu tego, co na temat tej kategorii mają do powiedzenia etycy i filozofowie angielskojęzyczni; ma to pewien dodatkowy skutek, uświadamia bowiem czytelnikowi, że z kultury anglosaskiej wywodzą się nie tylko skrajne, neoliberalne teorie ekonomiczne, ale że ma ona także inne oblicze, że istnieje w niej świat znajdujący się „po drugiej stronie lustra”. „Filozofia stworzona przez Jean Watson zakłada, że humanistyczna troskliwość stanowi proces między dwojgiem ludzi (pielęgniarką i pacjentem) o wymiarze transpersonalnym. Troska transpersonalna jest istotnym elementem troski w ogóle. Można ją określić jako duchowy związek między dwoma podmiotami przekraczający ich «ja», czas, przestrzeń i historię życia każdego z nich” (s. 90).

Troska stanowi zatem powrót do naturalnych, pierwotnych ludzkich odruchów i uczuć, którymi nie kierują żadne z góry określone i narzucone prawa. Nawet jeśli dostrzegamy istotną społeczną rolę przepisów i paragrafów, to i tak nigdy nie zastąpią one indywidualnej moralnej wrażliwości, a tym bardziej jej nie nauczą. I nie jest tak, że zjawiska te całkowicie wymykają się precyzyjnemu językowi nauki i pozostają jedynie w sferze przeżyć subiektywnych. „Biorąc pod uwagę wskazywane w analizowanych powyżej modelach jakości charakteryzujące troskę, trzeba zauważyć, że niemal zawsze pojawia się wśród nich pięć podstawowych aspektów: współczucie, poświęcenie, zaufanie, wiedza i kompetencja. Istnieje więc coś na kształt «mapy troski». Pogłębiona analiza wskazanych elementów pozwoli uczynić zrozumiałym samo pojęcie troski” (s. 91). I myliłby się ten, kto zakładałby, że skrupulatne analizy autorki stanowią tutaj cel sam w sobie, że

ich celem jest wyłącznie czysta precyzja. Wprost przeciwnie, poznanie i zrozumienie ma w tym wypadku sens o tyle, o ile służy dobru człowieka w ogóle, a szczególnie dobru tych z nas, którzy znaleźli się w sytuacji wymagającej troski. Trzeba bowiem uświadomić sobie oczywistą skądinąd prawdę, że uczucie troski zawsze dotyczy osoby zagrożonej, słabszej, pokrzywdzonej i bezbronnej, a w związku z tym wymagającej opieki. Nie ulega wątpliwości, że w świecie medycyny osobą taką będzie zawsze pacjent. „Mając to wszystko na uwadze widzimy, że troska może stanowić fundamentalne dobro etyki medycznej, jednak – moim zdaniem – tylko wtedy, gdy jest rozpatrywana łącznie ze «swoim obiektem». Inaczej mówiąc, troska jest dobrem ze względu na osobę pacjenta. Przełożenie ciężaru z troski na pacjenta i jego dobro wydaje się mieć istotne znaczenie. Podkreśla bowiem, że troska jest wartością medycyny tylko o tyle, o ile jest troską o pacjenta” (s. 94).

I właśnie trosce o pacjenta, czyli ogólnie o drugiego człowieka – obcego – poświęcony jest w dużej mierze rozdział trzeci książki, zatytułowany „Filozoficzne założenia medycznej etyki troski”, w którym autorka analizuje filozoficzne korzenie etyki troski tkwiące w tak różnych sposobach uprawiania myśli filozoficznej, jak feminizm, egzystencjalizm Martina Heideggera czy myśl Emanuela Lévinasa. Trudno określić, na ile autorka identyfikuje się z przywoływanym poglądem Carol Gilligan, przedstawicielki nurtu feministycznego, że kobiety cechuje odmienne podejście do problemów moralnych aniżeli mężczyźni, gdyż skupiają się one nie tyle na abstrakcyjnych zasadach, ile na konkretnych relacjach międzyludzkich. A szkoda, ponieważ wielu czytelników byłoby zapewne zainteresowanych oceną samej trafności też stawianych wewnątrz tego modnego w ostatnim czasie sposobu uprawiania filozofii. Tymczasem muszą się oni niestety

zadowolić jedynie oceną znaczenia, jakie autorka przypisuje myśli feministycznej w ukształtowaniu i rozwoju etyki troski. Przyjmuje ona pewien dystans wobec tej myśli, chociaż fakt, że powołuje się na wnioski wynikające z tych badań sugeruje, że zgadza się ona z poglądem o istnieniu „trwałej charakterystyki kobiecości”, opartej na takich cechach, jak „opiekunczość, solidarność, uczuciowość, wspólnotowość, szacunek wobec życia, wzajemna ustepliwość, pewna zachowawczość itp.” (s. 104). Nie ma natomiast autorka wątpliwości co do pozytywnej oceny samej roli tej myśli. „Myśl feministyczna wniosła wiele cennych rozstrzygnięć w sferze analizy kategorii troski, jak i w samą koncepcję etyki troski na gruncie medycyny. Do tych podstawowych należy zaliczyć z pewnością eksponowanie w postępowaniu moralnym zorientowania na dobro drugiego człowieka oraz podkreślenie znaczenia i bogactwa fenomenu relacji międzyludzkiej. Inaczej mówiąc, w centrum tej myśli postawiony został człowiek i sposób, w jaki odnosi się do innych ludzi. Sposób ten ma charakter troski o dobro Innego. Troska rozumiana jako działanie na rzecz jednostki ludzkiej, zaangażowanie w jej sprawy stanowi w tym wypadku podstawową kategorię etyczną” (s. 105).

Następnie autorka przechodzi do analizy poglądów Martina Heideggera i ten krok może się wydawać w tym kontekście nieco ryzykowny ze względu na indywidualistyczną raczej, a nie wspólnotową istotę tej filozofii, w której inni pojawiają się raczej jako zagrożenie – nie jako przedmiot, ale raczej przyczyna troski. I jeśli nawet, jak twierdzi autorka, pewne słowa „wskazują na pierwotność troski w filozofii Heideggera w stosunku do relacji jestestwa z innymi” (s. 112), to czytelnik, mimo przeprowadzonych przez nią analiz, nie musi być przekonany, że Heidegger pisze o tym samym rodzaju troski, co autorka. O wiele lepszym i bardziej oryginalnym pomy-

śłem – jak się wydaje – byłoby dojście do znaczenia systemu Heideggera dla etyki troski drogą okrężną, prowadzącą poprzez samopoznanie, poprzez dotarcie do autentycznego bytu, do czego przecież autor *Bycia i czasu* nieustannie nawołuje. Bo też w istocie: „Troska intencjonalna o osobę pacjenta, szczególnie chorego nieuleczalnie, wymaga «oswojenia» własnej śmiertelności tych, którzy są dawcami troski. Wymaga więc wsłuchania się w zew troski o życie autentyczne, w milczące wezwanie sumienia do bycia Sobą lekarza czy pielęgniarki” (s. 114). Uważam ten wątek za jeden z najciekawszych w całej książce, gdyż odwołując się do etyki troski, autorka przedstawia pewną prawdę uniwersalną, bardzo starą i bardzo skądinąd oczywistą, ale jednocześnie – jak to często z oczywistościami bywa – trudną do odkrycia. Człowiek nie może w sposób właściwy funkcjonować w rzeczywistości, której nie rozumie, a nigdy nie będzie w stanie pojąć rzeczywistości zewnętrznej, jeśli nie zrozumie samego siebie. Przenosząc tę tezę na konkretne przypadki omawiane w książce Beaty Dobrowolskiej, możemy powiedzieć, że bezsilny wobec cierpienia umierającego będzie ten, kto sam nie pogodził się z własną kondycją istoty śmiertelnej, kto nie przeanalizował jej i nie zaakceptował. „Dopiero takie dopuszczenie własnej śmiertelności pozwala lekarzowi czy pielęgniarce właściwie odnieść się do potrzeb pacjenta” (s. 115). I tego, aczkolwiek pośrednio, rzeczywistość możemy nauczyć się od Heideggera, chociaż niewątpliwie nie tylko od niego.

W rozdziale ostatnim, zatytułowanym „Medyczna etyka troski o pacjenta i jego dobro”, na szczególną uwagę zasługuje omawiany w nim problem swoistej natury relacji troskliwości. Powracamy tu do punktu wyjścia i do tego, co autorka określiła jako bunt przeciwko dominacji rozumu instrumentalnego we współczesnej cywilizacji. Problem zasadniczy stanowi odpowiedź na pytanie: „Czy w ogóle można mówić

o miłości (nawet miłosiernej) na gruncie etyki medycznej, w której relacje medyk–pacjent są relacjami usługodawca–usługobiorca czy pracownik–klient?” (s. 125). O ile dobrze rozumiem intencje autorki, fakt, iż zajęła się etyką troski, miał ściśle określony cel, którym była odpowiedź na tak właśnie sformułowane przez nią pytanie. Choć nie udziela ona na nie odpowiedzi wprost, pewne deklaracje wyraźnie wskazują, jakie zajmuje stanowisko w kwestii, czy relacje kontraktowe między pacjentem a medykiem mogą spełniać wymogi etyki troski (por. np. s. 134). Odpowiedź na powyższe pytanie może również być sformułowana pośrednio, poprzez wykazanie fałszywości założeń mówiących o rynkowym charakterze wszelkich podejmowanych przez człowieka działań społecznych. Jeśli wykazemy, że każda relacja międzyludzka – a w każdym razie ta, z jaką mamy do czynienia w sferze medycyny – może, a nawet powinna być przedmiotem kontraktu, tym samym udowodnimy, że przedstawiciele profesji medycznych za odpowiednią gratyfikacją świadczą kużytkowi społecznemu jedynie usługi medyczne, podobnie jak nauczyciele świadczą usługi edukacyjne, a artyści produkują dzieła sztuki. Jeśli natomiast uda się wykazać, że relacje te zawierają w sobie pewne elementy specyficzne, a ich sprowadzenie do czystych relacji kontraktowych jest co najmniej problematyczne, wówczas teza, iż „każda społeczna działalność powinna na siebie zarabiać”, również stanie się co najmniej problematyczna, a w każdym razie nie będzie jej można uznać za niepodważalny aksjomat.

Omawiając swoiste cechy relacji troskliwości, Beata Dobrowolska koncentruje się na empatii, współczuciu, litości i miłosierdziu, wniosek zaś, który formułuje, jest następujący: „Przedstawiona relacja troskliwości między medykiem i pacjentem jest czymś więcej aniżeli tylko relacją między dwoma partnerami. Jest to relacja, w której miesza się bogactwo ról, ja-

kie wypełnić muszą obie strony, aby cel, czyli ochrona dobra pacjenta, został osiągnięty” (s. 145). Czytelnik oczywiście może nie zgadzać się z tym wnioskiem, ale musiałby wówczas przyjąć założenie, że współczucie, litość i miłosierdzie mają swoją wartość handlową, że można je kupić na takiej samej zasadzie, na jakiej można zapłacić chirurgowi za dobrze przeprowadzoną operację. Czy jednak pojęcie opłaconego miłosierdzia, płatnej litości i płatnego współczucia ma jeszcze jakikolwiek sens? Czy nie jest oczywiste ponad wszelką wątpliwość, że z istoty swojej nie mogą one być przedmiotem kontraktu, gdyż relacja kontraktu z założenia je wyklucza? Rozwiązanie jest zatem dwojakie: albo eliminujemy z medycyny to wszystko, co pozostaje poza relacją czystej umowy, i traktujemy ją jako sprzedaż usług medycznych, albo uznajemy, że jest ona mimo wszystko czymś więcej i czymś „ponadto”, a w związku z tym nie można jej bez reszty podporządkować prawidłowościom rządzącym światem ekonomii. I to jest zapewne najważniejsza lekcja, jaką czytelnik wynosi z książki Beaty Dobrowolskiej, która zwraca uwagę na aspekty naszej rzeczywistości w ostatnim czasie z tych czy innych względów przesuwane na dalszy plan, a nawet całkowicie eliminowane. Należałoby się zastanowić, czy zbyt dynamiczny postęp, zbyt pospieszne odwracanie się od tradycyjnych wartości, nie tylko zresztą w medycynie, nie przyniosą w ostatecznym rozrachunku więcej szkody niż pożytku, mimo że pozornie, w krótkiej perspektywie, działania te mogą wydawać się korzystne? Czy sytuacja ta nie przywołuje na myśl postępowania kogoś, kto aby polepszyć swoją życiową pozycję, wystawia na licytację dziedzictwo przodków? Książka Beaty Dobrowolskiej stanowi próbę powrotu do takiego nieco już zapomnianego i nieco ignorowanego dziedzictwa, w którego skarbcu bezinteresowna troska o bliźniego stanowi wyjątkowo cenny klejnot.