

JACEK MIZAK

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie  
Wydział Teologiczny

## Godność osoby cierpiącej jako podstawowa kategoria aksjologiczna w relacji lekarz – pacjent

The Dignity of Sick People as a Fundamental Axiological Category  
in the Relation between Doctor and Patient

Dość często można dziś usłyszeć opinię: „Byle tylko nie zachorować”. To przekonanie związane jest nie tylko z trudną sytuacją, w jakiej znajduje się służba zdrowia. Dla większości ludzi choroba stanowi przykrą i wyjątkową sytuację, którą chcieliby się mieć jak najprędzej za sobą. Choroba jednak i związane z nią cierpienie są nieodłącznymi elementami ludzkiego życia. Specjaliści szukają więc przyczyn, odkrywają nowe leki oraz metody leczenia. Dochodzi tu do głosu bez wątpienia pozytywna strona postępu. Jednak z drugiej strony powraca ciągle aktualne pytanie: Dlaczego tak często, skupiając się na miejscowych objawach, tracimy gdzieś z oczu człowieka jako całość?<sup>1</sup> Uwrażliwiał na ten problem Jan Paweł II w przemówieniu do polskich chirurgów w 1992 roku: „Jako chirurdzy stoicie wobec człowieka w całej prawdzie jego organizmu, jego ciała. Łatwo tutaj o wyizolowanie problemów technicznych związanych z postępowaniem w określonym stanie chorobowym od całościowego widzenia osoby chorego, obejmującego wszystkie aspekty osobowego podmiotu”<sup>2</sup>.

Nie ulega wątpliwości, że szacunek, ochrona czy troska, należne życiu ludzkiemu, wynikają przede wszystkim ze szczególnej oraz niepowtarzalnej godności osoby. Życie fizyczne człowieka, chociaż oczywiście partycypuje w transcendentnej wartości osoby, to jednak przez swoją naturę odzwierciedla tymczasowo-

<sup>1</sup> Por. H. Pera, *Sam nie podołam*, tłum. H. Bortnowska, w: *Sens choroby. Sens śmierci. Sens życia*, red. H. Bortnowska, Kraków 1993, s. 177.

<sup>2</sup> Jan Paweł II, „*W służbie zdrowia i życia ludzkiego*”. *Przemówienie do chirurgów polskich* (11.02.1992), „*Osservatore Romano*” (wyd. pol.) 13(1992), nr 7, s. 57.

wość ludzkiej kondycji. Objawia się ona szczególnie w cierpieniu i chorobie, które przeżywane są jako niedyspozycja całej osoby. Choroba bowiem odnosi się nie tylko do ciała, ale dotyka człowieka jako całości, w jego jedności ciała i duszy. Jest stanem człowieka jako chorego. Dlatego pracownicy służby zdrowia winni odnosić się do chorego ze świadomością tej integralnie ludzkiej wizji. Chodzi o to, aby mieli – oprócz kompetentnej wiedzy techniczno-zawodowej – świadomość wartości cierpienia, które czyni każdy jednostkowy przypadek kliniczny spotkaniem ludzkim<sup>3</sup>.

### 1. INTEGRALNA WIZJA OSOBY LUDZKIEJ

Odczytanie pełnej wartości ludzkiego życia jest związane przede wszystkim z głębokim przekonaniem, że owo życie ma charakter osobowy, a więc różni się w istotny sposób od życia innych stworzeń. Nie można więc twierdzić, że człowiek to zaledwie jedna z wielu istot żyjących i jest jedynie organizmem, który tylko osiągnął wysoki stopień rozwoju. Taki bowiem pogląd prowadzi do tego, że człowiek będzie traktowany jako swoista „rzecz”, a jego wymiar transcendentny zostanie w ten sposób całkowicie zagubiony. Także i sam człowiek nie będzie wówczas postrzegał swego życia jako wspaniałego daru Bożego, co więcej, będzie nawet uważał, że może je traktować jako swoją wyłączną własność. Stąd też Kościół przy wielu okazjach podkreśla konieczność integralnego spojrzenia na człowieka oraz odczytywania z tej perspektywy wartości ludzkiego życia, również w jego cielesnym wymiarze<sup>4</sup>. U podstaw chrześcijańskiej koncepcji godności osoby ludzkiej znajduje się stwórczy akt Boga, będący owocem Jego miłości. Pismo Święte ukazuje człowieka, który został stworzony na obraz i podobieństwo Boże (Rdz 1,26-27). Ponieważ biblijny opis nic nie mówi o jego podobieństwie do pozostałych stworzeń, ale tylko do Boga, wobec tego można wnioskować, że godność człowieka wypływa ze szczególnej relacji, jaka zachodzi pomiędzy nim a Stwórcą. Łączy go ścisła więź z Bogiem, w samej głębi Jego tajemnicy. Dlatego zrozumienia człowieka nie należy szukać jedynie w nim samym, ale koniecznie uwzględniając jego odniesienie do Boga. To podobieństwo do Stwórcy zawiera się przede wszystkim w podwójnym uzdolnieniu, jakim jest: poznanie prawdy oraz decydowanie o własnym losie (autonomia). Człowiekowi przysługuje atrybut duchowości, który w języku biblijnym określany jest pojęciem „duszy”. W rozumieniu Pisma Świętego oznacza ona wszystko, co jest

---

<sup>3</sup> Por. E. Kowalski, *Osoba i bioetyka*, Kraków 2009, s. 199; por. także Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, nr 47.

<sup>4</sup> Por. J. Nagórny, *Wartość życia ludzkiego. Z perspektywy encykliki „Evangelium vitae”*, w: *Ks. Janusz Nagórny. Wartość życia ludzkiego*, red. K. Jeżyna, J. Gocko, W. Rzepa, Lublin 2009, s. 17-18.

w człowieku najbardziej wewnętrzne i wartościowe, a co sprawia, że jest on w szczególny sposób obrazem Boga<sup>5</sup>.

Chrześcijańskie spojrzenie na życie postuluje zatem uwzględnienie dogłębnej jedności ludzkiej istoty. Człowiek nie jest sumą – a więc prostym złożeniem – duszy i ciała, ale jednością duchowo-cieleśną. Z kolei w ramach tej jedności osoba jest określana oraz kierowana przede wszystkim przez wymiar duchowy. Dlatego człowiek jest zawsze osobą, istotą przewyższającą wszystkie inne, jest odrębnym „ja” od pierwszej do ostatniej chwili swego życia, także wówczas, gdy nie jest tego świadomy. Stanowiąc jedność duszy i ciała, skupia co prawda w sobie – poprzez swą cieleśną naturę – elementy świata materialnego, ale równocześnie wyrasta ponad nie. Nie wolno więc gardzić mu życiem ciała, ale przeciwnie powinien je szanować jako Boży dar. Jednakże człowiek nie jest tylko częścią przyrody, ponieważ przerasta świat rzeczy i jest otwarty na Tego, który go stworzył. Ta kondycja człowieka jako istoty stworzonej powinna być oczywiście odczytywana w sposób integralny. Takie spojrzenie na osobę ludzką oraz wartość ludzkiego życia prowadzi nie tylko do podkreślania jedności duchowo-cieleśnej, ale broni również szczególnej godności ludzkiego ciała<sup>6</sup>. Ciało ludzkie jest w tej perspektywie nie tylko zespołem organów, funkcji czy energii. Element cieleśny w człowieku jest symbolem i wyrazem jego wnętrza. Człowiek bowiem może i powinien ujawniać swoje wnętrza za pośrednictwem ciała. Tylko w taki sposób zaznacza swoją obecność w czasie i przestrzeni. Dzięki temu ludzkie ciało jest również znakiem oraz miejscem relacji z Bogiem, ze światem i innymi ludźmi. Jawi się więc ono jako rzeczywistość osobowa<sup>7</sup>.

W świetle powyższego należy więc podkreślić, że człowiek jako jedność duchowo-cieleśna jest podmiotem zarówno poznania, jak również samostanowienia oraz własnej cieleśności. Dzięki swemu rozumowi jest on świadomy siebie, poznaje otaczającą go rzeczywistość, może też poznawać Boga i otwierać się na prawdę. Z kolei obdarzony wolnością ma możliwość stanowienia o sobie, może dokonywać wyboru pomiędzy dobrem a złem. Poprzez wewnętrzny głos swego sumienia ukierunkowuje się na dobro. Wreszcie w podmiotowy sposób przeżywa swoje ciało, towarzyszy mu bowiem świadomość, że jest ciałem, ale także zdaje sobie sprawę, że to ciało transcenduje. Wszystkie te elementy wpisują się w to, co Biblia określa mianem „obraz Boży” w człowieku, i decydują o niepowtarzalnej godności osoby ludzkiej. Próba jakiegokolwiek przeakcentowania którejś z tych sfer kosztem pomniejszenia lub też zanegowania innej nie byłaby pełną prawdą o człowieku. Ta prawda odnosi się oczywiście w pełni również do człowieka chorego czy niepełnosprawnego. On także jest osobą świadomą siebie

<sup>5</sup> Por. M. Wręzel, *Pacjent*, w: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, red. A. Muszala, Radom 2007, s. 425.

<sup>6</sup> Por. J. Nagórny, *Wartość życia ludzkiego*, s. 18-19.

<sup>7</sup> Por. W. Bołoz, *Bioetyka i prawa człowieka*, Warszawa 2007, s. 63-64.

samej, a poprzez rozum otwartą na prawdę; osobą, która dzięki wolności może stanowić o sobie i poprzez sumienie kierować się ku dobru; osobą, która bardzo intensywnie przeżywa swoje ciało. Nie byłoby natomiast obiektywną prawdą o człowieku chorym, gdyby przyznano mu absolutną wolność, w ujęciu której jego ciało byłoby jedynie przedmiotem czy surowcem, którym można by w dowolny sposób rozporządzać, np. zgadzając się na jego decyzję o przerwaniu życia<sup>8</sup>.

Ponieważ zatem ciało jest integralnym elementem osobowego bytu człowieka i uczestniczy w jego podmiotowości oraz godności, dlatego życie ludzkie ma wartość nienaruszalną i nikogo nie wolno pozbawiać tego życia na żadnym etapie jego rozwoju. Ciało ludzkie nie może być traktowane oddzielnie od człowieka, a wszystkie działania, które go dotyczą, muszą uwzględniać całościowo rozumiane dobro osobowe. Wyklucza to nie tylko pozbawianie prawa do życia, ale również traktowanie ludzkiego ciała jako swoistego magazynu części zamiennych czy tym bardziej jako wyjściowego materiału do produkcji preparatów leczniczych lub kosmetyków. Chociaż w życiu biologicznym nie wyczerpuje się wartość osoby i nie reprezentuje ono jej najwyższego dobra, to jednak jest wartością podstawową, gdyż na nim opierają się oraz rozwijają inne wartości osoby. Zachowanie prawa do życia stanowi podstawę wszystkich innych praw człowieka. Stąd właśnie rodzi się podstawowy postulat nienaruszalności życia fizycznego od poczęcia aż do naturalnej śmierci. Personalistyczna koncepcja człowieka oraz ludzkiego życia pociąga więc za sobą konsekwencje etyczne<sup>9</sup>. Mówi o nich Karta Pracowników Służby Zdrowia, w której czytamy:

Każda interwencja na ciele ludzkim „nie dotyczy tylko tkanek, narządów i ich funkcji, lecz angażuje na różnych poziomach samą osobę”. Działalność sanitarna nie może nigdy zapominać o „głębokiej jedności istoty ludzkiej, w oczywistej współzależności jej funkcji cielesnych, ale także w jedności jej wymiarów: cielesnego, uczuciowego, intelektualnego i duchowego”. Nie można wyizolować „problemu technicznego postawionego przez traktowanie określonej choroby od uwagi, jaka powinna być okazana osobie chorego w wszystkich jej wymiarach. Jest dobrze pamiętać o tym właśnie wtedy, gdy wiedza medyczna zmierza do specjalizacji w każdej dyscyplinie”<sup>10</sup>.

Dlatego wspomniany dokument podkreśla dalej, że ciało wyrażające osobę jest podstawą oraz źródłem moralnych wymogów. To bowiem, co się dokonuje na poziomie biologicznym, nie jest etycznie obojętne, wręcz przeciwnie, ma dla działania konkretny charakter wskazująco-nakazujący<sup>11</sup>.

<sup>8</sup> Por. A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Katowice 2000, s. 121.

<sup>9</sup> Por. W. Bołoz, *Bioetyka i prawa człowieka*, s. 64.

<sup>10</sup> Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, nr 40.

<sup>11</sup> Por. tamże, nr 41; por. także W. Półtawska, *Odpowiedzialność lekarza za los pacjenta*,

## 2. CHRZEŚCIJAŃSKI SENS CIERPIENIA

Fenomen życia wiąże się jednak w sposób nieodłączny z chorobą i cierpieniem, które stanowią negatywne elementy ludzkiej rzeczywistości i wpisują się w historyczny kształt doświadczenia śmierci. Dlatego choroba, cierpienie i śmierć nakładają na człowieka moralny obowiązek przeciwdziałania tym zagrożeniom. Bardzo często choroba zmienia radykalnie sytuację życiową osoby, która nią została dotknięta. Z chorobą bowiem wiąże się osłabienie organizmu, a niejednokrotnie utrata zdolności swobodnego poruszania się czy też wykonywania pewnych czynności. Z jednej strony jest ona zagrożeniem dla życia doczesnego, ale nieuniknione odniesienie do śmierci wiąże się również z myślą o Bogu oraz z pragnieniem życia wiecznego. Dlatego choroba, jeżeli jest właściwie przeżywana, może prowadzić do odkrycia fundamentalnej dla człowieka prawdy, że sens życia ludzkiego wykracza daleko poza granice doczesności<sup>12</sup>. Ojciec Święty Jan Paweł II w *Liście apostolskim o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia* podkreśla, że czymś bardziej podstawowym od choroby jest cierpienie, które jeszcze głębiej jest osadzone w całym człowieczeństwie. Dokonuje też w związku z tym rozróżnienia na cierpienie fizyczne i cierpienie moralne, które to rozróżnienie przyjmuje za punkt wyjścia podwójny wymiar ludzkiego bytu: element cielesny i element duchowy – stanowiący bezpośredni podmiot cierpienia<sup>13</sup>.

Jan Paweł II, poszukując w swym liście odpowiedzi na pytanie o sens cierpienia, odwołuje się najpierw do Księgi Hioba, która bywa nazywana biblijnym „traktatem o cierpieniu”. Punktem wyjścia jego rozważań jest tradycyjne przekonanie Starego Testamentu, jakoby cierpienie było karą za grzech. Papież, dokonując dogłębnej analizy orędzia Księgi, pokazuje istotne *novum* tego przesłania. Polega ono na wniosku, że nie każde cierpienie musi być następstwem winy. Cierpienie człowieka sprawiedliwego nie tylko jest możliwe, ale może mieć wręcz charakter próby jego sprawiedliwości. Znaczne poszerzenie i pogłębienie perspektywy cierpienia odnajduje papież w Księdze Izajasza, w tzw. Czwartej pieśni o Słudze Jahwe. W refleksji nad tym tekstem Ojciec Święty zwraca uwagę na szczególne cechy cierpienia Sługi. Jest to cierpienie zastępcze, co oznacza, że Sługa przyjmuje na siebie cierpienie za innych. Dalej, podobnie jak w przypadku Hioba, jest to cierpienie niezawinione. Wreszcie, co jest szczególnie istotne, ów „Mąż boleści” – jak nazywa go Izajasz – cierpi całkowicie dobrowolnie.

---

w: *Medicina expectata... Pierwsze Polskie Sympozjum Naukowe Członków Papieskiej Akademii Pro Vita*, red. M. Renkielska, Kraków 1995, s. 57-58.

<sup>12</sup> Por. M. Brzeziński, *Rodzina wobec choroby i cierpienia*, w: *Duchowość cierpienia*, red. W. Gałązka, Warszawa 2010, s. 134; por. także B. Chyrowicz, *Zrozumieć ból i cierpienie*, w: *W poszukiwaniu sensu cierpienia. Dialog interdyscyplinarny*, red. A. Bartoszek, Katowice 2006, s. 94-95.

<sup>13</sup> Por. Jan Paweł II, List apostolski o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia *Salvifici doloris*, nr 5 (dalej cyt. SD).

Tak scharakteryzowane przez proroka cierpienia Sługi wykazują ogromne podobieństwo do męki Jezusa Chrystusa. I właśnie w krzyżu Zbawiciela, co podkreśla papież, udzielił Bóg człowiekowi najpełniejszej z możliwych odpowiedzi na pytanie o sens cierpienia<sup>14</sup>. Właśnie poprzez cierpienie dokonuje się dzieło odkupienia człowieka. W osobie Bożego Syna rzeczywistość cierpienia zostaje przeniesiona do poziomu odkupienia i przeobrażona w cierpienie odkupieńcze. Także i cierpienie człowieka ma charakter „odkupieńczy”, gdyż uczestniczy ono w odkupieńczej ofierze Jezusa, który przez krzyż dokonał dzieła zbawienia. Cierpienie Chrystusa jest „odkupieńcze”, gdyż w nim, poprzez ofiarę Boga-człowieka, zostają zgładzone ludzkie grzechy oraz rodzą się owoce zbawienia – wśród nich przede wszystkim miłość. Następuje tu zatem radykalna zmiana perspektywy. Wcześniej cierpienie było owocem grzechu człowieka, teraz zaś stało się formą uczestnictwa w odkupieńczej ekspiacji<sup>15</sup>.

Naturalnie przyjęcie i zaakceptowanie zbawczego sensu cierpienia jest możliwe jedynie na płaszczyźnie wiary. Zdarza się, że droga prowadząca do tego jest nieraz bardzo długa. Nierzadko wiedzie poprzez wewnętrzne załamania, rozpacz czy wyrzuty czynione Bogu. Jednakże to właśnie cierpienie, stając się miejscem nawrócenia, potrafi często przybliżyć wewnętrznie człowieka do Chrystusa. Wiele osób podczas choroby przeżywa swoje nawrócenie, otwiera się na dzieło odkupienia, przyjmuje łaskę uświęcającą i wchodzi w ten sposób w nowość życia. Czas cierpienia i choroby może więc stać się okresem, kiedy to wiara będzie bardzo intensywnie przeżywana, a pochodzące od Chrystusa zbawienie – niezwykle świadomie przyjmowane<sup>16</sup>. Dzięki tej łasce cierpienia wielu świętych odkryło pojęcie Boga, Jego wszechmoc i dobroć oraz prawdę, że wszystko jest w Jego ręku. Wierząc w Boga miłości, patrzą oni na cierpienie jako na próbę swojej wierności, w której sprawdza się ich zawierzenie. W przeciwnym wypadku te wszystkie doświadczenia cierpienia, zła i śmierci mogą się wydawać nie do pogodzenia z Dobrą Nowiną; mogą zachwiać wiarę czy stać się dla niej pokusą. Chrześcijanin zatem, akceptując i przyjmując cierpienie, winien odkryć jego zbawczy sens; wówczas też dostrzeże, że staje się nowym człowiekiem. Odnajdzie jakby nową miarę zarówno swego życia, jak i powołania. Owo odkrycie sensu cierpienia stanowi też potwierdzenie wielkości duchowej człowieka, która niewspółmiernie przerasta ciało<sup>17</sup>. Dlatego Jan Paweł II podkreśla: „Wówczas,

<sup>14</sup> Por. R. Zawadzki, *Przewyciężyć cierpienie – ale jak? List apostolski Jana Pawła II „Salvifici doloris” a cywilizacyjna „mentalność dezereji”*, w: *Miłość i cierpienie. Misterium Boga i nadzieja człowieka*, red. J. Malski, I. Rutkowska, Głogów 2010, s. 126-127.

<sup>15</sup> Por. J. Giec, *Cierpienie a zbawcza miłość Boga Trójosobowego w nauczaniu Jana Pawła II*, w: *Człowiek – Religia – Zdrowie*, red. A. Dymier, Szczecin 2011, s. 207-208.

<sup>16</sup> Por. A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*, s. 150.

<sup>17</sup> Por. W. Gałązka, *Duchowość cierpienia chrześcijanina*, w: *Duchowość cierpienia*, s. 256-257; por. także: SD nr 26; P. Morciniec, *Sens cierpienia czy jakość życia? Jana Pawła II nauczanie o fundamentalnych wartościach*, w: *W poszukiwaniu sensu cierpienia*, s. 191.



gdy to ciało jest głęboko chore, całkowicie niesprawne, a człowiek jakby niezdolny do życia i do działania – owa wewnętrzna dojrzałość i wielkość duchowa tym bardziej jeszcze się uwydatnia, stanowiąc przejmującą lekcję dla ludzi zdrowych<sup>18</sup>.

Człowiek cierpiący dzięki swojej ofercie przyczynia się zatem do uświęcenia nie tylko samego siebie, ale też i innych, szczególnie zaś tych, którzy spełniają wobec niego jakąkolwiek posługę. Osoba postrzegająca cierpienie jako powołanie czuje się potrzebna, nosi w sobie pragnienie życia, w jej sercu rodzi się pokój, a nawet radość. Nierzadko jej postawa jest lekcją człowieczeństwa i chrześcijaństwa dla otoczenia. Posługa przy łóżku chorego może się więc stać okazją do wymiany darów: zdrowi troszczą się o chorych, a chorzy – ofiarując Bogu cierpienie za tych, którzy są przy nich – przyczyniają się do ich uświęcenia. Oczywiście ta wielka wartość cierpienia nie oznacza, że należy przyjąć wobec niego postawę bierną, nie podejmując żadnych kroków w celu jego usunięcia. Odkrycie głębokiego sensu cierpienia nie jest bowiem wezwaniem do cierpiętnictwa. Widać to chociażby na przykładzie Jezusa, który w wielu miejscach Ewangelii pomagał potrzebującym i uzdrawiał chorych. Ten przykład stanowi wezwanie do przezwycięzania rozmaitych form cierpienia, do łagodzenia skutków choroby. Również prawda o tym, że Jezus utożsamia się z człowiekiem cierpiącym i sam doznaje w nim pomocy – gdy jest ona świadczona jakiegokolwiek cierpiącemu (por. Mt 25,40) – jest zachętą do czynnej postawy wobec każdego ludzkiego cierpienia<sup>19</sup>.

Profesja medyczna jest ze swej natury ukierunkowana na ciągłe towarzyszenie ludzkiemu cierpieniu. Dlatego niewątpliwie cierpienie to trzeba się nauczyć właściwie traktować i o nim umiejętnie rozmawiać. Nie chodzi o to, aby ból i cierpienie „oswoić”, ale raczej tak prowadzić rozmowę, by swoją zwykłą ludzką życzliwością ułatwić pacjentowi zmierzenie się z cierpieniem. Ogromną pomocą w przygotowaniu do tego może być psychologia, ale nie tylko. Ważną rolę może odegrać także wiara medyka, inspirująca go do opieki nad cierpiącym oraz dająca mu siły do wspólnego dźwigania brzemienia. Nie oznacza to jednak, że cierpiącego człowieka trzeba od razu nawracać czy prawić mu kazania. O Bogu nie zawsze trzeba mówić, bo nie słowa są tu najważniejsze. Boga można i trzeba dawać w geście wyciągniętych rąk, otwartego serca, poświęconego czasu, dobrego słowa lub pełnego dyskrecji milczenia. Inaczej mówiąc, cierpiącego człowieka trzeba kochać. Odmowa miłości przejawiająca się w braku szacunku, lekceważącym i przedmiotowym traktowaniu, czyni cierpienie znacznie trudniejszym czy wręcz niemożliwym do zniesienia. A zatem miłości trzeba się nauczyć, jeśli

<sup>18</sup> SD nr 26.

<sup>19</sup> Por. A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*, s. 151-152.

ma się komukolwiek przyjść z pomocą<sup>20</sup>. Taka postawa pełna miłości winna cechować osoby, które realizują w swoim życiu powołanie pracownika służby zdrowia.

### 3. ETOS PRACOWNIKA SŁUŻBY ZDROWIA

Ojciec Święty Jan Paweł II w liście apostolskim *Salvifici doloris* porównuje posługę na rzecz osób chorych i cierpiących do posługi miłosiernego Samarytana z ewangelicznej przypowieści:

Przypowieść sama w sobie – podkreśla papież – wyraża prawdę głęboko chrześcijańską, ale zarazem także bardzo ogólnoludzką. Nie bez przyczyny również w języku świeckim nazywa się działalnością samarytańską wszelką działalność dla dobra ludzi cierpiących i potrzebujących pomocy. Działalność ta przybiera w ciągu wieków zorganizowane formy instytucjonalne i stwarza teren dla pracy w odnośnych zawodach. Jakże bardzo samarytański jest zawód lekarza czy pielęgniarki, czy inne im podobne! Ze względu na „ewangeliczną” treść, jaka się w nim zawiera, skłonni jesteśmy myśleć tutaj bardziej o powołaniu, nie tylko o zawodzie<sup>21</sup>.

Nie ulega wątpliwości, że wierność chrześcijańskiemu powołaniu wyraża się przede wszystkim w służbie miłości i otwarciu na potrzeby bliźniego. Dlatego też przyjście z pomocą człowiekowi cierpiącemu jest szczególną formą wypełnienia tego przykazania, a posługa lekarza czy pielęgniarki stanowi jeden z najszczytniejszych wyrazów jego praktycznego urzeczywistniania. W tym przykazaniu zawierają się też najgłębsze pokłady motywacyjne oraz imperatywne posługi medycznej. Przenika ono również nowym dynamizmem piąte przykazanie Dekalogu – „nie zabijaj” i nadaje mu nową, prawdziwie ewangeliczną treść, podtrzymując równocześnie jego zobowiązujący charakter. W ten sposób posługa życiu i zdrowiu bliźniego nie jest już tylko aktem miłosierdzia na zasadach dobrowolności, ale obowiązkiem wynikającym z nowotestamentalnego rozumienia piątego przykazania Dekalogu. Jest poważnym nakazem miłowania tego życia i służenia mu, co sprawia, że obliuguje ono każdego człowieka proporcjonalnie do jego możliwości<sup>22</sup>.

Oczywiście możliwości pracownika służby zdrowia w tym względzie są największe. Dlatego jest tak ważne, aby pojmował on etos swego zawodu w kategoriach służby dla cierpiącego człowieka. W związku z tym lekarz czy pielę-

---

<sup>20</sup> Por. P. Kieniewicz, *Człowiek niewygodny, człowiek potrzebny. Dyskusja antropologiczna w bioetyce amerykańskiej*, Lublin 2010, s. 214.

<sup>21</sup> SD nr 29.

<sup>22</sup> Por. J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*, Kraków 1999, s. 249-251.



gniarka winni starać się nieustannie zdobywać fachową wiedzę i podnosić swoje kwalifikacje, aby nie tylko nikomu nie wyrządzić krzywdy, ale w miarę możliwości udzielać chorym jak najlepszej pomocy. Ten wyjątkowy charakter zawodu wymaga od lekarza, aby obok wiadomości ściśle medycznych miał również wiedzę humanistyczną, ponieważ w jego pracy i postawie chodzi o chorobę lub zdrowie, życie lub śmierć. To nie przypadek, że już w starożytności mówiono o lekarzach, iż są filozofami, czyli miłośnikami mądrości. Ponadto rozwój nowoczesnej medycyny, który w wielu przestrzeniach ułatwił pracę lekarzom, prowadzi do stale wzrastającej specjalizacji. Taka sytuacja wzywa do rozwinięcia umiejętności pracy w zespole oraz wzajemnego uznania. Współpraca winna charakteryzować nie tylko zespół lekarski danego oddziału, lecz także poszczególnych lekarzy, którzy świadomi granic swych kompetencji potrafią w razie potrzeby przekazać pacjentów innemu specjalistcie. Wszystko to stanowi okazję do urzeczywistniania tak ważnej dla stanu lekarskiego solidności<sup>23</sup>.

Należy także podkreślić, iż mimo tego, że w praktyce medycznej bardzo często redukuje się pojęcie zdrowia wyłącznie do jego wymiaru biologicznego, to fakt ten nie zwalnia lekarzy całkowicie od zajmowania się innymi sferami życia pacjenta. Stąd też etyka lekarska nie może ograniczać się tylko do wąskiej sfery zawodowej. Lekarz jest konfrontowany w swojej pracy zarówno z wartościami osobowymi, jak i ściśle zawodowymi, dlatego też jego etos winien uwzględniać obydwa te wymiary: wartości osobowe i zawodowe oraz chroniące je normy etyczne. W podręcznikach etyki medycznej można znaleźć sfery działalności lekarskiej, które powinny być normowane etycznie, są nimi m.in.: relacja lekarza do pacjenta oraz jego rodziny; kwestia tajemnicy zawodowej; problem zgody pacjenta na działania medyczne; relacje lekarza z pozostałymi pracownikami służby zdrowia; przepisywanie badań, terapii czy leków oraz przyznawanie zwolnienia lekarskiego. Nie ulega wątpliwości, że wszystkie te zakresy są niezmiernie istotne ze społecznego, ekonomicznego oraz etycznego punktu widzenia<sup>24</sup>. Rodzi to postulat formacji etycznej, wspomagającej właściwe wypełnianie misji lekarza. Dlatego też odpowiedzialni za taką formację powinni stymulować powoływanie katedr i komitetów etycznych w większych ośrodkach medycznych, gdzie można by przeprowadzać wykłady bioetyczne. Lekarz nie powinien być bowiem pozostawiony bez zaplecza etycznego doradztwa i obciążony samodzielną odpowiedzialnością w skomplikowanej coraz bardziej rzeczywistości medycznej. Taka polityka miałaby bez wątpienia wpływ na podejmowanie decyzji oraz wierność normom etycznym pracowników służby zdrowia. Oczywiście inną kwestią pozostaje to, że żadne prawodawstwo czy instytucja nie są w stanie

---

<sup>23</sup> Por. B. Häring, *W służbie człowieka. Teologia moralna a etyczne problemy medycyny*, tłum. M. Oziębłowski, Warszawa 1975, s. 32-34.

<sup>24</sup> Por. W. Bołoz, *Bioetyka i prawa człowieka*, s. 132-133.

zwiększyć ludzkiego współczucia, empatii, wrażliwości, nie zastąpią ludzkiego serca. Jediną drogą do budowania postaw w duchu prawdziwego altruizmu jest ciągły nacisk na konieczność humanizacji medycyny. Powinna być ona propagowana zarówno w relacjach lekarz–pacjent, jak też w wymiarze społeczno-politycznym, by bronić interesów godnego człowieczeństwa także w strukturach instytucji medycznych<sup>25</sup>.

Naturalnie lekarz nigdy nie jest sam w swej posłudze na rzecz chorego. „Zawody” odnoszące się do zdrowia znacznie się rozwinęły i skomplikowały: pielęgniarka, opiekunowie, fizjoterapeuci, rehabilitanci, psychologowie itd. W tym dość skomplikowanym systemie łatwo zatracić osobową odpowiedzialność. Dlatego lekarz w tym wspólnym działaniu winien pamiętać, że ponosi odpowiedzialność za swoje decyzje. Z tego wynika postulat moralny rzetelnego informowania ekipy leczącej, której przewodzi, ponieważ tylko w ten sposób zrodzi się wśród współpracowników postawa dialogu i współodpowiedzialności. Istotna jest także relacja do pewnych struktur organizacyjnych, w ramach których lekarz funkcjonuje: NFZ-etę, ZUS-u czy różnych organizacji sanitarnych. Trzeba bowiem pamiętać, że instytucje same przez się nie są podmiotami działania moralnego. Prawdziwie odpowiedzialne mogą być jedynie osoby. Granica bowiem pomiędzy dobrem a złem przebiega przez serce człowieka, a nie przez system. Można więc powiedzieć, że lekarz czy inni pracownicy są pośrednio odpowiedzialni za całą służbę zdrowia, w pewnym sensie za zdrowie całego narodu<sup>26</sup>.

Te wszystkie wniosły słowa na temat zawodu pracownika służby zdrowia nie oznaczają oczywiście, że istotny jest jedynie duchowy wymiar tej posługi. Wręcz przeciwnie, uznanie szczególnej godności zawodu lekarza czy pielęgniarki stanowi wezwanie do tego, by społeczeństwo jako całość oraz poszczególne placówki medyczne właściwie doceniały te zawody także w wymiarze ekonomicznym. Choć otwarcie zagranicznych rynków pracy w ramach Unii Europejskiej nie jest niczym złym, to jednak fakt, że za granicę wyjeżdżają liczne polskie pielęgniarki, pokazuje, że właściwe dowartościowanie ich pracy w wymiarze ekonomicznym stanowi dla polskiego społeczeństwa duże wyzwanie. Należy podkreślić, że jest to wyzwanie o charakterze, bez wątpienia, moralnym. Z drugiej zaś strony jest prawdą, że obiektywna, czyli niezależna od aspektu ekonomicznego, godność zawodu pracownika służby zdrowia sprawia, że jego posługa winna być zawsze realizowana z oddaniem i wielkodusznością. Zaangażowanie dla dobra osoby chorej i cierpiącej nie może być uzależnione od względów finansowych<sup>27</sup>.

---

<sup>25</sup> Por. B. Brożek, *Relacje między lekarzem a pacjentem w świetle „Karty Pracowników Służby Zdrowia”*, „Teologia i Moralność” 9(2011), s. 164-165.

<sup>26</sup> Por. W. Gubała, *Personalistyczna koncepcja etyki medycznej*, „Ethos” 1994, nr 1-2(25/26), s. 159.

<sup>27</sup> Por. A. Bartoszek, *Moralne przesłanie Jana Pawła II do pielęgniarek*, „Studia Pastoralne” 2(2006), s. 250.

#### 4. RELACJA MIĘDZYOSOBOWA LEKARZ–PACJENT

W Karcie Pracowników Służby Zdrowia można odnaleźć słowa:

Działalność medyczno-sanitarna opiera się na mającej szczególny charakter relacji międzyosobowej. Jest ona „spotkaniem zaufania i świadomości”. „Zaufaniem” człowieka naznaczonego cierpieniem oraz chorobą, a więc człowieka potrzebującego, jaki powierza się „świadomości” drugiego człowieka, który może zająć się jego potrzebą i wychodzi mu na spotkanie, by okazać mu pomoc, opiekować się nim i leczyć go. Tym człowiekiem jest pracownik służby zdrowia [...]. Wymaga to miłości, dyspozycyjności, uwagi, zrozumienia, życzliwości, cierpliwości, dialogu. Nie wystarczy „biegłość naukowa i zawodowa”, ale potrzeba „osobowego uczestnictwa w konkretnych sytuacjach poszczególnego pacjenta”<sup>28</sup>.

Te relacje, jakie zachodzą pomiędzy lekarzem a pacjentem, są niewątpliwie rzeczywistością dość złożoną. Jakie czynniki kształtują je w sposób decydujący? Otóż mają na nie wpływ zarówno cechy, jak też działania osób w nich uczestniczących. Wiodąca rola w tych relacjach przypada bez wątpienia lekarzowi. Jego postawę determinują: wiedza, kompetencje zawodowe, cechy osobowości oraz doświadczenie życiowe. Ponadto nie działa on w izolacji, ale pozostaje pod wpływem zróżnicowanego środowiska społecznego i zawodowego. Z kolei w przypadku chorego istotne są jego informacje na temat różnych chorób, a szczególnie jego własnej, a także szpitala, badań diagnostycznych czy zabiegów leczniczych. Nie bez znaczenia jest oczywiście osobowość pacjenta oraz schematy poznawcze stosunków międzyludzkich. Ich treść zależy w dużym stopniu od poczynionych wcześniej obserwacji, np. w trakcie dotychczasowych kontaktów z lekarzami. Na kształtowanie się relacji lekarz–pacjent istotny wpływ ma również sytuacja diagnostyczno-terapeutyczna. Składają się na nią kroki zmierzające do postawienia diagnozy lekarskiej, postępowanie terapeutyczne i rehabilitacyjne. Sytuację tę kształtuje wreszcie instytucja, w której chory się znajduje – najczęściej jest to szpital czy poradnia – jej środowisko materialne, struktura organizacyjna, a przede wszystkim ludzie przebywający na jej terenie i tworzący ogólną atmosferę<sup>29</sup>.

Sprawą fundamentalną w relacji lekarz–pacjent jest prawda, że spotykają się zawsze dwie osoby. A to oznacza, że przysługują im takie same prawa i obydwaj zasługują na bezwarunkową afirmację, ponieważ są istotami ludzkimi. Prawa osoby przysługują w równym stopniu lekarzowi i pacjentowi. Nie ma tu istotnego znaczenia, czy lekarz jest mniej lub bardziej wykwalifikowany, kulturalny

<sup>28</sup> Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 2; por. także R. Otowicz, *Etyka życia. Bioetyczny i teologiczny kontekst problematyki życia społecznego*, Kraków 1998, s. 66-67.

<sup>29</sup> Por. M. Wrężel, *Relacja lekarz–chory*, w: *Encyklopedia bioetyki*, s. 491.

i sympatyczny; jako osoba jest podmiotem praw i obowiązków, które odpowiadają jego ludzkiej godności. Podobnie każdy pacjent bez względu na jego cechy intelektualne i moralne, wiek, płeć czy rasę, jest osobą zasługującą na bezwarunkową afirmację. Ponieważ zaś wszelkie czyny dotyczące drugiego człowieka mają wymiar moralny, dlatego – zarówno lekarz, jak i pacjent – muszą dokonać wyboru określonych wartości oraz postępować w odniesieniu do ich hierarchii<sup>30</sup>. A zatem w interesie sprawiedliwości, skuteczności oraz harmonijnej współpracy niezmiernie istotne jest – zarówno dla lekarza, jak i pacjenta – aby respektowali oni swoje prawa i indywidualne role. Chory nie może zapominać, że lekarz, pełniąc wobec niego funkcję służebną, nie jest jednak jego niewolnikiem, choć pozostaje oczywiście prawdą, że celem jego działania jest jak najlepsza służba pacjentowi, nawet jeśli jego decyzje nie zawsze są widziane w takim świetle. Z drugiej strony lekarz świadom swej wiodącej roli w tych wzajemnych odniesieniach musi też pamiętać, że nie ma władzy nad pacjentem, nie istnieje bowiem nic takiego, jak „lekarские rozkazy”, są to raczej rady<sup>31</sup>.

W odniesieniu do chorych lekarz winien niewątpliwie okazywać wielką cierpliwość i wyrozumiałość. Cechy te będą mu potrzebne już przy badaniu pacjenta, postawieniu diagnozy, ale także w czasie terapii. Nie może więc żałować czasu na spokojną, wyważoną rozmowę z chorym, w duchu życzliwości i zrozumienia. W czasie tej rozmowy powinien go wysłuchać, podnieść na duchu, uspokoić, a w najtrudniejszych sytuacjach – także natchnąć umiarkowanym optymizmem. Rozmowa z chorym winna przybierać zatem charakter szlachetnego dialogu, w którym lekarz stara się pełnić funkcję mądrego i życzliwego opiekuna, a nawet w pewnym sensie – ojca. Byłoby właściwe, aby ten czynnik „ojcostwa” dochodził do głosu szczególnie w odniesieniu do pacjentów niepełnosprawnych. W życiu codziennym bowiem nie brakuje im cierpień i upokorzeń nawet wtedy, gdy nie są chorzy. Jeśli do tego dojdzie choroba, wówczas jest im szczególnie ciężko. Dlatego w relacjach z takimi osobami dobrze jest pamiętać o starej, rzymskiej zasadzie: *res sacra miser* (biedny – rzeczą świętą). Chociaż wydaje się, że taki napis można by umieścić na wszystkich szpitalach czy klinikach<sup>32</sup>, ponieważ systematyczny, codzienny kontakt z ludzkim cierpieniem, co jest nieustannym doświadczeniem pracowników służby zdrowia, może wpływać na ich zobojętnienie, znieczulenie czy wręcz rozdrażnienie. Stwarza to sytuację zagrożenia, której należy przeciwdziałać, dążąc do nabycia takiego stosunku do cierpienia, aby go móc przekształcić w postawę szacunku wobec różnych przejawów bólu. Taka umiejętność pozwala zobaczyć cierpienie jako element rozwoju

<sup>30</sup> Por. W. Terlecka, *Lekarz–pacjent, spotkanie dwóch sumień i dwóch wolności*, w: *W poszukiwaniu prawdy*, z. 7: *Godność – utracona?* red. M. Renkielska, Kielce 1999, s. 11-12.

<sup>31</sup> Por. H. P. Dunn, *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*, tłum. B. Opolska-Kokoszka, M. Namysłowska, Tarnów 1997, s. 56-57.

własnej i cudzej osobowości oraz wyzbyć się wszelkich form braku wrażliwości. Codziennosc pokazuje, że ludzie z postawą otwartą w stosunku do innych mają pozytywny wpływ na przyspieszoną twórczą integrację każdego środowiska, w którym przebywają<sup>33</sup>.

Chory natomiast podchodzi zazwyczaj do swego lekarza z dużym zaufaniem. Dostrzega w nim fachowca, który go może wyleczyć – a jednocześnie pragnie, by okazał się kimś, kto go zrozumie i zechce we wszystkim pomóc. Często jednak tłem tej postawy jest raczej bierne oczekiwanie, na zasadzie „zróbcie coś ze mną”. Poza tym w świadomości chorego funkcjonuje pewna ambiwalencja: z jednej strony wdzięczność za leczenie oraz wkładany w nie wysiłek, a z drugiej odczucie, że lekarze nie mają dla niego czasu i rozmawiają ze sobą niezrozumiałym dla niego językiem. W zwyczajnych warunkach wypowiedane słowo służy wzajemnemu porozumieniu; bez słowa nie jest możliwe rzeczywiste spotkanie między ludźmi. Chorzy natomiast odnoszą niekiedy wrażenie, że lekarze mają ważniejsze sprawy na głowie niż odpowiadanie na ich pytania. To sprawia, że po krótkiej wizycie lekarskiej nadal męczą się ze swymi problemami i wątpliwościami. Dlatego lekarze winni pamiętać, że to oni są często najlepszym lekarstwem dla swoich podopiecznych i że leczenie musi się opierać na międzyludzkim spotkaniu, gdzie priorytetem jest troska o chorego jako człowieka. Niestety, sam sposób funkcjonowania szpitala, a ponadto zawodowa rutyna czy brak przygotowania przeszkadzają niekiedy lekarzom w przyjęciu takiej postawy troski o człowieka<sup>34</sup>. Tymczasem wydaje się, że jedną z najważniejszych rzeczy w medycynie jest umiejętność nawiązywania kontaktu z pacjentem. Szkoda jednak, że dzisiaj często tej biegłości brakuje, a przecież troska o realizację zasady *primum non nocere* winna przejawiać się najpierw w indywidualnym podejściu do każdego chorego, i to nie tylko w samym procesie diagnozowania i leczenia, ale także w kontakcie lekarza z pacjentem. Lekarz, który zna swego podopiecznego, będzie też lepiej wiedział, jakich informacji dotyczących choroby powinien mu udzielić. Podmiotowe traktowanie chorego staje się więc nie tylko podstawowym postulatem etycznym, ale wręcz obowiązkiem lekarza oraz innych pracowników szeroko rozumianej służby zdrowia<sup>35</sup>.

W świetle tego personalistycznego spojrzenia na człowieka chorego istotne jest rozróżnienie między paternalistycznym a partnerskim modelem relacji, jakie zachodzą pomiędzy lekarzem i pacjentem. Termin „paternalizm” oznacza trakto-

<sup>32</sup> Por. S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Katowice 1994, s. 72-73; także T. Ślipko, *9 dylematów etycznych*, Kraków 2010, s. 29-30.

<sup>33</sup> Por. K. Osińska, *Twórcza obecność chorych*, Warszawa 1980, s. 134.

<sup>34</sup> Por. H. Pera, *Sam nie podołam*, s. 184-185.

<sup>35</sup> Por. A. Bohdanowicz, *Czy etyka lekarska nadal obowiązuje?*, w: *Credidimus caritati. Księga pamiątkowa dedykowana Księżom Profesorom Ryszardowi Figłowi i Tadeuszowi Haneltowi w 70. rocznicę urodzin*, red. M. Olczyk, P. Podeszwa, Gniezno 2010, s. 32.



wanie osoby tak, jak ojciec postępuje wobec swoich dzieci. Takie postępowanie ogranicza wolność jednostek bez ich zgody, usprawiedliwiając to obawą, aby nie zrobili sobie krzywdy, lub chęcią zapewnienia im korzyści. W medycynie zasada paternalistyczna polega na podporządkowaniu się chorego lekarzowi z podkreśleniem wielkiego autorytetu tego ostatniego. Ta zasada obowiązywała w tradycyjnych kodeksach etyki lekarskiej. Przykładem może tu być przysięga Hipokratesa, która wskazywała jedynie na powinności lekarza, nic nie mówiąc o prawach chorego. Zwolennicy tego modelu relacji lekarz–pacjent przytaczają argument, że lekarz winien czynić wszystko, co tylko możliwe, dla dobra chorego, a ten z kolei nie jest zdolny do podejmowania decyzji dotyczących problemów medycznych. Współcześnie czysto paternalistyczne przyznanie prawa do decydowania wyłącznie lekarzowi z pominięciem, a nawet wbrew opinii pacjenta, wydaje się moralnie nie do przyjęcia<sup>36</sup>. Paradoxem jest bowiem wyłączenie chorego ze współdecydowania właśnie tam, gdzie chodzi o sprawy dla niego najważniejsze – sprawy zdrowia i życia. Takie podejście narusza godność i prawo pacjenta do niezależności i wolnego wyboru, jest więc pogwałceniem zasady moralnej wyższego rzędu. Tradycyjne ogólne zasady: „dobro chorego najwyższym prawem” czy „przede wszystkim nie szkodzić”, oczywiście obowiązują, ale „dobro” i „szkoda” mogą być inaczej rozumiane przez lekarza, a inaczej przez pacjenta. Autorytet lekarza jest naturalnie uzasadniony w medycznych sprawach procesu leczenia, choć i on także nie ma charakteru bezwarunkowego. (Lekarz jako ekspert przecież także może się mylić). Jednakże próby rozciągnięcia lekarskiego autorytetu w podobnym zakresie na sferę związanych z leczeniem wartości odmiennych od czysto „technicznych” stanowią w istocie nadużycie tego autorytetu<sup>37</sup>.

Tymczasem w modelu partnerskim pacjent uzyskuje możliwie pełną informację, a ostateczny wybór sposobu leczenia wymaga jego zgody. Rzeczą lekarza-eksperta jest natomiast przekonać pacjenta. Mądry i budzący zaufanie swą postawą lekarz zazwyczaj potrafi tego dokonać. Tylko taka partnerska relacja, gdzie najważniejsze decyzje podejmuje się wspólnie na podstawie podobnej hierarchii wartości, jest godnym polecenia modelem relacji lekarz–pacjent. Gdy bowiem podstawowe cele są jednakowo rozumiane w atmosferze wzajemnego zaufania, pacjent nie musi martwić się o inne mniej ważne decyzje, zdaje się w nich na lekarza. Jest świadom, że w razie wątpliwości lekarz wysłucha jego opinii. Postawa paternalistyczna, w której lekarz wie wszystko najlepiej i nie potrzebuje się z nikim konsultować, nie wydaje się poprawnym wzorcem relacji lekarz–pacjent<sup>38</sup>. Stąd także wypływa wniosek, że pacjent jako osoba ma prawo do

<sup>36</sup> Por. M. Wręzel, *Relacja lekarz – chory*, s. 495.

<sup>37</sup> Por. F. Zerbe, *Paternalizm w stosunkach lekarz – pacjent*, „Ethos” 1994, nr 1-2(25/26), s. 179.

<sup>38</sup> Por. tamże, s. 180.



pełnych informacji, zarówno co do natury działań klinicznych, jak i bezskuteczności tych działań w obliczu śmierci. Jeszcze bowiem do niedawna wielu lekarzy w duchu paternalizmu było przeciwnych informowaniu pacjenta nie tylko o stanie choroby, ale nawet o zbliżającej się śmierci, obawiając się wywołania rozpacz. Obecnie na podstawie wszelkich przesłanek psychologicznych oraz moralno-prawnych – a szczególnie reguły autonomii pacjenta – uznaje się zasadność otwartości, uczciwości i szczerości w komunikowaniu prawdy choremu. Każdy kontakt z pacjentem może być sposobnością do przekazania krzepiących informacji, otuchy i pociechy, ale również powodem do rozpacz, zwłaszcza wtedy, kiedy informacje są przekazywane w sposób nieumiejętny. Pośpiech personelu czy też jego obojętność w stosunku do niepokoju pacjenta, służbowe i instytucjonalne traktowanie go sprawiają często, że działanie terapeutyczne staje się niewydolne. Gdyby medycyna dbała nie tylko o stan fizyczny pacjenta, ale także o jego stan emocjonalny, z całą pewnością byłaby skuteczniejsza. Jak bowiem pokazują współczesne badania, stan emocjonalny chorego, a w konsekwencji zdolność empatii lekarza czy pielęgniarki, odgrywają niezmiernie ważną rolę w profilaktyce choroby i jej przezwyciężaniu<sup>39</sup>.

\*

W dobie szybkiego postępu medycyny oraz technicyzacji procedur medycznych trzeba nieustannie troszczyć się o właściwe pojmowanie godności pacjenta w relacjach ze służbą zdrowia. Liczne zagrożenia wypływające z podejmowanych prób negacji najważniejszych zasad bioetycznych winny mobilizować pracowników służby zdrowia do starań o zachowanie tych wartości. Zaniedbania w tym względzie spowodują bowiem dalszą dehumanizację medycyny i uderzą najbardziej w ludzi najsłabszych – chorych i cierpiących. Wraz z rozwojem medycyny, wzrastającym poziomem kompetencji lekarzy, poprawą wyposażenia technicznego szpitali, coraz częściej dochodzi do zagubienia podmiotowości pacjenta, którego ujmuje się w kategoriach procedury i opłacalności. To prawda, że nie sposób dzisiaj uniknąć kalkulacji ekonomicznych i stosowania się do zasad rynkowych, nie wolno jednak zapominać, że wzniosła posługa lekarza oraz innych pracowników służby zdrowia nie może przerodzić się w zwykłe kontraktowanie usług. Tam gdzie obiektem troski jest człowiek z całą złożonością i delikatnością swej natury, nigdy nie powinno zabraknąć wrażliwości, empatii, poświęcenia oraz poczucia wyjątkowości posłannictwa lekarza<sup>40</sup>.

---

<sup>39</sup> Por. S. Warzeszak, *Bioetyka w obronie życia człowieka*, Kraków 2011, s. 223-226.

<sup>40</sup> Por. B. Brożek, *Relacje między lekarzem a pacjentem w świetle „Karty Pracowników Służby Zdrowia”*, s. 173.

## SUMMARY

For most people illness is a very difficult existential experience. In the first place illness concerns human body but the whole person suffers, so the body and soul as well. Medical progress makes it possible to cure many illnesses and to relieve suffering. Unfortunately, quite often in medical treatment doctors lose from sight the person as a whole being in dealing with man as with an object. Personal dignity has to be a basic axiological category in the medical profession. When the medical treatment is united with a vision of the good of the whole person the relation of mutual trust begins and medical care could produce better fruits.

**Key words**

health, patient subjectivity, suffering, medical ethics, medical care,  
relation between doctor and patient