

BEATA BROŻEK

Toruń

**Relacje między lekarzem a pacjentem
w świetle *Karty Pracowników Służby Zdrowia***

Physician – Patient Relations in the Light of *The Charter for Health Care Workers*

Kartę Pracowników Służby Zdrowia opracowały gremia naukowe z inicjatywy Papieskiej Rady d/s Duszpasterstwa Służby Zdrowia, zatwierdzona została przez Kongregację Nauki Wiary i opublikowana w Watykanie w 1995 roku. Dokument zawiera 150 artykułów dotyczących najważniejszych problemów w służbie zdrowia. Jego tezy są poparte cytatami licznych dokumentów Soboru Watykańskiego II, Kongregacji Nauki Wiary, pism Papieskiej Akademii Nauk, Papieskiej Akademii Pro Vitae, encyklik, adhortacji, listów apostolskich i przemówień Jana Pawła II.

Niniejszy artykuł jest próbą zebrania wskazań zawartych w tym dokumencie, a odnoszących się do relacji między lekarzem a pacjentem, których podstawą jest respektowanie prawa do nienaruszalności ludzkiego życia i godności człowieka jako osoby. Na wstępie artykułu zwrócono uwagę na stałą potrzebę przypominania zasad moralnych, szczególnie w dobie narastających prób relatywizowania oceny moralnej niektórych działań na polu medycyny. Dalsza część artykułu jest próbą przypomnienia właściwej postawy lekarza wobec problemów początków życia człowieka, jego narodzin oraz wieku dorosłego. Uwypuklono szczególnie fakt złożonej, cielesno-duchowej natury człowieka i związanych z tym potrzeb religijnych i duchowych. Zwrócono wreszcie uwagę na dylematy końca życia, opieki paliatywnej i umierania, które często wymagają od lekarza szczególnego taktu, wrażliwości, ale także umiejętności obiektywnej oceny stanu chorego. Zawarte cytaty dokumentów Kościoła katolickiego potwierdzają, że pomocną rolę w przeżywaniu czasu choroby i cierpienia może odgrywać duszpasterstwo służby zdrowia i duszpasterstwo chorych. Kościół, podobnie jak lekarz, któremu chory powierza swój los, stara się „szukać spotkania z człowie-

kiem na drodze jego cierpienia”¹. Jest więc naturalnym sprzymierzeńcem w trudnych chwilach przyjmowania i przeżywania choroby.

Kontakt lekarza z pacjentem, to szczególna relacja będąca „spotkaniem zaufania i świadomości”². Pacjent szukający pomocy i wsparcia powierza lekarzowi swoje życie i zdrowie, które jest jego „głównym i podstawowym dobrem”³. Chce on ufać, że powierza to dobro człowiekowi, który nie tylko potrafi służyć ludzkiemu życiu, ale także stać na straży jego nienaruszalności. Postęp medycyny i technologii medycznych niejako zmusza lekarza do nieustannego aktualizowania wiedzy i informacji zawodowej w celu zachowania odpowiedniego poziomu kompetencji. Jednakże od pracowników służby zdrowia, poza sprawnością zawodową, oczekuje się odpowiedniej postawy i szacunku dla życia. Dlatego nie mniej istotna powinna być troska o rzetelną formację etyczną, a także etyczno-religijną pracowników służby zdrowia. Poglębianie wiedzy medycznej powinno iść w parze z rozwijaniem szacunku dla wartości ogólnoludzkich, jak i stałego kształtowania sumienia. Jest to wyjście naprzeciw oczekiwaniom pacjenta, który obok kompetencji zawodowej, liczy na zachowanie przez lekarza ludzkiej postawy.

Zasady bioetyczne, które wyrastają z obszaru etyki normatywnej, powinny stanowić dla lekarza i pozostałych pracowników służby zdrowia – niezależnie od przekonań religijnych, ukierunkowanie wszelkich działań medycznych. Wierność normie bioetycznej, szczególnie w obliczu dokonywania trudnych wyborów, zapewni wierność choremu człowiekowi, mając na względzie zawsze szacunek dla życia. Zakres działania lekarza zawiera się zazwyczaj w pojęciu „zdrowia” i „służby zdrowia”. Starania podejmowane w kontekście pojęcia „zdrowia”, to różnorodność działań związanych z profilaktyką, diagnostyką, terapią oraz rehabilitacją. Mają one na celu przywrócenie równowagi psychofizycznej i duchowej. Pojęcie „służby zdrowia” zawiera zaś w sobie problemy dotyczące polityki, prawodawstwa i planowania zdrowotnego oraz struktury medycznej. W całej złożoności tych kwestii nie powinno zabraknąć miejsca na formację bioetyczną, wspomagającą właściwe wypełnianie misji lekarza.

Dlatego odpowiedzialni za taką formację, powinni stymulować powoływanie katedr oraz komitetów etycznych w większych ośrodkach medycznych i przeprowadzanie wykładów bioetycznych. Lekarz nie powinien być pozostawiony bez zaplecza doradztwa etycznego i obciążony samodzielną odpowiedzialnością w coraz bardziej skomplikowanej rzeczywistości medycznej. Polityka taka miałaby niewątpliwy wpływ na podejmowanie decyzji i wierność normom etycz-

¹ Jan Paweł II, *Salvifici doloris*, 3.

² Tenże, *Przemówienie do uczestników Kongresów Medycyny i Chirurgii (27.10.1980)*, 6: „Insegnamenti” III/2 (1980), 1010.

³ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, art. 1.

nym pracowników służby zdrowia, w tym głównie lekarzy. Inną kwestią pozostaje fakt, że żadna instytucja czyodawstwo, nie wpłyną na wielkość ludzkiego współczucia, empatii, nie zastąpią ludzkiego serca. Jedyną drogą do budowania postaw w duchu „cywilizacji miłości i życia”⁴ jest nieustanny nacisk na konieczność humanizacji medycyny. Powinna być ona krzewiona zarówno w relacjach lekarz-pacjent, jak i w wymiarze społeczno-politycznym, dla obrony interesów godnego człowieczeństwa także w strukturach instytucji medycznych. W tym kontekście ważną rolę może odgrywać posługa kapelanów i duszpasterzy służby zdrowia. Ożywianie ducha chrześcijańskiego pozwala bowiem odkryć szczególny wymiar poświęcenia, które nierzadko angażuje całe człowieczeństwo. Ten wielki wysiłek intelektualny, psychiczny i fizyczny, realizowany często na kilku etatach, powinien być oparty o nieustanne ubogacanie życia duchowego. Zwolnienie od życia wewnętrznego pod wpływem nadmiaru pracy odbija się niekorzystnie na wartości naszej pracy⁵. Pomocne powinno być tutaj Duszpasterstwo Służby Zdrowia. Zadaniem kapelanów jest przypominanie, że praca lekarza to misja „służby człowiekowi na szerokim, złożonym i tajemniczym polu cierpienia”⁶. Warto przywoływać postać Miłosiernego Samarytanina z przypowieści biblijnej, który zatrzymuje się przy chorym, udzielając pomocy i stając się jego „bliźnim” (Łk 10,29-37), a jednocześnie narzędziem Boga w uzdrawianiu człowieka. Ta współpraca ze Stwórcą owocuje przykładową służbą choremu człowiekowi bez względu na jego pochodzenie, rasę i status społeczny oraz odnalezieniem „obecności Jezusa cierpiącego”⁷. Warto uzmysławiać, że codzienne zachowanie lekarza, pielęgniarki i tych wszystkich, którzy pochylają się nad cierpiącym człowiekiem, jest także świadectwem chrześcijańskiego życia.

Powołaniem lekarza jest ochrona zdrowia i życia człowieka na wszystkich jego etapach. Lekarze, służąc życiu, powinni działać na rzecz „odpowiedzialnej prokreacji, usuwając trudności i chroniąc ją przed zagrażającym oraz niegodnym prokreacji ludzkiej technicyzmem”⁸. Jednym z zagrożeń dla rodzącego się życia w dzisiejszych czasach są manipulacje na ludzkim genomie. Należy przy tym wyraźnie odróżnić wszelkie działanie mające charakter terapeutyczny, wynikające z troski o właściwy rozwój nowego życia oraz będące manipulacjami genetycznymi na embrionach, zagrażającymi tożsamości człowieka. Podlegają one surowej ocenie moralnej, gdyż „żadna użyteczność społeczna lub naukowa i żąd-

⁴ Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, 27.

⁵ Por. S. Kard. Wyszyński, *Duch Pracy Ludzkiej*, Warszawa 2000, s. 98.

⁶ Jan Paweł II, *Przemówienie do przedstawicieli włoskich lekarzy katolickich (4 marca 1989)*, „Insegnamenti” XII/1 (1989), 481.

⁷ Tenże, *Oreędzie na II Światowy Dzień Chorego, Chrześcijański sens ludzkiego cierpienia*, 11 lutego 1994.

⁸ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, art. 11.

na motywacja ideologiczna nigdy nie będą mogły uzasadnić interwencji w ludzkie dziedzictwo genetyczne, która nie miałaby charakteru terapeutycznego, to znaczy nie byłaby w sobie ukierunkowana na naturalny rozwój istoty ludzkiej”⁹. Nowym dylematem etycznym przełomu naszego wieku jest narastająca presja wykorzystywania doświadczalnych komórek macierzystych pozyskiwanych z ludzkich embrionów. Mimo, że „nauka nie pozostawia wątpliwości, że ludzki embrion jest człowiekiem”¹⁰, nie brak głosów negujących prawo do pełnej podmiotowości zarodka ludzkiego.

W problematyce dotyczącej antykoncepcji, oczekuje się od lekarza-chrześcijanina nie tylko ukazywania alternatywnych dla antykoncepcji naturalnych metod planowania rodziny, ale także położenia nacisku na chrześcijańską wizję płciowości. Innym zagadnieniem wymagającym od lekarza jednoznacznej postawy przekonania o świętości ludzkiego życia, jest problem sztucznej prokreacji. „Godność osoby ludzkiej wymaga, aby przychodziła ona na świat jako dar Boży i owoc aktu małżeńskiego”¹¹. Działanie lekarskie nie może zastępować owego aktu, bo w przeciwnym razie sprzeniewierza się trosce o godność ludzkiego życia na każdym jego etapie. Te podstawowe zasady bioetyczne, które wyrastają z autentycznej antropologii, nakładają na lekarza obowiązek troski o życie człowieka od chwili poczęcia aż do naturalnej śmierci. Przekroczeniem tego nakazu jest wszelkie działanie, które sprawia, że życie ludzkie staje się „towarem”. Nie trudno o taką refleksję analizując sposoby sztucznych metod zapłodnienia, w których nadliczbowe embriony podlegają zamrożeniu lub uśmierceniu, a „życie i śmierć podlegają decyzji człowieka, który w ten sposób czyni siebie na rozkaz dawcą życia i śmierci”¹².

Kolejnym problemem, w obliczu którego oczekuje się od lekarza dojrzałej postawy moralnej jest diagnostyka przedporodowa. W diagnozie prenatalnej istotny jest cel podejmowanych badań. Intencje, także diagnostyczne lekarza, powinny zawsze stawiać na pierwszym miejscu dobro dziecka i matki. Diagnostyka przedporodowa „sprzeciwia się poważnie prawu moralnemu, gdy w zależności od wyników badań prowadzi do przerywania ciąży”¹³. Jeśli przewidywanym skutkiem postępowania diagnostycznego ma być usunięcie płodu, działanie

⁹ Jan Paweł II, Przemówienie do Unii Włoskich Prawników Katolickich (5 grudnia 1987) 1: „Insegnamenti” X/3 (1987), 1295.

¹⁰ T. Pacholczyk, *Ocena etyczna badań nad komórkami macierzystymi*, „Medycyna Praktyczna” 2010/6, s. 144-147.

¹¹ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, art. 22.

¹² Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia i o godności jego przekazywania „Donum vitae”*, Rzym 1987; AAS 80 (1988), 79 Rzym w: *Refleksje nad Etyką Lekarską*, red. K. Osińska, Warszawa 1992, s. 59.

¹³ Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja Donum vitae*, Rzym 1987; AAS 80 (1988), 79.

lekarza przyczyniające się do tej decyzji jest nieetyczne. Nieetyczne będą „procedury selekcyjne, w ramach których prawo do życia embrionu i płodu będzie uzależnione od jego kondycji zdrowotnej [...]”¹⁴. Postępowanie lekarza nigdy nie może skutkować świadomym pozbawieniem życia kogokolwiek.

Działalność lekarza i całej służby zdrowia musi być ukierunkowana na dobro osoby jako podmiotu i integralność całości i nie może nie uwzględniać zasad etycznych, które dotyczą narodzin człowieka. Działalność ta ma chronić całe życie, dbając także o moment poczęcia. Odpowiedzialność lekarza, to przekonanie, że integralność i świętość ludzkiego życia wymaga zachowania zasad bioetycznych już w momencie planowania poczęcia. Na lekarzach spoczywa obowiązek troski o każde życie przedporodowe i uznanie go w pełni ludzkim, niezależnie od fazy rozwoju. Moment porodu nie jest początkiem życia, lecz jego kontynuacją i zapoczątkowaniem jego nowej fazy poza organizmem matki. W razie przedwczesnego porodu lekarze i personel pomocniczy zobowiązani są do stworzenia jak najlepszych warunków osiągnięcia dojrzałości umożliwiającej przeżycie. Jeśli natomiast zachodziłaby obawa o życie dziecka, lekarz, w trosce o jego dobro duchowe, powinien umożliwić chrzest, a nawet sam udzielić sakramentu w sytuacji braku szafarza, jakim tradycyjnie jest kapłan.

Człowiek jest istotą cielesno-duchową. Lekarze wszelkich specjalności, szczególnie w dobie nacisku na specjalizację medycyny, powinni pamiętać, że „ciało ludzkie nie może być uważane tylko za zespół tkanek, narządów i funkcji”¹⁵. Każdy chory człowiek, jako osoba ludzka jest niepowtarzalny i w świetle prawd wiary, jako jedyne stworzenie na ziemi posiada „godność podmiotu i wartość celu”¹⁶ nadane mu przez Boga. Dlatego we wszelkich działaniach medycznych na poszczególnych tkankach i narządach, lekarz powinien uwzględniać złożoność natury ludzkiej – nie pomijając wymiaru uczuciowego i duchowego. Warto, uwzględniając duchową naturę człowieka, zwrócić uwagę na jego potrzeby religijne. Cierpienie i choroba często wkracza w życie człowieka nagle, przerywając jego aktywność i zmuszając często do głębszych refleksji, wywołując potrzebę pogłębienia życia religijnego i szukania oparcia także w nadziei płynącej z wiary. Warto brać pod uwagę takie potrzeby pacjenta, także „niezależnie od własnych przekonań, bo odgrywają dużą rolę, wszechstronnie leczącą, dla wielu stanowią rzeczywistą terapię”¹⁷. Pomocą w takiej chwili powinna być realna obecność kapłanów i duszpasterzy służby zdrowia. „Choroba, która w po-

¹⁴ M. Machinek, *Szacunek dla życia i śmierci człowieka w okresie prenatalnym*, „Medycyna Praktyczna” 3 (2008), s. 149-154.

¹⁵ Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja, *Donum vitae* (22 lutego 1987); AAS 80 (1988), 74.

¹⁶ Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Sympozjum dla Położnych (26 stycznia 1980)*, 2: „Insegnamenti” III/1 (1980) 192.

¹⁷ K. Osińska, *Lekarz a życie religijne chorych. Znaczenie terapeutyczne modlitwy*, w: *Refleksje nad etyką lekarską*, red. K. Osińska, Warszawa 1992, s. 165.

wszechnym odczuciu sprzeciwia się naturalnej woli życia, staje się dla wierzących wezwaniem do „odczytania” nowej trudnej sytuacji w optyce wiary”¹⁸.

W czasach wielu dyskusji i prób pomniejszania znaczenia nienaruszalności życia ludzkiego, trzeba nieustannie przypominać, że „człowiek nie jest panem swojego życia, ale otrzymuje je, aby nim użytkował; nie jest jego właścicielem, ale administratorem, ponieważ sam Bóg jest Panem życia”¹⁹. Dlatego działalność lekarza i całej służby zdrowia powinna spełniać rolę służebną w stosunku do wartości, jaką jest życie ludzkie. Wszelkie działania powinny być ukierunkowane na ochronę tej wartości. Wszelkie manipulacje sprowadzające życie ludzkie do roli przedmiotu nie powinny mieć miejsca. W czasach ekspansywnego postępu wiedzy i techniki rodzi się niejednokrotnie pokusa nadania za wszelką cenę neutralności etycznej wszelkim technologiom medycznym. Ryzyko upowszechnienia technik, które mogą zmierzać do manipulacji życiem ludzkim, mobilizuje do przypomnienia o konieczności zachowania nieprzekraczalnej granicy ludzkich działań. W obecnych czasach szczególnie potrzeba, aby wiedza i technika medyczna były zawarte w granicach zakreślonych im przez mądrość i prawidłowo ukształtowane sumienie lekarza. Powinien on mieć świadomość, że „wolny rynek i nieograniczony etycznie pęd krajów do posiadania nowych biotechnologii niszczy etos medyczny”²⁰. W dobie licznych badań klinicznych i wdrażania nowych metod terapeutycznych, ważne jest przestrzeganie ściśle określonych dla tego postępowania zasad bioetycznych. Przeprowadzaniu wszelkich badań i eksperymentów powinno towarzyszyć poszanowanie osoby ludzkiej jako podmiotu. Podstawowym warunkiem ich przeprowadzania jest zgoda pacjenta oraz dopuszczalny czynnik ryzyka.

Wyjątkiem dopuszczającym zwiększony procent ryzyka doświadczalnej terapii, jest interwencja w stosunku do chorego, u którego wyczerpano już wszelkie możliwości leczenia, a doświadczalny środek może mieć pozytywny wpływ na stan chorego. Zagrożeniem na płaszczyźnie badań klinicznych są próby „ideologizacji medycyny”²¹ przez koncerny farmaceutyczne. Obserwacja kliniczna czasem „staje się czynnikiem potwierdzenia, albo też obalenia jakichś hipotez”²². Badania na embrionach podlegają normom etycznym stosowanym dla każdej jednostki ludzkiej. Potępia się jednoznacznie wszelkie eksperymenty na zarodkach

¹⁸ Jan Paweł II, *Miłość do cierpiących miarą poziomu cywilizacji, Orędzie na I Światowy Dzień Chorego 11 lutego 1993*.

¹⁹ Jan Paweł II, *Przemówienie dla uczestników sympozjum „Ruch dla życia” (12 październik 1985), „Insegnamenti” VIII/2 (1985), 934-935*.

²⁰ T. Biesaga, *Etos medyczny a kontrakt handlowy*, „Medycyna Praktyczna”, 5 (2010), s. 128-132.

²¹ S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Katowice 1995, s. 115.

²² Tamże.

ludzkich, „ponieważ istota ludzka, od chwili swego poczęcia aż do śmierci, nie może być wykorzystywana z żadnego powodu”²³.

Prawo do życia jest podstawowym prawem każdego człowieka, w każdej kondycji i niezależnie od etapu życia, stanu zdrowia i pozycji społecznej. Jednak prawo to, nie jest tożsame z władzą i panowaniem nad życiem. „Człowiek nie jest panem śmierci, tak jak nie jest panem życia; w życiu i w śmierci musi zawierzyć całkowicie ‘woli Najwyższego’, zamysłowi Jego miłości”²⁴ Lekarz powinien respektować to prawo i działać z upoważnienia pacjenta, jednak ani on, ani pacjent, nie mają prawa do decydowania o życiu bądź o śmierci. Powinnością lekarza, obok respektowania prawa do życia pacjenta, jest utwierdzanie chorego w przekonaniu o ważności tego prawa, jak i godności całego życia. Realizuje się to poprzez zapewnianie odpowiedniej opieki, terapii, a także działań profilaktycznych i rehabilitacyjnych. Profilaktyka zdrowotna powinna być priorytetowa w działaniach służby zdrowia jako chroniąca pacjenta przed przykrymi następstwami choroby oraz niosąca istotne korzyści ekonomiczne. Skuteczne zapobieganie wymaga wysiłku całego społeczeństwa, na czele z szerzeniem kultury prozdrowotnej, popularyzującej zdrowy tryb życia. Tylko działanie na szeroką skalę może być skuteczne w zwalczaniu tzw. chorób cywilizacyjnych. Działania ściśle medyczne, np. szczepienia, badania okresowe, stanowią uzupełnienie tych wysiłków.

Lekarz może działać tylko w oparciu o świadomą zgodę pacjenta. „Osoba będąc przede wszystkim sama odpowiedzialna za swoje życie, powinna znajdować się w centrum każdej interwencji lekarskiej, inni są obecni, by ją wspomagać, a nie po to, by ją zastępować”²⁵. Przed egzekwowaniem zgody na działanie, lekarz ma obowiązek poinformować chorego o jego aktualnym stanie zdrowia, rokowaniu, skutkami ubocznymi proponowanych procedur. Działania przeprowadza się najczęściej w oparciu o zgodę wyrażoną bezpośrednio przez chorego, jednak dozwolone jest także uznawanie zgody domniemanej, kiedy to pacjent nie jest w stanie wypowiedzieć się bezpośrednio, lecz można z dużym prawdopodobieństwem przypuszczać, że zgodę taką chciałby wyrazić. Początkowym etapem postępowania lekarza z pacjentem jest zazwyczaj postawienie diagnozy, czyli określenie przyczyn i przejawów patologii. Postępowanie diagnostyczne niesie ze sobą ryzyko dwóch skrajnych postaw – „wycofywania się” lub „uporczywości”²⁶ w diagnostyce. Pierwszej z nich sprzyja obecna tendencja do coraz większej specjalizacji medycyny, niosąc

²³ Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników sympozjum Papieskiej Akademii Nauk (23 października 1982)*, AAS 75 (1983) 37, 4.

²⁴ Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, 46.

²⁵ Papieska rada „Cor Unum”, *‘Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti’* (27 lipca 1981), 2.1.2, w: EV, 7, 1137.

²⁶ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, art. 57.

ze sobą ryzyko braku holistycznego spojrzenia na chorego. Druga zaś postawa wiąże się z uporczywym diagnozowaniem wątpliwych problemów lub nadawanie im przesadnego znaczenia medycznego. Tak pierwsza, jak i druga tendencja może być szkodliwa dla pacjenta i jest zaprzeczeniem poszanowania godności chorego. „Choroba jest czymś więcej, niż faktem klinicznym, który może być opisany w sposób medyczny. Jest zawsze stanem człowieka jako chorego”²⁷. Stanem, w którym doświadcza on, często niespodziewanie, ograniczeń ludzkiego życia i niemości własnego ciała. Lekarz, obok wystarczającej wiedzy i kompetencji, powinien posiadać świadomość integralności jednostki i brać pod uwagę wymiar duchowocieleśny niedyspozycji pacjenta.

Obok objawów i uciążliwości fizycznych, charakterystycznych dla poszczególnych jednostek chorobowych, pacjent bardzo często przeżywa niepokój, a czasem załamanie z powodu znalezienia się w nowej, trudnej sytuacji życiowej. Od swojego lekarza oczekuje on często słów otuchy i zrozumienia, które na równi z rzeczową informacją na temat stanu zdrowia, mogą zmniejszyć niepokój i zapobiec postawie rezygnacji. Każdy lekarz z jednakową troską powinien stosować terapię u chorego rokującego wyzdrowienie, jak i w przypadku paliatywnej opieki nad nieuleczalnie chorym. Obowiązkiem lekarza w takiej opiece jest stosowanie zabiegów „proporcjonalnych”, czyli zwyczajnych środków służących osiągnięciu przewidywanego celu. Nie ma obowiązku stosowania zabiegów „nieproporcjonalnych”, czyli nadzwyczajnych, których wdrażanie naraziłoby chorego na niepotrzebne, dodatkowe cierpienia, a spodziewane rezultaty byłyby nieproporcjonalne do stopnia trudności czy zagrożenia dla chorego. Należy podkreślić w tym miejscu, że dopuszczalne jest odrzucenie zbyt uciążliwych dla chorego sposobów leczenia, a „rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci”²⁸. Stosowanie niesprawdzonych jeszcze do końca terapii, które wdrożono za zgodą chorego, nie mając już innych alternatyw, powinno zostać przerwane, jeśli nie dostrzega się korzyści z ich stosowania lub są zbyt uciążliwe dla chorego.

Prawidłowy kontakt lekarza z pacjentem może mieć także wymiar terapeutyczny. Humanitaryzm towarzyszący profesjonalizmowi i kompetencja wsparta empatią, może stać się dopełnieniem postępowania farmakologicznego. Cierpieniu fizycznemu towarzyszy w chorobie prawie zawsze lęk i cierpienie psychiczne. Z uwagi na istotny aspekt psychosomatyczny szeregu schorzeń, moralnie poprawna jest głębsza forma wpływania na psychikę chorego, jaką jest psychoterapia. Wymaga jednak od psychoterapeuty pełnego poszanowania osoby wraz z indywidualizmem jej wnętrza, oraz działanie w ramach zgody pacjenta.

²⁷ Tamże, art. 53.

²⁸ Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, 65.

Personel medyczny ma obowiązek zapewnić oraz sprzyjać opiece duszpasterskiej wobec chorego, jeśli takie jest jego życzenie. Wraz z postępowaniem medycznym i wsparciem psychologicznym ze strony lekarza i personelu pomocniczego, opieka religijna stanowi całość pomocy i troski okazanej choremu. Ewangelizowanie cierpienia i choroby dokonuje się poprzez „obecność i działania Kościoła zmierzające do zaniesienia słowa i łaski Chrystusa tym, którzy cierpią i opiekują się nimi”²⁹. Posługa duszpasterska i dostępność sakramentów świętych często są dla chorego, obok fachowej opieki medycznej, źródłem pokoju wewnętrznego. Umieranie i śmierć jest ostatnim etapem życia. W stosunku do człowieka umierającego, oczekuje się takiego samego zaangażowania w niesienie pomocy, jak w stosunku do każdego innego chorego. Lekarz ma obowiązek stosowania zabiegów i leczenia paliatywnego, które mogą zmniejszyć uciążliwość ostatniej fazy choroby. Opieka duszpasterska, wolontariatu oraz rodziny powinny przyczynić się do zaakceptowania choroby i pobudzenia nadziei. Obecność lekarza i innych osób wspierających nie powinna budzić fałszywych złudzeń, ale zapewnić choremu poczucie bezpieczeństwa i zaufania. W dobie komercjalizacji służby zdrowia trzeba zwracać uwagę na to, by umieranie przebiegało w godnych warunkach i atmosferze. Obecnie ma to miejsce „często w zaludnionych i ruchliwych salach pod kontrolą lekarzy i personelu interesujących się głównie biofizycznym aspektem choroby”³⁰.

Zachwianie nadziei i niepokój niezmiennie towarzyszą umierającemu człowiekowi. Postawa chrześcijańskiego zaufania otaczających ludzi jest w takiej sytuacji podstawową formą humanizacji śmierci. Może być na równi ze środkami farmakologicznymi uśmierzającymi ból, formą wsparcia i pomocy umierającemu. Jest drogą do odnalezienia nowej nadziei w obliczu kończącego się życia ziemskiego. Prawo do godnego umierania wymaga od lekarza odpowiednich decyzji dotyczących terapii i zabiegów. Dozwolone jest rezygnowanie ze środków, które wprawdzie mogłyby opóźnić śmierć, ale za cenę kolejnych cierpień i przyczyniałyby się do „nieatrważnego i bolesnego przedłużania życia”³¹. Jest to tzw. uporczywość terapeutyczna, której należy unikać. Nie jest nieetyczne odstępnie od leczenia, którego skutek jest niepewny, a samo to leczenie byłoby jedynie przedłużaniem cierpienia chorego. Nie wolno natomiast przerywać zwykłej opieki i codziennych zabiegów, a zaprzestanie podawania niezbędnych płynów i pokarmów – także drogą parenteralną – „może oznaczać prawdziwą i właściwą eutanazję”³².

²⁹ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, art. 110.

³⁰ Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Sympozjum na temat opieki nad umierającymi (17 marca 1992)*, „Insegnamenti” XV/1 (1992).

³¹ Tenże, *Evangelium vitae*, 65.

³² Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, art. 120.

Jakkolwiek doświadczenie bólu i cierpienia ma głęboki, religijny wymiar, to z uwagi na szkodliwe skutki psychofizyczne przedłużającego się bólu, lekarz ma obowiązek stosować leczenie łagodzące i usuwające dolegliwości. Pomaga to choremu w zaakceptowaniu swojego stanu „czyniąc bardziej ludzkim jego doświadczenie cierpienia”³³. Wskazane jest stosowanie środków uśmierzających ból, pomagających choremu w przeżywaniu cierpienia i niepokojów związanych ze zbliżającą się śmiercią. Czasem wyeliminowanie bólu niesie ze sobą ograniczenie świadomości. Gdy jest to podyktowane troską o dobro chorego „jest dozwolone umiarkowane użycie środków narkotycznych, które przynoszą ulgę w cierpieniu, ale powodują także szybszą śmierć”³⁴. Z drugiej zaś strony niedozwolone jest pozbawianie świadomości tylko w celu uniknięcia kłopotliwej relacji z chorym. W stosunku do pacjenta, który nie jest w stanie wyrazić swojej woli, lekarz podejmuje decyzje w oparciu o prawdopodobieństwo takowej woli, którą wyraziłby chory. Pacjent – także umierający – ma prawo do szczerzej informacji na temat swojego stanu. Przekazywanie, trudnej czasem prawdy, wymaga od lekarza zachowania odpowiedzialności i taktu. Czasem konieczne jest wpięrow stworzenie atmosfery zaufania i troski oraz współdziałania wszystkich osób dbających o chorego. Należy unikać postawy przemilczania prawdy, jak i chłodnej komunikacji, która może stać się dla chorego dodatkowym obciążeniem.

Prawo do życia dane jest człowiekowi „bezpośrednio od Boga”³⁵, zatem żaden człowiek i w żadnym celu nie ma prawa dysponować ludzkim życiem. Prawo to przysługuje człowiekowi na każdym etapie jego istnienia – więc na równi traktuje ludzki płód, dziecko, dorosłego, nieuleczalnie chorego, czy umierającego. Na lekarzu spoczywa obowiązek stania na straży tego prawa, a pozbawianie życia w jakikolwiek sposób lub zgoda na samobójcze działanie, jest zaprzeczeniem powołania i misji lekarza.

Aktualnym zagrożeniem dla nienaruszalności prawa do życia jest aborcja i eutanazja. Szczególny dramatyzm zabójstwa poprzez aborcję polega na tym, że akt unicestwienia dotyczy bezbronnej istoty, a dokonuje się najczęściej w imię prawa do wolności. Współdziałaniem lekarza z czynem aborcyjnym jest także ordynowanie środków wczesnoporonnych lub uniemożliwiających zagnieżdżanie embrionu. W sytuacji prawnej akceptacji przerywania ciąży, lekarz ma prawo, a wręcz powinność do wyrażenia sprzeciwu sumienia, ponieważ „człowiek nigdy nie może być posłuszny prawu, które samo w sobie jest niemoralne”³⁶.

³³ Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Kongresu Włoskiego Stowarzyszenia Anestezjologii (4 października 1984)*, 3: „Insegnamenti” VII/2 (1984), 750.

³⁴ Pius XII, *Przemówienie do uczestników Kongresu na temat neuro-psychofarmakologii (9 września 1958)*, AAS 50 (1958), 694.

³⁵ Papińska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, art. 137.

³⁶ Kongregacja Nauki Wiary, *Quaestio de abortu* (18 czerwca 1974), 22: AAS 66 (1974), 744.

„Eutanazja jest aktem zabójczym, do którego nie może upoważnić żaden cel”³⁷. Lekarz nie może brać udziału w żadnej formie eutanazji³⁸. Nikt nie ma prawa do dysponowania swoim życiem, więc „żaden pracownik służby zdrowia nie może stać się wykonawcą prawa, które nie istnieje”³⁹. Prośba o przyspieszenie śmierci powinna być zrozumiana jako wołanie o pomoc i chęć przzerwania cierpienia, strachu lub poczucia beznadziejności. Powinna ona mobilizować do skuteczniejszej pomocy choremu. Wartościowanie życia w świetle użyteczności społecznej, chęć ucieczki przed cierpieniem, wszelkim upośledzeniem, a w końcu śmiercią – stwarza klimat do akceptowania eutanazji jako formy wyzwolenia od problemów końca życia. „Niedorzeczność programu walki z cierpieniem przez zlikwidowanie cierpiących, prowadzi do tego, że wraz z poszerzaniem się zakresu ludzi niezadowolonych i cierpiących, poszerzałby się zakres ludzi do uśmiercenia”⁴⁰. Eutanazja stanowi czynnik niszczący prawidłową relację lekarza z pacjentem. Dramatycznemu wypaczeniu ulega pozycja lekarza, który przestaje być gwarantem ochrony życia, a staje się kimś, kto może legalnie zabić drugiego człowieka. Zawsze będzie to symptom rezygnacji i konformizmu w opiece paliatywnej, a próby legalizacji, bezpośrednim zamachem na etos zawodu lekarskiego.

W dobie szybkiego postępu medycyny i technicyzacji procedur medycznych istnieje potrzeba stałej troski o właściwe pojmowanie roli pacjenta w relacjach ze Służbą Zdrowia. Liczne zagrożenia wypływające z prób negacji podstawowych zasad bioetycznych – na czele z zasadą nienaruszalności życia ludzkiego, powinny mobilizować wszystkich pracowników Służby Zdrowia do starań o zachowanie tych wartości. Zaniedbania w tym względzie spowodują dalszą dehumanizację medycyny, pogłębią kryzys zaufania społecznego, a najbardziej uderzą w ludzi najsłabszych – cierpiących i chorych. Wraz z postępowaniem medycyny, wzrastającym poziomem wykształcenia lekarzy, poprawą wyposażenia technicznego szpitali i placówek służby zdrowia, coraz częściej dochodzi do zagubienia podmiotowości pacjenta, którego problem określany jest nierzadko w ujęciu procedury i opłacalności. Nie sposób obecnie uniknąć kalkulacji ekonomicznych i stosowania się do zasad rynkowych, jednak nie wolno zapominać, że działalność lekarza i pozostałych pracowników służby zdrowia nie może przeradzać się w zwykłe kontraktowanie usług. Tam gdzie „na warsztacie pracy” znajduje się człowiek, z całą złożonością i delikatnością swej natury, tam nigdy nie może zabraknąć wrażliwości, poświęcenia i poczucia wyjątkowości posłannictwa lekarza. Stworzona po długim okresie interdyscyplinarnych wysiłków *Karta Pracow-*

³⁷ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, art. 47.

³⁸ Por. *Kodeks Etyki Lekarskiej*, art. 31.

³⁹ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, art. 148.

⁴⁰ T. Biesaga, *Wobec uporczywej terapii*, „Medycyna Praktyczna”, 11 (2005), s. 26-29.

ników Służby Zdrowia jest drogowskazem ułatwiającym wierność zasadom etycznym. Postawy i decyzje kształtowane w duchu tej wierności pozwolą urzeczywistnić służbę życiu w codziennych relacjach lekarza i chorego.

SUMMARY

This article aims at discussing ethical issues which should underlie a good relationship between a physician and a patient. Reflections are based on the theses described in the *The Charter for Health Care Workers* developed on the initiative of the Pontifical Council for the Pastoral Care of Health Care Workers and approved by the Congregation for the Doctrine of the Faith. The paper attempts to present the physician's attitudes towards the pressing problems of prenatal period of human life as well as adulthood and the elderly. Ethical issues, such as the inviolable right to life and utmost respect for human life, seem to be valid and justifiable in times of commercialization and fast development of medical services, and thus need further thorough analysis.

Key words:

physician, patient, ethical issues, physician's attitude, respect for human life