

RŪPESČIO *HABITUS* MEDICINOJE: RELIACINĖ BIOETIKOS PRIELAUDŲ INTERPRETACIJA *

Aistė Bartkienė, Diana Mincytė, Leonardas Rinkevičius

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto
Socialinių ir humanitarinių mokslų katedra
Šiaurės pr. 57, LT-50161 Kaunas
Tel. +370 652 63696
El. paštas: sochumkatedra@ismuni.lt

Santrauka. Straipsnyje analizuojamos bioetikoje vyraujančio pagarbos asmens autonomijai principo prielaidos. Remiantis antropologų L. Dumont'o ir C. Geertzo darbais parodoma, kaip pagarbos asmens autonomijai principas yra susijęs su vakarietiška, krikščioniška, individualistine asmens samprata bei iš to plaukiančiu racionalumo reikšmės įtvirtinimu informuoto sutikimo koncepte. Taip pat ginama idėja, kad būtina atsižvelgti į rūpesčio etikos, pabrėžiančios emocijų svarbą moralėje ir paremtos reliacinio asmens prielaida, pasiūlytas įžvalgas. Straipsnyje parodoma, kaip rūpesčio etikoje pasiūlyti normatyviniai rūpesčio idealai gali būti pritaikomi bioetiniame kontekste – konceptualizuojant rūpestį medicinos sferoje galima pritaikyti Bourdieu pasiūlytą habitus konceptą ir išryškinti ne tik tarpasmeninių santykių svarbą moraliniam vystymuisi, bet ir įvairias sociokultūrinės bei istorines įtakas, lemiančias tam tikrus mūsų elgsenos modelius.

Pagrindiniai žodžiai: bioetika, autonomija, individualizmas, rūpesčio etika, habitus.

Bioetika, kaip atskira taikomosios etikos šaka, pradėta plėtoti antroje XX amžiaus pusėje, kai medicinos technologinė pažanga suteikė naujų galimybių pratęsti žmonių gyvenimą, gerinti sveikatą, išvaizdą ir reprodukciją, kartu išskeldama naujus klausimus apie medicinos paskirtį ir tikslą, bei pateikė būtinybę nubrėžti ribas besaikiam technologijų taikymui. Biotechnologijų raida iškelia tiek naujų problemų (organų persodinimas, dirbtinis gyvybės palaiky-

mas, genų inžinerija ir t. t.), kad tradicinė medicinos etika nebepajėgia nei jų spręsti pliuralistinei sekuliariai visuomenei priimtiniu būdu, nei apskritai jų visų aprėpti; šiomis sąlygomis ir įsitvirtina bendresnis bioetikos terminas. Antra vertus, moralinės gairės yra reikalingos ne tik sprendžiant apie tinkamą įvairių technologijų panaudojimą, bet ir reaguojant į pacientų poreikius, kurie ne visada ir nebūtinai yra susiję vien su fizinėmis reikmėmis. Susidūrus su liga, skausmu ar mirtimi kyla ribinės situacijos (Jaspersas 1998: 21) – susiduriama ir su mūsų egzistencijos baigtinumu, gyvenimo prasmės klausimu. Žinoma, tokios situacijos gali atsirasti bet kokia proga ir laiku, tačiau dalis jų neišvengiamai siejasi su liga, skausmu ir mirtimi. Ištikti ligos ne tik

* Šis straipsnis yra Aistės Bartkienės podoktorantūros stažuotės tyrimo „Rūpesčio etikos perspektyva bioetikoje“ dalis. Podoktorantūros stažuotė finansuojama pagal Europos Sąjungos struktūrinių fondų remiamą projektą „Podoktorantūros (post doc) stažuočių igyvendinimas Lietuvoje“ (VP1-3.1-ŠMM-01-V-02-004), sutarties nr. 004/125.

perkainojame savo vertybes ir nuostatas, bet ir patenkame į nekasdiene, nepažįstama sritį, kurioje tampame priklausomi nuo kitų žmonių, dažniausiai gydytojų, geranoriškumo, jautrumo ir gebėjimo padėti. Svarstant bioetikos klausimus svarbu atsižvelgti į tai, kad tiek gydytojų nuostatos, tiek pacientų poreikiai yra iš dalies nulemti ir sociokultūriniių veiksmiių. Tai, kaip pacientas pateikia savo ligos istoriją ir bando rasti ligos epizodo prasmę, yra susiję su viso jo gyvenimo naratyvu, kuris savo ruožtu siejasi su kultūriniais prototipais, nulemiančiais mūsų mąstymo būdą (Brody 2003). Todėl, mūsų nuomone, yra būtina analizuoti pamatinės bioetikos teorijų prielaidas, pasitelkiant ne tik filosofines, bet ir antropologines bei sociologines išvalgas. Tai būtina dėl to, kad, H. Brody žodžiais – „modernioji medicinos praktika kreipia dėmesį tik į kūniškai patiriamą skausmą ir ignoruoja daugialypį asmenybiškumo (*personhood*) ir asmeninės prasmės aspektą ir todėl siekdama mažinti skausmą rizikuoja netyčia jį išplėsti“ (Brody 2003: 50). Mūsų tikslas – parodyti, kaip sekuliaros bioetikos teorijos, kurios pagarbą individo autonomijai laiko pagrindiniu principu, yra priklausomos nuo išimtinai vakarietiškos ir krikščioniškos asmens sampratos, kuri neleidžia adekvačiai įvertinti santykių (*relations*) svarbos moraliniu lygmeniu, bei mėginsime išryškinti rūpesčio etikos, kaip alternatyvios moralinės paradigmos, reikšmę bioetikoje.

Autonomija ir individualizmas kaip pamatinės prielaidos bioetikos teorijose

Bioetiniame diskurse klausimas, kokia etikos teorija turėtų remtis bioetika, svarstomas nuo pat jos atsiradimo pradžios ir tikrai nėra nei naujas, nei labai originalus. Žymus

bioetikas ir bioetikos istorikas Albertas Jonsenas pažymi, kad debatai apie tinkamus bioetikos principus dažniausiai apsiriboja autonomijos reikšmės postulavimu siejant ją su individualizmu, o pats individualizmas, kaip naujaisiais laikais įsitvirtinusi metodologinė nuostata, iš kurios išplaukia autonomijos reikmė ir šiuo principu grįsta deontologinė etika, toliau nebeanalizuojamas, jau nekalbant apie detalesnės istorinės ar sociologinės analizės pateikimą (Jonsen 2000: 696). Šiame straipsnyje bandysime pateikti tokią analizę pasiremddami antropologų L. Dumont'o (1995, 2002), C. Geertzo (2005) darbais. Taip pat mėginsime parodyti, kodėl tokios įsitvirtinusios bioetikos teorijos, kaip T. Beauchampo ir J. Childreso, B. Gerto bei T. Engelhardto, nepakankamai padeda adekvačiai įvertinti pacientų poreikius bei paties moralinio įsipareigojimo pamatą. Viena pagrindinė prielaida, siejanti minėtas bioetikos teorijas, yra pagarbos asmens autonomijai principas. Autonomiją, pasinaudojant žymių krikščioniškojo požiūrio atstovų E. Pellegrino ir D. Thomasa žodžiais, galima apibrėžti kaip „gebėjimą save valdyti, *racionaliose* būtybėse išaknytą savybę, kuri įgalina juos daryti protingus pasirinkimus ir veiksmus, paremtus asmeniniu ateities galimybių įvertinimu, priklausančiu nuo *individualiųjų* vertybinių sistemų“ (Pellegrino, Thomasa 1996: 121). Autonomija yra viena iš esminių sąvokų analizuojant ir sprendžiant problemas, susijusias tiek su eutanazija, tiek su abortu. Pirmiau minėtose bioetikos teorijose sprendžiant bioetines prieštaras stengiamasi atsakyti į klausimus: kiek yra privaloma gerbti paciento autonomiją? Kas laikytina autonomišku pasirinkimu? Kokiais atvejais galima paciento autonomiją pažeisti? Šie klausimai ir pagarbos paciento autonomijai

akcentavimas kyla ne tik minėtose teorijose, kurios remiasi deontologija ir utilitarizmu, bet ir kitose bioetikos teorijose. Štai, anot Andrew Fagano, „paciento autonomijos principas yra pagrindinis normatyvinis konstruktas, reguliuojantis gydymą. Bioetikai paprastai naudojami pagarbos paciento autonomijai principu, sprenddami konfliktus, kylančius tarp pacientų ir medikų“ (Fagan 2004: 15). Dar radikalesnis Rogeris Dworkinas teigdamas, kad „paciento autonomija bei išskirtiniai ir pasitikėjimu grįsti gydytojo ir paciento santykiai gali būti laikomi individualizmo triumfo medicinoje reprezentacija <...> paciento autonomija yra aiškiai svarbiausia vertybė retorinėse kalbose apie Amerikos medicinos teisę ir etiką“ (Dworkin 2003: 237–239). Žymi neokantininkė Onora O’Neil analizuodama autonomijos sąvokos išvirtinimą bioetikoje tvirtina, kad „tiek bioetikoje apskritai, tiek medicinos etikoje konkrečiai autonomija dažniausiai yra suprantama kaip individualaus asmens bruožas“ (O’Neil 2004: 23), tačiau toks autonomijos akcentavimas užtemdąs kitą aspektą – pasitikėjimo, kuris esąs būtinas gydytojo ir paciento santykiuose. Kaip teigia krikščioniškosios bioetikos atstovai E. Pellegrino ir D. Thomašas, medicinos istorijoje žodis „gydyti“ turėjo iš dalies kitą prasmę, nei jis turi dabar, – gydyti taip pat reiškė rūpintis ligoniu, jį padrašinti, užjausti ir globoti. Anot jų, ilgus amžius vyravęs medicinos supratimas buvo grindžiamas rūpesčio ir užuojautos akcentavimu, o „šiuolaikinis biomedicininis modelis, kai medicina laikoma tik taikomąja biologija, nuvertina rūpesčio ir užuojautos vietą [medicinoje]“ (Pellegrino, Thomašas 1996: 92). Atsižvelgdami į tai manome, kad rūpesčio etika, atstovaujama N. Noddings ir J. Tronto, gali padėti parodyti, kodėl rū-

pestis turi būti viena iš pagrindinių sąvokų bioetikoje, taip išryškinant pagarbos autonomijai principo nepakankamumą.

Pagarbos asmens autonomijai samprata, naudojama bioetinėse teorijose, dažniausiai yra susijusi su I. Kanto arba J. S. Millio filosofijose pateikta racionalaus moralinio veikėjo samprata. Kadangi šis aspektas yra labai plačiai kritikuojamas bioetiniame diskurse, mes pateiksime tik pačius bendriausius esminius trūkumus, su kuriais susiduria kantiškoji autonomijos samprata, remdamiesi žymios moralinio statuso tyrinėtojos M. Warren išdėstyta kritika: visi nežmonės atsiduria anapus moralės sferos ribų; embrionai, vaikai ir nesąmoningi asmenys papuola į daiktų kategoriją; racionalumo kriterijumi galima piktnaudžiauti ir priskirti kitiems asmenims (pvz., moterims, kitoms rasėms ar senyviems žmonėms) mažesnę racionalumą, taip sumažinant atsakomybę jų atžvilgiu (Warren 2005: 440–441). Savo ruožtu J. Millis, kaip pastebi O. O’Neil, nors beveik nevartoja žodžio „autonomija“, tačiau tai taip gali būti todėl, kad šis žodis J. Millui siejosi su Kanto pažiūromis į laisvę ir protą. Visgi, kaip tvirtina J. Skorupski, J. Millis „sugebėjo išlaikyti gilią liberalizmo išvalgą, kad laisvė yra racionali autonomija, tik be Kanto transcendentalizmo“ (cit. iš O’Neil 2004: 33). Taigi nemaža dalis bioetinių prieštarų (abortas, eutanazija) yra tiesiogiai susijusi su bendrosiomis klasikinėmis etikos teorijomis, iš kurių yra perimama racionalaus, autonomiško ir atomizuoto moralinio veikėjo samprata.

Toks požiūris į moralę ir moralinius veikėjus, pateikiamas bendrosiose etikos teorijose (I. Kanto, J. Bethamo, J. S. Millio), kurios dažnai yra naudojamos kaip bioetikos pagrindas, yra smarkiai kritikuojamas šiuolaikinės etikos atstovų kaip neadekva-

tus (Williams 2004; Taylor 1996; Gilligan 1982; Noddings 2002 ir kt.). Pavyzdžiui, žymi bioetikė S. Sherwin, pasiūliusi reliacinės autonomijos konceptą, tvirtina, kad Vakarų kultūroje vyraujanti autonomiško veikėjo, kaip darančio neprievartinius ir racionalius sprendimus, samprata implikuoja, kad toks veikėjas yra nepriklausomas, racionalus ir savanaudis. Minėtame straipsnyje (Sherwin, Winsby 2010) kviečiama atsisakyti racionalaus ir abstraktaus veikėjo iliuzijos ir analizuoti bioetines problemas laikantis nuostatos, kad visi mes esame pirmiausia socialinės būtybės, turinčios skirtingas tapatybes, susiformavusias ir funkcionuojančias veikiant kompleksiniam socialinių ryšių tinklui.

Kaip (bio)etikoje veikia individo konceptas?

Žvelgiant iš reliacinės perspektyvos, bioetikos teorijos, besiremiančios nepriklausomo individo prielaida ir konstruojančios jį išimtinai racionalaus veikėjo terminais, nepakankamai atsižvelgia į asmens sudėtingumą ir socialinių veiksnių įtaką. Pasak J. Tronto, nereliacinėje prieigoje laikomasi prielaidos, kad individo tapatybė, socialinių normų ir veiklos principų laikymasis susijęs su ganėtinai abstrakčiomis sąvokomis, tokiomis kaip „visuomenė“, „įstatymas“ ir „moralė“, o reliacinėje prieigoje daroma prielaida, kad socialinis aspektas yra daug sudėtingesnis – individai sąveikauja labai įvairiais būdais ir ta sąveika atspindi galios santykius, kurie yra ne tik socialiniai ar antropologiniai, bet ir politiniai (Tronto 2011: 414). Galios klausimas yra svarbus, nes jis yra susijęs su tradicine moraline paradigma, kuri bioetikoje naudojama pagrindžiant autonomijos svarbą ir iš jos plaukiantį informuoto sutikimo principą

bei nustato tam tikrus kriterijus, tokius kaip sąmoningumas ir racionalumas, būtinus bet kuriam veikėjui, kad jo veiksmai ir jis pats būtų pozicionuotas moralės lauko visiškai ginamų asmenų centre. Štai, pavyzdžiui, T. Beauchampas su J. Childressu išryškina kompetencijos svarbą, kuri medicininiame kontekste reiškia, kad pacientas tiek fiziškai, tiek psichiškai yra įgalus priimti sprendimus, ir ją apibrėžia taip: „asmuo yra kompetentingas, jeigu ir tikrai jeigu jis gali daryti protingus sprendimus remdamasis racionaliomis prielaidomis. Bioetikos kontekste toks apibrėžimas leidžia laikyti kompetentingu asmenį, kuris gali suprasti gydymą ar tyrimą, apsvarstyti riziką bei naudą ir po šių svarstymų padaryti sprendimą. Šios charakteristikos parodo, kaip glaudžiai kompetencija yra susijusi su autonomija“ (Beauchamp, Childress 1989: 83). Būtent su šių autorių teorija yra siejamas pagarbos autonomijai principo įtvirtinimas bioetikos kontekste. Kartu su juo iškyla ir racionalumo reikšmė vertinat paciento kompetentingumą daryti sprendimą, kuris medicinos sferoje sukelia tam tikrų sunkumų – pavyzdžiui, ar depresija, fobija ar alkoholizmu sergančio žmogaus sprendimas atsisakyti gydymo laikytinas racionali (nes žmogus supranta gydytojų pateikiamą informaciją, galimas pasekmės ir t. t.) ir įpareigoja gerbti paciento autonomiją? Bandydami išspręsti šią problemą B. Gertas ir kiti siūlo racionalumą apibrėžti negatyviai – tai yra tik nurodant tai, kas laikytina iracionalumu (Gert *et al.* 2006: 26–32), ir jie tvirtina, kad iracionaliu negalima laikyti jokio požiūrio, kol jo racionalumu nesuabejojo tam tikras skaičius žmonių (*Ibid.*: 226). Aišku, šis požiūris plaukia iš B. Gerto ir kitų pateiktos moralės kaip viešosios sistemos sampratos, tačiau bendrieji veikos standartai jau pri-

klauso nuo didžiosios visuomenės dalies turimų pažiūrų, kurios yra ne tik istoriškai susiklosčiusios, bet ir remiasi žmogaus kaip autonomiško, savaimingo ir racionalaus individo samprata. Taigi šitaip jau įsteigiamas konkretus galios diskursas. Šioje vietoje būtina atkreipti dėmesį į J. Tronto išvalgą, kad galia (*authority*) veikti priklauso nuo to, ar yra pasiekiamas konkretus moralinis standartas – „veikti ne taip, kaip yra nurodyta (*prescribed*), reiškia nebūti kompetentingam. Tokiu būdu galia lieka susieta su individualiu veikėju“ (Tronto 2011: 414). Ši galios klausimą puikiai supranta T. Engelhardtas, tvirtindamas, kad sekularioje visuomenėje nebegalima moralės galios (*moral authority*) šaltiniu laikyti Dievą ar protą, o juo galima laikyti tik individų sutikimą (Engelhardt 1996: 72). Visgi T. Engelhardto pasiūlyta tuščiavidurės (*contentless*) ar procedūrinės moralės samprata atsiremia į tas pačias prielaidas kaip ir T. Beauchampo ir J. Childresso bei B. Gerto ir kitų teorijos, nes jis įsitikinęs, kad „pati bendrosios sekularios moralinės bendruomenės samprata paremta prielaida, kad bendruomenę sudaro esybės, kurios yra sąmoningos, racionalios, gebančios laisvai pasirinkti ir turinčios moralinio rūpesčio jausmą“ (Engelhardt 1996: 136). Kritikuodamas kitas bioetikos teorijas, T. Engelhardtas atkreipia dėmesį, kad dauguma jų yra paremtos „tirštąja“ (*thick*), arba jo žodžiais tariant – turininga (*content-full*), gėrio teorija ir todėl dažnai jomis paremtos bioetinės gairės gali „lemti tai, kad yra primetama konkreti moralinė vizija, ideologija ar moralinė ortodoksija kaip plaukianti iš paties proto <...> yra kalbama apie protą kaip tokį, nepripažįstant, kad konkretūs moraliniai įsitikinimai jau nulėmė pasirinkimą“ (*Ibid.*: 9). Tačiau paties T. Engelhardto pozicija nėra tokia

jau „plona“ (*thin*) ar „procedūrinė“ ir todėl tinkama visų kultūrų atstovams, kaip jis pats linkęs manyti: „asmenį apibrėžia gebėjimas būti sąmoningą, racionalų ir susirūpinusį kaltės ir pagyros tinkamumu“ (*Ibid.*: 138). Tačiau pakanka net paviršutiniškai pažvelgti į antropologų pateikiamus nevakarietišku visuomenių aprašymus, kad suabejotume tokios pažiūros neutralumu. Antropologinės perspektyvos būtinybę mato ir kiti kritikai, pavyzdžiui, S. Hauerwas (1997), kritikuo-damas T. Engelhardto sekularios bioetikos teoriją, kurioje vienu iš pamatinių principų laikomas sutikimo principas, padedantis individams susitarti, tvirtina, kad tokia pažiūra jau yra nulemta tam tikros moralinės vizijos, nes gentinėms visuomenėms pati individo ar asmens samprata yra visiškai svetima (Hauerwas 1997: 40).

Kaip viename savo straipsnyje apibendrina C. Geertzas, „vakarietiška asmens samprata, apibūdinanti žmogų kaip apibrėžtą, unikalią, daugiau ar mažiau integruotą, motyvuotą ar kognityvią visatą <...> pasaulio kultūrų kontekste atrodo gana savita ir keista“ (Geertz 2005: 38). Žvelgiant iš tokios perspektyvos, klasikinėmis etikos teorijomis paremtos bioetikos koncepcijos, tokios kaip T. Beauchampo ir J. Childresso, B. Gerto ir kitų bei paties T. Engelhardto, turi tendenciją funkcionuoti kaip ideologijos – būtent tokį susirūpinimą išreiškia T. Kochas (2006) savo straipsnyje „Bioetika kaip ideologija: sąlyginės ir nesąlyginės vertybės“. Taigi mes pabandysime parodyti, kaip individualizmas yra susijęs su krikščioniškąja asmens samprata ir koku būdu jis užtemdo santykių svarbą moralės plotmėje. Tai yra svarbu tam, kad būtų galima išryškinti rūpesčio etikoje siūlomos reliacinio asmens (*relational self*) sampratos reikšmę ir jos įtaką pačiam

moralės supratimui. Kito žymaus antropologo L. Dumont'o nuomone, individualizmas vakarietiškame diskurse atsiranda kaip krikščionybės palikimas, kai religinis ekstrapasauliečio modelis buvo paverstas intrapasauliečio (Dumont 2002: 37–39). Kitaip tariant, religinėje praktikoje žmogus turi atsiskirti nuo pasaulio, atsiplėšti nuo socialinių ryšių tam, kad galėtų permąstyti visuomenės vertybes ir pamatyti jų sąlyginumą. Jis tarsi yra ištraukiamas iš socialinio audinio, visų asmeninių ryšių ir su jais susijusių emocijų, kad viską galėtų pamatyti iš „aukščiau“, ar pernelyg supaprastinant pasakius – iš Dievo perspektyvos. Taip jis įgyja individualią vertę – „pagal Jėzaus Kristaus, o vėliau – Pauliaus mokymą, krikščionis yra individas, santykiaujantis su Dievu. Vadinasi, sako Troeltschas, krikščionio santykiui su Dievu būdingas „absolutus individualizmas ir absolutus universalizmas“. Santykis su Dievu kaip su Tėvu individualiai sielai suteikia amžiną vertę, sykiu iš šio santykio randasi žmogiškoji brolybė“ (*Ibid.*: 43). Bendruomenės jausmas, lygybės bei savo vertės pajautimas yra suteikiamas štai tokiam religiniam individui per hierarchinę struktūrą, kurios pačiame viršuje yra Dievas – šia prasme religija funkcionuoja kaip prasmės sistema (Berger 1967; Stark, Bainbridge 1985), kuri padeda ne tik susiorientuoti moralės srityje, bet ir įveikti egzistencinio nerimo, nesaugumo, pykčio ir kitus jausmus. Taigi, nors asmuo yra įtraukiamas atgal į socialinį audinį, tačiau jau su individualizmo ir atskirtumo užtaisui. Anot L. Dumont'o, „individo sureikšminimas leido internalizuoti moralę, aptinkant ją sąžinėje, o ši buvo tiesiog atplėšta nuo kitų socialinio veiksmo tikslų ir atskirta nuo religijos“ (Dumont 1995: 108). Prasidėjus sekuliarizacijai transcendentinis matmuo,

įtraukiantis žmogų į visuomenę, yra nukertamas ir atsiranda kitoms kultūroms visiškai svetimas vaizdas – vakariečiai save suvokia kaip paskirus vienetus, kuriuos susieti į vieną visumą tampa pagrindiniu filosofijos uždaviniu, o praktinėje srityje – etikos uždaviniu.

Dar vienas svarbus aspektas, kuriuo skiriasi krikščioniškasis individualizmas nuo sekulariojo, yra tas, kad krikščioniškoji etika, pateikdama moralinius reikalavimus, sykiu pasiūlo priemones – religines praktikas, kurios leidžia tuos reikalavimus įvykdyti, o sekuliari etika – deontologija ar utilitarizmas – pateikia tik reikalavimų sąrašą medicinos srityje (pvz., Georgetowno mantrą) ir pasiūlo remtis protu, atmetant emocijų, ypač nepageidaujamų, reikšmę.

Rūpesčio etika: prielaidos ir kritika

Kadangi rūpesčio etika iš esmės kritikuoja (bio)etikoje prielaida laikomą autonomišką, racionalų ir savaimingą *individą* (Tronto 2011; Tong 2002; Groenhout 1998), verta trumpai apžvelgti, kaip rūpesčio etikoje yra suprantamas asmuo ir emocijų reikšmė moralės sferoje. Viena žymiausių rūpesčio etikos atstovių N. Noddings atkreipia dėmesį, kad asmuo (*self*) yra veikiau santykis, o ne substancija (Noddings 2002: 97), nes žmogus, nuo pat gimimo susidurdamas su kitais žmonėmis, patiria malonius, nemalonus, skausmingus ir t. t. potyrius, kurie kiekvieną kartą tiek papildo jo turimą mentalinę dëlionę apie pasaulį, tiek formuoja savęs, kitų žmonių bei objektų vertinimą kaip gerų ar blogų, saugių ar nesaugių. Taigi iš to plaukia, kad „asmuo (*self*) yra santykis, kuris būdamas dinamiškas ir paniręs nuolatiniame kisme, išlieka visų susitikimuose išskylančių prasmų ir afektų organizacinis centras“ (Noddings

2002: 99). Kai žvelgiame į save ne kaip į racionalius, autonomiškus individus, o kaip į esybes, egzistuojančias nuolatiniame santykiyje su aplinka, kitais asmenimis, idėjomis ar daiktais, iškyla mūsų patirties ir „moralinės sėkmės“ svarba. Asmenys, daugiausia susidūrę su skausmo, baimės, gėdos ir neapykantos patirtimi, skirsis nuo tų, kurie daugiausia susidūrė su malonumu, meile, pripažinimu ir užuojauta; taigi ir jų moralės supratimas gali smarkiai skirtis. Kadangi, kaip teigia N. Noddings, ankstyvojoje patirtyje beveik visi mes priklausome nuo kokio nors rūpintojo¹ (*carer*) – mamos, senelės, vaikų namų darbuotojos – ir iš jo išmokstame, kaip reikia rūpintis (ar nesirūpinti) savimi, kitais ar aplinka, būtina turėti omenyje, kad rūpesčio patologijos (Miller 2012; 2013) gali smarkiai iškreipti tiek mūsų moralės supratimą, tiek elgesio su kitais būdus, tiek pačią psichinę sveikatą. Taigi visos santykio šalys turi *atsakomybę už tą santykį*, kuris iš dalies apibrėžia mus pačius. Čia išryškėja tradicinės autonomijos sampratos silpnybė – jei aš esu autonomiškas, turėčiau atsilaukiyti prieš bet kokį spaudimą elgtis man nepatinkančiu būdu, tačiau tai ne visada įmanoma. Ar tai reiškia, klausia N. Noddings, kad aš turiu autonomiją, tik ja nesinaudoju?

Žvelgiant iš reliacinės perspektyvos, tai, kaip aš elgiuosi su kitais, kokiomis moralinėmis nuostatomis vadovaujuosi, priklauso tiek nuo mano asmeninės patirties, tiek nuo ugdymo gebėjimo suprasti, kad mano elgesys su kitais nuolat formuoja mane kaip žmogų. Todėl labai svarbu yra pabrėžti edukacijos reikšmę – žinojimas,

koks rūpestis kitais yra tinkamas, kokias savybes reikia ugdyti norint gerai rūpintis kitais, yra ypač svarbus medicinos sferos darbuotojams. Medikų, lygiai taip kaip ir visų kitų žmonių, asmeninė patirtis priklauso nuo „moralinės sėkmės“ – ne visi turėjo vienodas galimybes išmokti rūpintis kitais, gerbti ir suprasti asmenų, kuriais reikia rūpintis, poreikius. Todėl mums atrodo, kad yra labai svarbu pabrėžti, jog medikų rengimo procese turėtų būti labai reikšminga ši rūpesčio etika grindžiamos bioetikos dalis, kuri gali padėti nurodyti gaires, kodėl ir kaip turi būti rūpinamasi pacientais.

Taigi jau galime iškelti klausimą, kaip rūpesčio etikoje apibrėžiamas rūpestis? Anot N. Noddings, tai toks į Kitą nukreiptas dėmesys, kurio metu koncentruojamasi į kito poreikius taip, kad susikuria rūpinimosi reakcija (Noddings 2002: 178). Taigi galima teigti, kad bet koks kalbėjimas apie moralę medicinoje plačiąja prasme turi apimti bent *du* asmenis – *rūpintoją* (gydytoją/slaugę) ir *rūpintinį* (pacientą). Reikia pažymėti, kad medicinos sferoje pacientų poreikiai, jų nesaugumas nepažįstamoje, nekasdienėje aplinkoje ir žmogiško, rūpestingo kontakto reikmė nėra pakankamai išryškinama, kai laikomasi nuostatos, kad svarbiausia yra gerbti paciento autonomiją, taip suverčiant jam visą pasirinkimo našta ir atsakomybę. Pritaikius rūpesčio etikos perspektyvą, pasiūlytą N. Noddings (2002) medicinos sferai, galima sakyti, kad įsteigiamas rūpinimosi santykis, jei: a) gydytoja(s)/slaugė(as) rūpinasi pacientu – tai yra gydytoja(s)/slaugė(as) pasižymi dėmesiu ir motyvaciniais poslinkiais; b) gydytoja(s)/slaugė(as) atlieka konkrečius veiksmus siekdamas padėti pacientui; c) pacientas pripažįsta, kad gydytoja(s)/slaugė(as) juo rūpinasi. Taigi, pasiremiant N. Noddings

¹ Rūpintojo ir rūpintinio terminai yra pasiūlyti R. Bikauskaitės straipsniuose: „Rūpesčio etika ir Emanuelis Levinas“ (2014a), „Rūpesčio etikos ir sentimentalizmo santykis“ (2014b), bei 2013 metais apgintoje disertacijoje „Rūpesčio etikos normatyvumo problema“.

bendrosiomis pastabomis apie rūpintojus, čia pritaikytomis sveikatos priežiūros sferoje, galima teigti, kad gydytoja(s)/slaugė(as) laikytinas rūpintoju ir įgyvendina profesinį idealą tik tuomet, jei reguliariai įsteigia rūpinimosi santykį ir išlaiko jį tol, kol yra poreikis (plg. Noddings 2002: 19). Profesinio idealo laikymasis, ypač medicinoje, kaip teigia B. Gertas, nuo kitų sferų skiriasi tuo, kad tai jau galima laikyti pareiga (pvz., palengvinti ar sumažinti skausmą) (žr. Gert ir kiti 2006: 82).

Šioje vietoje gali kilti klausimas, ar rūpestis paciento poreikiais nėra pakankamai užtikrintas T. Beauchampo ir J. Childresso teorijoje naudojantis geradrystės ir teisingumo principais, ir jokia papildoma teorija nėra reikalinga? Problema, su kuria susiduria T. Beauchampo ir J. Childresso teorija, yra ne tik principų abstraktumas (Turner 2003), bet ir tai, kad keli principai gali konfliktuoti (nes jie visi yra *prima facie* pobūdžio) ir tokio principų konflikto atveju lieka neaišku, kuriuo principu dera remtis (pvz., autonomijos, gerbiant paciento teisę spręsti pačiam, ar geradrystės). B. Gertas ir kiti tai mato kaip sistemiškumo stokos ženklą principalizme (Gert et al. 2006: 110). Nors naudojantis geradarybės principu pacientas gali būti įtraukiamas į bendrą sprendimų darymo procesą, tačiau kyla klausimas, kiek, iki kokio lygmens ir kiekno atžvilgiu geradarybės principas galioja? Pavyzdžiui, ar sprendžiant aborto klausimą reikėtų gerbti moters autonomiją, ar bandyti apsaugoti negimusį kūdikį? Pasak M. Duwell, konkretus abstraktaus principo pritaikymas priklauso nuo situacijos: „tik esamame politiniame ir kultūriname kontekste dominuojančios vertybės nustato ribas geradarybės veiksmams, kurių mes tikimės vieni iš kitų“ (Duwell 2006: 103).

Atsižvelgiant į labai schemiškai nurodytą kritiką galima sakyti, kad principalizmas yra pakankamai problemiškas dėl savo siūlomų principų neapibrėžtumo ir nėra labai naudingas konkrečiose situacijose (Quante, Vieth 2002: 629–631), todėl rūpesčio etika atrodo paranki tuo, kad parodo, kaip galima iš naujo permąstyti gera darymo ir rūpinimosi kitais būdus ir jų ribas. N. Noddings savo rūpesčio etikos versijoje akcentuoja, kad tinkamas rūpestis negali būti paverstas moraliniu principu, nes tai, kas yra gera ir reikalinga vienam, gali būti absoliučiai nepriimtina kitam ir todėl reikia kalbėti tik apie konkrečius konkrečių žmonių poreikius, pasireiškiančius apibrėžtoje situacijoje. Šią problemą išryškina ir T. Engelhardtas teigdamas, jog kai geradarybės principas yra universalizuojamas tam, kad galėtų galioti įvairiose moralinėse bendruomenėse, viso labo yra įtvirtinamas privalomo abstraktaus gėrio užtikrinimas abstraktiems žmonėms (Engelhardt 1996: 112). Todėl rūpesčio etika pabrėžia, kad rūpestis kitu turi turėti ne tik atidus kito poreikių išklausymo matmenį, bet ir gali būti vertinamas kaip tinkamas tik tuomet, jei žmogus (pacientas) pripažįsta, kad juo buvo tinkamai pasirūpinta.

Vienas iš galimų pavojų, tykančių taikant T. Beauchampo ir J. Childresso teorijos geradarybės principą, yra galimybė nuslysti į paternalizmą, kai pacientui tiesiog primateama gydytojo nuomonė ir moralinė vizija, motyvuojant rūpesčiu paciento gerove. Reikia pažymėti, kad būtent siekis išvengti paternalizmo, kaip tradicinės gydytojų ir pacientų santykių paradigmos, yra laikomas vienu iš pagrindinių šiuolaikinės bioetikos uždavinių, kuris bandomas įgyvendinti pasitelkiant pagarbos autonomijai ir informuoto sutikimo principus. Paternalizmą

T. Beauchampas ir J. Childressas apibrėžia kaip „nepaisymą asmens norų ar intencionalių veiksmų dėl geradariškų paskatų“ (Beauchamp, Childress 1989: 2014) ir bando taip suderinti principus (apibrėždami žalas, nustatydami racionalumo kriterijus ir nubrėždami ribas tarp leistinų ir neleistinų veiksmų eutanazijos atveju), kad būtų išvengta neadekvataus rūpinimosi pacientais. Būtent šioje vietoje labai paranki rūpesčio etikoje nurodyta tinkamo ir netinkamo rūpesčio charakteristika. Rūpestis kitu, kai neatsižvelgiama į jo, šiuo atveju paciento, poreikius ir primetamos besirūpinančio, šiuo atveju gydytojo ar slaugės, nuostatos, yra įvardijamas kaip rūpesčio patologija ir gana detalai analizuojamas N. Noddings teorijoje pasitelkus psichologijos literatūrą (Noddings 2002: 39–52). Panaši situacija, kurioje gali reikšti neadekvatus rūpestis, yra tėvystė ar motinystė, kai nesugeba suprasti vaiko poreikių jam primetant, ko jis turėtų norėti ir kaip jaustis. Rūpesčio etikos versija, pasiūlyta N. Noddings, bando nubrėžti ribą tarp tinkamo ir netinkamo rūpesčio ir akcentuoja atidumo, dėmesingumo, išsigilino reikšmę, savybes, labai svarbias ir reikalingas medicinai. Kaip jau minėjome, principalizmas susiduria su sunkumais, susijusiais su principų abstraktumu, kai nėra iki galo aišku, koks elgesys laikytinas geru ir teisingu, o N. Noddings teorija, pabrėždama tinkamai išklaustų konkrečių poreikių svarbą, gali padėti tiksliau įvertinti gera darymo ribas. Mes neteigiame, kad autonomijos ir informuoto sutikimo principai, kaip bendrosios gairės, turi būti kategoriškai atmestos, tačiau manome, kad šie bioetikos principai gali būti papildyti ir išplėsti pasinaudojant N. Noddings pasiūlyta rūpesčio samprata.

Kitokios nuomonės laikosi S. Edwardsas (2011), tvirtinantis, kad rūpesčio etikos

pritaikymas praktiniu medicinos lygmeniu nepasiūlo ko nors iš esmės naujo, ko jau neužtikrintų principalizmas. Anot jo, slaugės, besirūpinančios ligoniais, tiek rūpesčio etikos, tiek principalizmo požiūriu turi gerbti pacientų nuomonę, nesukelti jiems žalos, stengtis padėti ir elgtis tinkamai, todėl, jo nuomone, šios dvi teorijos iš esmės niekuo nesiskiria. Jei iš dalies galima sutikti su S. Edwardso argumentais, tai visgi verta pabrėžti vieną esminį šių teorijų skirtumą. Principalizmas, akcentuojantis autonomijos reikšmę ir paremtas individualizmu kaip prielaida, tiek gydytojams tiek slaugėms reikalavimą elgtis moraliai – t. y. pagal nurodytus principus, grindžia mūsų racionalumu, o rūpesčio etikoje reikalavimas elgtis moraliai kyla iš konkretaus santykio ir elgdamasis moraliai aš, kaip reliacinis asmuo, keičiu pats save – tampa geresnis arba blogesnis.

A. Rudnickas kritikuodamas metaetines rūpesčio etikos prielaidas pažymi, kad ji yra paremta anti-principalizmu, emocijų reikšmės pabrėžimu ir reliacine paradigma (Rudnick 2001: 507), tiesa, jis neįvardija konkrečių rūpesčio etikos atstovų, todėl nėra visai aišku, kas yra pagrindinis jo kritikos adresatas. Jo nuomone, rūpesčio etika yra artima kazuistikai (Jonsen, Toulmin 1988) ir pastarosios nuostatai remtis intuicija. A. Rudnickas teigia, kad etinis samprotavimas neturėtų remtis intuicija, nes ji neleidžianti analizuoti argumentų, ir turi būti grįstas principais: „etinis samprotavimas turi būti paremtas principalizmu, o ne intuicijomis sprendiniu“ (Rudnick 2001: 509). Jis savo straipsnyje tvirtina, kad rūpesčio etika neturi pakankamai tvirtos metaetinio pamato ir turėtų būti asimiliuota principalizmo. Tačiau reikia pasakyti, kad kritikuojant rūpesčio etiką iš tokios perspektyvos neatsi-

žvelgiama į tai, kad pačios T. Beauchampo ir J. Childresso teorijos santykis su intuicija yra gana komplikuoatas. Anot M. Quante'o ir A. Vietho, principalizme visgi yra naudojama intuicija, nes principams esant *prima facie* pobūdžio konkrečiose situacijose gali tekti rinktis vieną iš konfliktuojančių principų (pvz., geradarystės ar autonomijos), o pasirinkimas remiasi intuicijomis ir intuicijomis ir intuicijomis (Quante, Vieth 2002: 627–628). Taigi klausimas apie intuicijos reikšmę lieka atviras. Nepaisant pasakytos kritikos Rudnickas vis dėlto sutinka, kad kritinis metaetinių prielaidų užklausimas, kurį kelia rūpesčio etika, gali daryti įtaką bioetikai (Rudnick 2001: 514). Pažymėtina, kad šiame kritiniame straipsnyje A. Rudnickas ne tik neanalizuoja, bet ir nemini N. Noddings ir J. Tronto teorijų, kurios yra paremtos kitokiu reliacionizmo supratimu, nei nurodo ir kritikuoja jis, teigdamas reliacionizmą esant pavojingą tuo, kad santykių tinklo palaikymas yra laikomas svarbesniu už konkretų asmenį, esantį tame tinkle.

Rūpesčio etikos kritikoje, išdėstytoje kitame jau minėto S. Edwardso straipsnyje (2009), yra analizuojamos trys rūpesčio etikos versijos, pasiūlytos C. Gilligan (1982), J. Tronto (1993) ir Ch. Gastmanso (2006). Nors straipsnyje teigiama, kad nė viena versija nepasiūlo nieko iš esmės naujo, ko nebūtų principalizme, tačiau S. Edwardsas pripažįsta, kad J. Tronto kalbėdama apie rūpestį kaip apie praktiką ir pabrėždama teisingumo reikšmę, pasiūlo naują požiūrio kampą – į slaugą žvelgiant iš platesnės socialinio konteksto perspektyvos (Edwards 2009: 237). Tiek S. Edwardsas, tiek A. Rudnickas, tvirtindami, kad principalizmas yra aiškesnė ir geriau išplėtotą teorija nei rūpesčio etika, nepakankamai atsižvelgia į paties principalizmo normatyvinio pagrįstu-

mo problematiką, kurią labai aiškiai nurodo tokie autoriai kaip T. Engelhardtas (1996), P. Singeris (1993, 2002), B. Gertas ir kiti (2006). Todėl, mūsų nuomone, yra prasminga remiantis N. Noddings teorija pažiūrėti į rūpestį medicinoje iš platesnės socialinio konteksto perspektyvos, jį traktuojant kaip moralinį *habitus*.

Normatyvinis idealas medicinoje: rūpesčio *habitus*

Kadangi medicinos sferoje moralinės nuostatos veikia socialiniame lygmenyje, mes manome, kad būtų tikslinga pasinaudoti P. Bourdieu *habitus* koncepcija ir kalbėti apie rūpesčio *habitus* kaip moralinį *habitus*, veikiančią medicinos lauke. Rūpesčio etikos ir P. Bourdieu teorijos prielaidos ganėtinai panašios – abiejose pabrėžiama santykių reikšmė mūsų elgesio būdų susiformavimui tiek, kad pasinaudojant P. Bourdieu teorija galima išėiti anapus siauro „parapinio“ rūpesčio etikos rato, nuolat nurodomo rūpesčio etikos kritikų, ir atkreipti dėmesį į sociokultūrinę įtaką. Šioji veikia mūsų supratimą, kaip reikia elgtis bei rūpintis, tačiau veikia ne tik racionali lygmeniu: „santykis tarp socialinio agento ir pasaulio nėra santykis tarp subjekto (arba sąmonės) ir objekto; tai „ontologinio bendrininkavimo“ – arba kaip neseniai suformulavo P. Bourdieu, abipusio „turėjimo“ – santykis tarp *habitus*, kaip socialiai suformuoto suvokimo ir vertinimo principo, ir jį lėmusio pasaulio“ (Bourdieu, Wacquant 2003: 42). Kaip savo straipsnyje „Link sociologinio posūkio kontekstualistinėje moralės filosofijoje“ teigia J. van der Stoepas (2004), P. Bourdieu moralinius įsitikinimus, papročius ir sprendinius mato kaip konvencijas, netgi kaip disciplinavimo, normalizavimo ir represijos instrumentus, kurie yra skirti galios santykiams tarp

įvairių grupių pagrįsti ir įsteigta tvarkai palaikyti (van der Stoep 2004: 142). Todėl P. Bourdieu atkreipia dėmesį, kad net moralės teorijose sprendžiant, koks elgesys yra pageidautinas, jau veikia socialinės galios struktūros ir būtina atsisakyti „grynujų intencijų“ prielaidos. J. van der Stoepo įsitikinimu, P. Bourdieu teorija gali padėti išsilaisvinti iš sąvokų, idealų ar ideologijų, kurios yra užmetamos intelektualinio elito, priklausančio nuo konkretaus sociokultūrinio pamato ir aukštojo išsilavinimo ir turinčio geresnius gebėjimus įtikinėti (*Ibid.*: 141). Nors neskubame sutikti su J. van der Stoep optimizmu dėl P. Bourdieu teorijų revoliucinės naudos, tačiau manome, kad ši teorija padeda išryškinti individualizmo, kaip ideologijos, pavojus ir pasiūlo, kaip galima juos iš dalies neutralizuoti vartojant *habitus* sąvoką.

Moralinis *habitus* medicinoje gali būti suprantamas kaip kompleksinis įgūdžių, nuostatų bei etinių idealų rinkinys, padedantis gydytojui ne tik tinkamai ir racionaliai atlikti savo pareigas, bet ir jautriai rūpintis savo pacientų poreikiais. Kaip teigia C. Mitchellas, P. Bourdieu *habitus* konceptas gali padėti ne tik įvertinti įgūdžių pritaikymą medicinoje, bet ir būti naudingas medicinos etikoje. Anot jo, „medicininis mokymas apima daugybę aspektų – ‘prižiūrėti, daryti, mokyti kažko’, kur ‘kažkas’ nurodo tam tikras procedūras. Galiausiai mokymas yra nukreipiamas į tinkamų mediko įgūdžių suformavimą“ (Mitchell 2013: 69). Žvelgiant iš rūpesčio etikos perspektyvos, kurioje taip pat pabrėžiama edukacijos svarba, atrodo prasminga kalbėti apie rūpesčio *habitus* bioetikoje konceptą kaip atsvarą gana smarkai bioetikoje vyraujančiai autonomijos ir principų paradigmai. Rūpesčio *habitus* moralės sferoje gali būti

suprantamas kaip veiksmas, kuris yra atliekamas be didesnės refleksijos ir yra ne tik ugdomas nuo pat vaikystės šeimoje, bet ir priklauso nuo sociokultūrinių aplinkybių bei vyraujančios pasaulėžiūros. Kalbėdami apie tokį refleksijos nereikalaujantį elgesį kaip apie moralinį *habitus*, mes akcentuojame rūpesčio svarbą ir teigiame, kad šitaip galime naujai pažvelgti į bioetikos sferoje konstruojamus santykius.

Rūpesčio etikoje pabrėžiama, kad rūpesčio kūnu dalis yra integrali visos etikos dalis. Štai, kaip pažymi J. van der Stoepas, ir P. Bourdieu teorijoje yra pabrėžiama ne tik proto, bet ir kūniškų veiksmų įtaka mūsų motyvams, veiksams ir sprendimams. Atsižvelgdami į kūno, kuris kaip nuosėdas kaupia mūsų patirtį ir padeda daugelyje situacijų veikti automatiškai, svarbą, galima išvengti „skaidrumo klaidos“, vyraujančios liberaliajame mąstyme, „kuriame kasdienio gyvenimo aktualumas yra suspenduotas tam, kad problemos būtų pasvertos, o liberalus pasirinkimas būtų racionaliai pagrįstas“ (van der Stoep 2004: 142). Kalbant apie kūnus neišvengiamai tenka minėti abortus ir eutanaziją. Darant sprendimus tiek dėl aborto, tiek dėl eutanazijos, bet kurie poreikiai turi būti apsvarstyti atsižvelgiant į rūpesčio tinklą bei identifiukuoti didžiausi poreikiai. Tarkime, aborto atveju nėščios moters poreikiai laikomi pirminiais, eutanazijos atveju pirminiais laikomi kenčiančiojo poreikiai. N. Noddings teigia, kad rūpinimosi santykiai turi būti laikomi pamatine vertybe, nes jie leidžia užkirsti kelią žalai tiek aplinkiniams, tiek pačiam asmeniui. Rūpesčio etikoje, atstovaujamoje N. Noddings, netvirtinama, kad abortas ar eutanazija yra geri ar blogi, o klausama apie jų abiejų poveikį rūpinimosi santykiui bei reiškiamas pritarimas

tokiai politikai, kuri įtvirtina pasirinkimo teisę, bet tas pasirinkimas turi būti daromas bendradarbiaujant, o ne susaistomas su teisėmis. Kadangi rūpesčio etika yra paremta poreikiais ir atsaku į juos, ji taip pat nurodo patirtį – ta prasme, kad mes turime išklausti, ką išgyvena kitas, tam, kad galėtume atsakyti kaip rūpintojai. Čia galima grįžti prie straipsnio pradžioje minėto naratyvino ligos ar negalios pateikimo reikšmės. Anot H. Brody, pasakodamas savo istoriją, mūsų konkrečiu atveju – ligos, aš jau esu įtraukiamas į žmogiškųjų santykių tinklą ir esu suinteresuotas būti supras tas, todėl pasakodamas iš esmės turiu prisiderinti prie egzistuojančios pasaulėžiūros ir socialinių santykių (Brody 2003: 39). Tačiau reikia pasakyti, kad jei medicinos sferoje vadovaujamasi pagarbos individo autonomijai principu ir pacientas tai puikiai žino, tai ne tik smarkiai apriboja jo galimybes tikėtis, kad bus atidžiai, dėmesingai ir rūpestingai išklaustas, bet ir gali sukelti baimę, kad bus priverstas pats rinktis gydymo būdą ir savimi pasirūpinti, kai formaliai bus suteikta įmantri medicininė informacija, nuimanti didelę dalį atsakomybės nuo medikų pečių.

Išvados

Kai bioetikoje pernelyg koncentruojamasi į pagarbos autonomijai principą, yra nepakankamai įvertinama santykių svarba ir so-

ciokultūrinė įtaka moralinėms nuostatoms. Straipsnyje tvirtinama, kad tokios bioetikos teorijos kaip T. Beauchampo ir J. Childresso, B. Gerto ir kitų, bei T. Engelhardto yra pagrįstos vakarietiška asmens samprata, turi tendenciją funkcionuoti kaip ideologijos ir nepakankamai įvertina rūpesčio reikšmę medicinoje. Rūpesčio etika, papildyta P. Bourdieu *habitus* konceptu, leidžia parodyti, kaip galima kalbėti apie rūpesčio *habitus* medicinoje, atsižvelgiant tiek į galios santykius, tiek į pacientų poreikį būti išgirstiems bei gauti pagalbą, kurios reikia konkrečiai jiems. Straipsnyje tvirtinama, kad bioetikos teorijos turi atsižvelgti į emocijų svarbą etikoje ir atsargiau formuluoti normatyvines nuorodas medicinos srityje, kad pacientai, kurie ir taip patiria ne tik fizinį skausmą, bet ir nerimą, baimę bei nesaugumą, nebūtų verčiami daryti išimtinai racionalių sprendimų ir prisiimti visą atsakomybę už juos, ką suponuoja kritikuotos bioetikos teorijos. Antra vertus, siūloma, kad užuot stengusis bioetikos teorijose išdėstyti racionalių moralinių principų sąrašą, padedantį ganėtina šalta orientotis situacijose, reikėtų daugiau susirūpinti gydytojų jautrumo – rūpesčio *habitus* – ugdymu, atkreipiant jų dėmesį tiek į kiekvieno atvejo unikalumą, tiek ir į jų pačių, kaip moralinių veikėjų, susiformavimo aplinkybes bei poreikį modifikuoti savo nuostatas.

LITERATŪRA

Beauchamp, T. L., Childress, J. F. 1989. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.

Berger, P. L. 1967. *The Sacred Canopy*. New York: Anchor Books.

Bourdieu, P., Wacquant, L. 2003. *Įvadas į refleksyviąją sociologiją*. Vilnius: Baltos lankos.

Brody, H. 2003. *Stories of Sickness*. New York: Oxford University Press.

Bikauskaitė, R. 2014a. Rūpesčio etika ir Emanuelis Levinas. *Problemos* 85: 112–125.

Bikauskaitė, R. 2014b. Rūpesčio etikos ir sentimentalizmo santykis. *Problemos* 85: 57–66.

Dumont, L. 1995. Apie vertybę. *Baltos lankos* 6: 98–143

Dumont, L. 2002. *Esė apie individualizmą. Modernioji ideologija antropologiniu požiūriu*. Vilnius: Baltos lankos.

- Dworkin, B. Roger 2003. Getting What We Should from Doctors: Rethinking Patient Autonomy and the Doctor-patient Relationship. *Health Matrix* 13: 235–296.
- Edwards, S. 2011. Is there a Distinctive Care Ethics? *Nursing Ethics* 18 (2): 184–191.
- Edwards, S. 2009. Three Versions of an Ethics of Care. *Nursing Philosophy* 10: 231–240.
- Engelhardt, H. T. Jr. 1996. *The Foundations of Bioethics*. New York: Oxford University Press.
- Fagan, A. 2004. Challenging the Bioethical Application of the Autonomy principle within Multicultural Societies. *Journal of Applied Philosophy* 21 (1): 15–31.
- Geertz, C. 2005. *Kultūru interpretavimas*. Vilnius: Baltos lankos.
- Gert, B.; Culver, Ch. M.; Clouser, K. D. 2006. *Bioethics: A Systematic Approach*. New York: Oxford University Press.
- Gilligan, C. 1982. *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Groenhout, R. 1998. Care Theory and the Ideal of Neutrality in Public Moral Discourse. *Journal of Medicine and Philosophy* 23 (2): 170–189.
- Hauerwas, S. 1997. Not all peace is peace: Why Christians cannot make peace with Engelhardt's peace. In: *Reading Engelhardt: Essays on the Thought of H. Tristram Engelhardt, Jr.* Eds. B. P. Minoque, G. Palmer-Fernandez, and J. E. Reagan. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, p. 31–44.
- Jaspers, K. 1998. *Filosofijos įvadas*. Vilnius: Pradai.
- Jonsen, A. 2000. Why Has Bioethics Become so Boring. *Journal of Medicine and Philosophy* 25 (6): 689–699.
- Jonsen, A.; Toulmin, S. 1988. *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*. Berkeley: University of California Press.
- Koch, T. 2006. Bioethics as Ideology: Conditional and Unconditional Values. *Journal of Medicine and Philosophy* 31 (4): 251–267.
- Miller, A. 2012. *Kūno maištas*. Vilnius: Vaga.
- Miller, A. 2013. *Gabaus vaiko drama*. Vilnius: Vaga.
- Mitchell, B. 2013. Medical Ethics and Moral Habitus. *Ethics and medicine: An International Journal of Bioethics* 29 (2): 69–70.
- Noddings, N. 2002. *Starting at home: Caring and Social policy*. Berkeley: University of California Press.
- O'Neill, O. 2002. *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pellegrino, E. D.; Thomasma, D. C. 1996. *The Christian Virtues in Medical Practice*. Washington: Georgetown University Press.
- Quante, M.; Vieth, A. 2002. In a Defence of Principlism well Understood. *Journal of Medicine and Philosophy* 27 (5): 623–649.
- Sherwin, S.; Winsby, M. 2010. A Relational Perspective on Autonomy for Older Adults Residing in Nursing Homes. *Health Expectations* 14: 182–190.
- Singer, P. 1993. *Practical Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Singer, P. 2002. *Unsanctifying Human Life*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Stark, R., Bainbridge, W. S. 1985. *The Future of Religion: Secularization, Revival and Cult Formations*. Berkeley: University of California Press.
- Van der Stoep, J. 2004. Towards A Sociological Turn in Contextualist Moral Philosophy. *Ethical Theory and Moral Practice* 7: 133–146.
- Taylor, Ch. 1996. *Autentiškumo etika*. Vilnius: Aidai.
- Tong, R. 2002. Teaching Bioethics in the New Millennium: Holding Theories Accountable to Actual Practices and Real People. *Journal of Medicine and Philosophy* 27 (4): 417–432.
- Tronto, J. 2011. Who is Authorized to Do Applied Ethics? Inherently Political Dimensions of Applied Ethics. *Ethical Theory and Moral Practice* 14: 407–417.
- Tronto, J. 1993. *Moral Boundaries, a Political Argument for an Ethic of Care*. London: Routledge.
- Turner, L. 2003. Zones of Consensus and Zones of Conflict: Questioning the „Common Morality“ Presumption in Bioethics. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 13 (3): 193–218.
- Warren, M. A. 2005. Moral Status. In: *A Companion to Applied Ethics*. Eds. R. G. Frey, Ch. H. Wellman. Blackwell Publishing Ltd, p. 439–450.
- Williams, B. 2004. *Etika ir filosofijos ribos*. Vilnius: ALK/Dialogo kultūros institutas.

THE HABITUS OF CARE IN MEDICAL RESEARCH: A RELATIONAL INTERPRETATION OF THE FOUNDATIONAL ASSUMPTIONS OF BIOETHICS

Aistė Bartkienė, Diana Mincytė, Leonardas Rinkevičius

Abstract. This article explores the assumptions behind the principle of respect for patient autonomy that occupies an important role in bioethical research. Relying on the works of L. Dumont and C. Geertz we show how the principle of respect for patient autonomy is related to the concept of personhood, which stems from the Western, Christian, and individualistic values. In so doing, we argue that this principle is bound to overemphasize rationality, as is the case in the extensive use of informed consent forms in modern medical practice. We propose to apply normative ideals of care defined by Nel Noddings to the sphere of bioethics by linking it to Pierre Bourdieu's notion of habitus in the field of medicine. An incorporation of habitus into ethics of care is useful because it highlights the ways in which interpersonal relations relate to one's moral development and points to the significance of sociocultural and historical contexts in shaping behaviors.

Keywords: bioethics, autonomy, individualism, ethics of care, habitus.

Įteikta 2014 m. balandžio 11 d.