

Andrzej Świątkowski, Mariola Szulik,
Katarzyna Wilczek

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze

Rozeznanie w medycynie

Wprowadzenie

W pierwszej chwili sprawa rozeznania w medycynie wydaje się prosta i oczywista. Jest to po prostu wiedza, jak leczyć poszczególne choroby. Ale czy na pewno tylko tyle? Rozeznanie w medycynie, tak jak rozeznanie w każdej innej dziedzinie życia, to szerokie postrzeganie wielu różnych aspektów, ich znajomość oraz rozumienie ich znaczenia w zakresie tego problemu, a w konsekwencji umiejętność podejmowania właściwych decyzji, mających na celu znalezienie optymalnego rozwiązania problemu. Rozeznanie to zatem umiejętność właściwego i optymalnego rozwiązania problemu dzięki rozpoznaniu, to jest znajomości oraz rozumieniu wielu różnych czynników składających się na ten problem. Im pełniejsze rozpoznanie i im lepsza znajomość szeregu pojedynczych elementów i aspektów, tym pełniejsze rozeznanie, czyli większe prawdopodobieństwo znalezienia i wybrania optymalnego

rozwiązania danego problemu „medycznego”. Tak zdefiniowane zagadnienie wskazuje, że rozeznanie w medycynie, kwestia z pozoru prosta, wręcz oczywista, bo będąca wiedzą o leczeniu choroby, staje się problemem bardzo złożonym.

Rozeznanie w powołaniu

Rozeznanie w medycynie to przede wszystkim rozeznanie w powołaniu. Medycyna to specyficzna służba, pełniona przez człowieka dla człowieka, gdzie podmiotem służby jest osoba cierpiąca. Kwestia rozeznania w medycynie dotyczy więc stosunkowo wczesnego okresu ludzkiego życia, gdyż pojawia się już na etapie wyboru szkół, wykształcenia i zawodu. Wówczas pomocne w rozeznaniu staje się udzielenie odpowiedzi na pytania: „Czy chcę być medykiem? Czy mogę, czy mam predyspozycje, warunki, możliwości, aby być medykiem? Jakim medykiem? Lekarzem? Pielęgniarem? Ratownikiem medycznym? Rehabilitantem? Laborantem? Opiekunem? Niezależnie od wyboru profesji, wszystkie te osoby powinny mieć pewne cechy wspólne, ponieważ istotą i sensem działania każdej z nich jest służba cierpiącemu człowiekowi. Jednocześnie medycy powinni różnić się pewnymi cechami, gdyż nie wykonują identycznych czynności i nie pracują w identycznych okolicznościach. Aby znaleźć właściwą odpowiedź na pytania – czy chcę być medykiem i jakim medykiem – należy dokonać możliwie pełnego rozeznania, przynajmniej w dwóch kwestiach. Pierwsza to znajomość i świadomość własnej osoby oraz własnej osobowości, czyli wad, zalet, predyspozycji i skłonności, czyli trzeba mieć możliwie pełne rozeznanie w tym, jaki jestem. Druga to świadomość „wymaganej” osobowości medyka oraz jego warunków pracy. Oznacza to możliwie pełne rozeznanie w kwestii tego, jaki powinienem być i jak powinienem się zachowywać, jak powinienem reagować jako medyk. Bardzo ważne wydaje się tu podkreślenie faktu, że w tym poszukiwaniu swojego miejsca w medycynie chodzi o to, aby znaleźć to najbardziej odpowiednie dla siebie. Niekoniecznie miejsce najbardziej prestiżowe,

najlepiej widoczne, ale takie, w którym najlepiej wykorzystamy własne zalety i możliwości, w którym będziemy najbardziej wartościowi dla pacjentów. Niezwykle istotną cechą, którą powinien wykazywać się medyk, jest empatia. Jest to zdolność odczuwania emocji innych ludzi i rozumienia ich sposobu myślenia¹. Wyrazem empatii jest więc okazywanie zrozumienia dla drugiego człowieka, cierpliwości i akceptacji jego osobistych przekonań. Efektem empatii jest emocjonalne zaangażowanie się medyka w problem pacjenta. Oczywiście jest zatem, że medyk powinien być empatyczny. W rzeczywistości jednak niezwykle istotna jest nie tylko empatia, ale również asertywność. Asertywność jest zdolnością dbania o jak najlepsze zaspokojenie swoich potrzeb, ale z poszanowaniem zdania i potrzeb innych ludzi²; jest to domaganie się respektowania swoich praw, ale nie kosztem innych. W rezultacie empatia determinuje otwarcie medyka na pacjenta, jest dobrem dla pacjenta, natomiast asertywność ogranicza przed nadmiernym, niezdrowym zaangażowaniem się, a więc jest dobrem dla medyka. Świadomość własnych poziomów empatii i asertywności zdecydowanie ułatwia znalezienie optymalnego miejsca dla własnej osoby w bardzo rozwiniętym systemie opieki medycznej.

Kolejnymi istotnymi cechami są decyzyjność oraz odpowiedzialność, rozumiane nie jako łatwość dokonywania wyborów i podejmowania decyzji, ale jako rozeznanie, czyli umiejętność znajdowania optymalnych rozwiązań oraz przewidywania i przyjmowania ich konsekwencji. Kolejną cechą, ważną w rozeznaniu w powołaniu, jest pokora, która nie tylko pozwala na stawianie pytań i szukanie porady w razie wątpliwości, lecz nade wszystko chroni przed popadnięciem w poczucie nieomyślności i motywuje do nieustannego zgłębiania wiedzy klinicznej. Bardzo ważna jest świadomość ciągłego, coraz szybszego i nieustającego postępu wiedzy medycznej. Rozwój ten sprawia, że nawet wspaniale wykwalifikowany, wysokiej klasy lekarz, specjalista,

¹ *Empatia*, w: *Słownik języka polskiego*; <https://sjp.pl/empatia> (dostęp: 21.09.2018).

² *Asertywność*, w: *Słownik języka polskiego*; [https://sjp.pl/asertywność](https://sjp.pl/asertywnosc) (dostęp: 21.09.2018).

do samego końca swojej aktywności zawodowej pozostaje jednocześnie uczniem, bez końca zdobywającym wiedzę i zdającym, niemal każdego dnia, egzamin. Warto w tym wszystkim pamiętać słowa doktora Normana Mc Swain'a: „Poszkodowani nas nie wybierają. Pojawiają się na naszej drodze w wyniku chorób, urazów i obrażeń, które wymagają naszej pomocy. My natomiast świadomie zdecydowaliśmy się ich ratować. Wybraliśmy ten zawód, a nie inny. Chcąc wykonywać go bezbłędnie, powinniśmy czytać i uczyć się każdego dnia... I musimy albo przyjąć na siebie tę odpowiedzialność albo zrezygnować”³. Jest to chyba jeden z najsłynniejszych i najpiękniejszych cytatów o relacji pomiędzy osobą wykonującą zawód medyczny i pacjentem, mówiący o świadomej odpowiedzialności, jaką przyjmujemy na siebie, rozpoczynając drogę zawodową, postanawiając zostać lekarzem, ratownikiem medycznym, pielęgniarką, rehabilitantem itp.

Podsumowując kwestię rozeznania w powołaniu, należy podkreślić, że medycyna chociaż jest profesją szczególną, nie jest zarezerwowana jedynie dla ludzi wyjątkowych, swego rodzaju bogów. Jest to wyjątkowa „sztuka rozeznania”, w której empatia, asertywność, decyzyjność, odpowiedzialność i pokora charakteryzują ludzi szczególnie predysponowanych do służby człowiekowi dotkniętemu chorobą i cierpieniem. Natomiast świadomość własnej osobowości, zarówno predyspozycji, jak i ograniczeń, umożliwia znalezienie właściwego dla siebie miejsca w złożonej strukturze świata medycznego, a więc pozwala odpowiedzieć na pytanie, jakim medykiem. Lekarz jest postacią szczególną w strukturze medycyny, rozumianej jako złożony, wieloelementowy system. Będąc na szczycie tej struktury, stanowi jednocześnie jej podstawę. Aczkolwiek należy w tym miejscu podkreślić, że nie trzeba być nikim ważnym w medycynie jako systemie, aby być bardzo ważnym w leczeniu pacjenta. Z przymrużeniem oka można to podsumować słowami znanego paryskiego klinicysty Armanda Trousseau, który, zapytany o to, co trzeba posiadać, by mieć praktykę w zawodzie lekarskim,

³ Norman Mc Swain, MD (1937–2015) Pre-hospital Trauma Life Support. 1994 (preface)

odpowiedział: „Dużo zdrowego rozsądku, nieco taktu i odwagi. A wiedza? Wiedza? Owszem, może niekiedy być pożyteczna...”⁴.

Rozeznanie w sztuce medycznej

Drugą bardzo istotną kwestią jest rozeznanie w sztuce medycznej. Dzisiejszy świat pędzi z niesamowitą prędkością. Pośpiesznie czytamy newsy, a nie zagłębiając się w treść artykułów. Piszemy sms-y, ale już nie listy. Ważne jest szybciej i więcej, gdyż to warunkuje lepszą wydajność, wyższą efektywność. Na pierwszy plan wysuwa się coraz bardziej wymierna, łatwo policzalna i porównywalna ilość, na plan dalszy natomiast zdecydowanie schodzi trudniej mierzalna jakość. W świecie rezultatów, sukcesów, statystyk i porównań większą uwagę zyskują wartości wymierne (ilość) niż te niewymierne (jakość). Efektem tego pośpiechu jest powierzchowność. Zjawisko to, obecne także w medycynie, bardzo często przyczynia się do upraszczania diagnostyki i spływania kontaktu z pacjentem. Szukamy badań, parametrów, które pojedynczo, same z siebie, dadzą nam trafne rozpoznanie. Choć oczywiście jest, że nie ma w medycynie parametru, który w pojedynkę pozwoliłby postawić prawidłową diagnozę lub ostatecznie wykluczyć wstępne rozpoznanie. W rezultacie tego pośpiechu i powierzchowności proces diagnostyczno-terapeutyczny zostaje zredukowany do rozpoznania choroby i zastosowania przewidzianego przez wytyczne leczenia. Na nieszczęście, podmiotem w tym procesie staje się choroba, problem zdrowotny pacjenta, podczas gdy podmiotem powinien pozostać pacjent, chory człowiek. Prawidłowe rozeznanie w procesie diagnostyczno-terapeutycznym powinno zatem obejmować szersze spojrzenie na człowieka, które zapewni indywidualne i personalistyczne podejście do pacjenta. Pierwsza kwestia, to pacjent, a więc udzielenie sobie, jako lekarzowi, odpowiedzi na pytania: kto choruje, cierpi, kogo diagnozujemy, leczymy. Dopiero druga kwestia dotyczy tego, co wymaga leczenia,

⁴ W. Ziętkiewicz, *Wybrałem medycynę*, [w:] *Pamiętniki lekarzy*, Warszawa 1968, s. 775.

co jest powodem dolegliwości i zachorowania. Trzecia kwestia to cel terapii, a więc świadomość, do czego zmierzamy i co, jaki realny stan, chcemy i jednocześnie jesteśmy w stanie osiągnąć. Dopiero na czwartym, ostatnim, miejscu w tym całym procesie znajduje się to, czym leczymy i jak leczymy, a nawet – czy leczymy.

Tylko taki schemat postępowania z pacjentem umożliwia dokładne i możliwie pełne rozeznanie problemu chorobowego oraz dobór optymalnego dla konkretnego pacjenta, a nie najlepszego w konkretnej jednostce chorobowej, postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Aby takie postępowanie było możliwe, nie wystarczy jedynie profesjonalna, obszerna wiedza medyczna, która obejmuje znajomość i rozumienie procesów oraz zmian patofizjologicznych i patomorfologicznych zachodzących u chorego człowieka. Bezwzględnie konieczna jest również otwartość na drugiego człowieka, możliwie szerokie spojrzenie i jak najpełniejsze zrozumienie człowieka cierpiącego i oczekującego pomocy, ponieważ istotą sztuki medycznej jest nie tylko sztuka rozpoznawania przyczyn dolegliwości i ich eliminacja lub minimalizacja, nie tylko profesjonalna, specjalistyczna wiedza, lecz także, a może przede wszystkim, aspekt bardziej ludzki, etyczno-moralny, czyli opieka, troska i szacunek dla drugiego człowieka. „Prawdziwym zadaniem medycyny jest [bowiem] w miarę możliwości leczyć, a zawsze zapewnić opiekę”⁵.

Rozeznanie w ograniczoności

Kolejnym, trzecim aspektem rozeznania w medycynie jest rozeznanie w ograniczoności. Każdy medyk jest tylko człowiekiem, istotą omylną. Nie ma on wiedzy absolutnej; wręcz przeciwnie, jego wiedza jest zawsze ograniczona i zawsze subiektywna, bez względu na zajmowaną pozycję. „Gdybyś ty wiedział (...), ile ja się razy w swoim wyro-

⁵ Jan Paweł II, *Człowiek chory zawsze zachowuje swą godność*, 7, https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/chory_godnosc_20032004.html (dostęp: 21.09.2018).

kowaniu lekarskim pomyliłem! Ile razy – bywało – w ciągu roku”⁶. Są to słowa wybitnego lekarza, specjalisty, prof. Andrzeja Szczeklika, który dla wielu osób jest także autorytetem moralnym. W związku z powyższym niektóre decyzje powinny uwzględniać konsultacje innych lekarzy, innych specjalizacji. Natomiast decyzje najtrudniejsze, jak na przykład operacje obciążone wysokim ryzykiem zgonu czy zaniechanie uporczywej terapii, nie powinny być podejmowane jednoosobowo, ale przez kilka osób i tylko w przypadku ich jednomyślności. Takie postępowanie nie zapewnia oczywiście absolutnie pewnego obiektywizmu, ale istotnie zmniejsza subiektywność jednej osoby. Ponadto każdy pacjent jest jedyny i niepowtarzalny, natomiast w swej chorobie jedynie podobny do innych, wymaga indywidualnego podejścia. Wiedza medyczna, wytyczne, jeśli w ogóle są w jakimś temacie dostępne, dają informację, co jest najlepsze statystycznie, w dużej grupie takich chorych. Wytyczne postępowania w danych jednostkach chorobowych są statystyczną analizą opracowywaną na podstawie dużych grup pacjentów, które nie obejmują zazwyczaj najstarszych chorych, a więc są to grupy, które nierzadko odbiegają od realnej codzienności. Ponadto, wybierając jedną opcję terapeutyczną, jeden sposób postępowania, nie da się później porównać, czy był on na pewno optymalny dla tego pacjenta, czy jakaś inna opcja nie byłaby lepsza. Pozostaje nam tylko przekonanie albo wątpliwość. Tym ważniejsze wydaje się rozeznanie, szerokie spojrzenie i wzięcie pod uwagę wielu różnych aspektów, w tym prawidłowe zdefiniowanie, ustalenie dobra każdego pojedynczego pacjenta. Aby określić to dobro pacjenta, warto oprzeć się nie tylko na posiadanej przez nas wiedzy medycznej i obiektywnych faktach. Niezwykle pomocne będzie nie tylko medyczne spojrzenie na pacjenta, ale także bardziej zwykłe, ludzkie. Najlepszą radą jest jedna z osiemnastu zasad opieki nad pacjentem, opracowanych przez cytowanego już wcześniej Normana Mc Swain’a: *Treat the patient as if they were your mother*,

⁶ A. Szczekliki, *Katharsis*, Kraków 2002, s. 100.

father or child, co należałoby przetłumaczyć: „Lecz pacjenta tak, jakby był Twoją matką, ojcem lub dzieckiem”.

Rozeznanie w prawach fundamentalnych

Tak nakreślone rozważania podprowadzają do postawienia kolejnych pytań: Cóż więc powinno być celem w medycynie? Do czego zespół medyczny powinien dążyć? W ten sposób wyłania się czwarty aspekt rozeznania w medycynie, czyli rozeznanie w prawach fundamentalnych. Czemu ono służy? Najlepszej odpowiedzi zdaje się udzielać Hipokrates: *Salus aegroti suprema lex* oraz *Primum non nocere*. Pierwszy passus wskazuje, że największą wartością, prawem w medycynie jest *Salus aegroti*. W języku polskim możemy spotkać dwa, podobne, ale niejednakowe, tłumaczenia tych słów. Jednym z nich jest „zdrowie chorego”, natomiast drugim „dobro chorego”. Które jest właściwsze?

Salus była w starożytnym Rzymie boginią, personifikacją szeroko pojętego dobrostanu: zdrowia, bezpieczeństwa i pomyślności⁸. Utożsamiana jest z boginią Higieją, która w mitologii greckiej była córką boga sztuki lekarskiej Asklepiosa (rzymski Eskulap) i uosobieniem zdrowia⁹. Z kolei tak zwana Przysięga Hipokratesa (tak zwana, ponieważ w rzeczywistości została opracowana nie przez samego Hipokratesa, ale przez jego uczniów), czyli zestaw zasad obowiązujących lekarza w czasach starożytnych, nakazuje nie tylko staranie o życie, zdrowie i o pożytek dla pacjenta, ale także troskę o jego bezpieczeństwo, dobre imię oraz poszanowanie jego ciała, a nawet ochronę jego osoby przed szkodą i krzywdą¹⁰. We współczesnych nam czasach absolwenci kierunku lekarskiego składają przyrzeczenie lekarskie, bardzo często mylone z Przysięgą Hipokratesa, które nakazuje lekarzom „służyć życiu

⁷ N. Mc Swain: *Mc Swain's Rules of Patient Care*, regionstrauma.org/blogs/mc-swains_rules.pdf, (dostęp: 12.10.2018).

⁸ P. Grimal, *Słownik mitologii greckiej i rzymskiej*, Wrocław 2008, s. 317.

⁹ P. Grimal, *Słownik mitologii greckiej i rzymskiej*, s. 149.

¹⁰ J. Gula, *Przysięga Hipokratesa: nota od tłumacza i tekst*, Rzym–Lublin 1991, s. 193–197.

i zdrowiu ludzkiemu; [...] a chorym nieść pomoc [...], mając na celu wyłącznie ich dobro [...]”¹¹. Najwłaściwszym tłumaczeniem słów *Salus aegroti* wydaje się więc „dobro chorego”. Również w języku angielskim łacińskie słowo *Salus* jest tłumaczone raczej jako *well-being* („dobre samopoczucie”, „pomyślność”) oraz *welfare* („pomyślność”, „opieka”) aniżeli *health* („zdrowie”).

Wbrew pozorom powyższe rozważania nad właściwym, najbardziej trafnym, znaczeniem zwrotu *Salus aegroti* nie stanowią czystego teoretyzowania, ale niosą za sobą istotne konsekwencje w dzisiejszym świecie, w aspekcie aborcji, eutanazji oraz uporczywej terapii. Niemal we wszystkich krajach, choć w różnym stopniu, aborcja, a w niektórych państwach również eutanazja, są praktykami zalegalizowanymi, dopuszczalnymi w aspekcie prawnym. Jednakże w aspekcie etyczno-moralnym praktyki te są niedozwolone. Wbrew pozorom niedopuszczalność tych praktyk, aborcji i eutanazji, nie jest wytworem Kościoła katolickiego, czy nawet kultury chrześcijańskiej. Już w czasach starożytnych kwestie aborcji i eutanazji bardzo wyraźnie regulowała tzw. Przysięga Hipokratesa: „Nikommu, nawet na żądanie, nie podam śmiertelnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewieście środka na poronienie”¹². Jak widać, w aspekcie etyczno-moralnym kwestie aborcji i eutanazji jako czynności lekarskich czy w ogóle medycznych zostały jednoznacznie sprecyzowane już w kulturze starożytnej i następnie utrzymane w kulturze chrześcijańskiej. W związku z powyższym w tym artykule zostają one jedynie wspomniane, bez dalszej dyskusji.

Sprawą dużo bardziej skomplikowaną i zdecydowanie mniej oczywistą jest natomiast kwestia terapii daremnej, uporczywej. Jest ona dużo trudniejsza, mniej oczywista, wymaga istotnie głębszej analizy i pełniejszego rozeznania. W czasach starożytnych, jak i wczesnochrześcijańskich uporczywa terapia nie stanowiła problemu ani społecznego, ani etyczno-moralnego, ani problemu w ogóle. W porównaniu z dniem

¹¹ Kodeks Etyki Lekarskiej, <https://www.nil.org.pl>, (dostęp: 21.09.2018).

¹² Przysięga Hipokratesa, <https://pl.m.wikipedia.org> (dostęp: 21.09.2018).

dzisiejszym ówczesna wiedza medyczna była zdecydowanie uboższa, a możliwości terapeutyczne nieporównywalnie mniejsze, zaś możliwości sztucznego podtrzymywania czynności życiowych żadne. Tak więc zastosowanie terapii w przypadku jakiegokolwiek choroby kończyło się albo wyleczeniem chorego, albo samouzdrowieniem pacjenta, albo jego zgonem. Dzisiejsza medycyna, dzięki postępowi, który nastąpił na przestrzeni około 2500 lat, a szczególnie w wyniku postępu technologicznego ostatniego stulecia, stała się sztuką wyposażoną w bardzo zaawansowane urządzenia, pozwalające utrzymywać przy życiu i leczyć pacjentów będących w stanach kiedyś beznadziejnych, poprzez możliwość zastępowania funkcji narządów życiowo ważnych, takich jak płuca, serce, nerki czy wątroba. Niemniej jednak główna idea sztuki medycznej pozostaje w swej istocie, pomimo upływu 2500 lat, niezmienna. Jest nią dobro chorego, czyli *Salus aegroti* według Hipokratesa; zasada „strzec życia ludzkiego i służyć mu” według Jana Pawła II¹³; „służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu, [...] a chorym nieść pomoc [...], mając na celu wyłącznie ich dobro [...]” jak mówi Przyrzeczenie Lekarskie¹⁴. Istotą jest więc ludzkie życie, życie człowieka od jego zarnia, aż po kres. Oznacza to, że tak jak narodziny człowieka, a właściwie jego poczęcie, tak samo i śmierć człowieka jest wprawdzie szczególnym momentem życia, ale nierozzerwalnie z nim związanym. Życie ludzkie jawi się więc jako nienaruszalna świętość, której należy jest, w każdym przypadku, szacunek. Oznacza to, że umieranie jest elementem życia, ostatnim etapem życia doczesnego, który tak jak życie człowieka w ogóle, nie może być pozbawione godności.

W tym miejscu należy wyjaśnić różnicę między eutanazją a terapią daremną lub uporczywą oraz jej zaniechaniem. *Słownik języka polskiego* definiuje eutanazję jako „zabicie człowieka nieuleczalnie chorego na jego żądanie pod wpływem współczucia dla niego”¹⁵. Z kolei *Evan-*

¹³ Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 89.

¹⁴ Kodeks Etyki Lekarskiej, <https://www.nil.org.pl> (dostęp: 21.09.2018).

¹⁵ Eutanazja, w: *Słownik języka polskiego*, <https://sjp.pl/eutanazja> (dostęp: 21.09.2018).

gelium vitae Jana Pawła II określa eutanazję jako „czyn lub zaniedbanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia”¹⁶. Podkreślić należy, że intencją tych czynności jest przyspieszenie i bezpośrednie spowodowanie śmierci w celu skrócenia cierpienia. Z kolei termin „terapia daremna” wywodzi się ze współczesnej literatury medycznej, jest tłumaczeniem angielskiego zwrotu: *futile therapy* i określa podejmowanie czynności terapeutycznych, które nie ratują życia pacjenta, a jedynie podtrzymują je wobec nieuchronnej śmierci. Natomiast termin „terapia uporczywa” w swoim dosłownym znaczeniu jest bardzo rzadko stosowany w anglojęzycznej literaturze medycznej, pojawia się natomiast w polskim tłumaczeniu Karty Pracowników Służby Zdrowia wydanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia z 1995 oraz w nowej jej wersji z 2017 roku¹⁷, a także w Kodeksie Etyki Lekarskiej¹⁸. Termin „terapia uporczywa” w mniejszym stopniu podkreśla bezcelowość i daremność leczenia, bardziej uwypuklając rezultat takiego leczenia, jakim jest sztuczne i uporczywe przedłużanie procesu umierania, cierpienia lub agonii pacjenta. W praktyce, pomimo dających się wyczuć pewnych różnic pomiędzy pojęciem terapii daremnej i terapii uporczywej, zwroty te należy uznać za synonimy. Powstrzymanie się przed zastosowaniem terapii daremnej czy uporczywej u pacjenta w stanie terminalnym, kiedy śmierć staje się nieuchronna, ma więc na celu nieingerowanie w naturalny proces umierania. Bardzo istotną różnicą między eutanazją a zaniechaniem terapii uporczywej, różnicą, którą należy szczególnie uwydatnić, jest intencja obu czynności: czynne spowodowanie śmierci w przypadku eutanazji *versus* powstrzymanie się przed przedłużaniem naturalnego procesu umierania w przypadku terapii uporczywej czy daremnej, w sytuacjach gdy śmierć jest nieuchronna. Rezygnacja z daremnego leczenia stanowi akceptację stanu pacjenta

¹⁶ Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 89.

¹⁷ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia, 149.

¹⁸ Kodeks Etyki Lekarskiej, <https://www.nil.org.pl> (dostęp: 21.09.2018).

oraz ograniczonych możliwości leczniczych współczesnej medycyny, ale jednocześnie umożliwia skupienie uwagi na zachowaniu godności umierania. Pewnym paradoksem wydaje się fakt, że eutanazja jest najbardziej spopularyzowana, a nawet prawnie zaakceptowana w krajach wysoko rozwiniętych, czyli dysponujących największymi możliwościami terapeutycznymi, w tym terapiami przeciwbólowymi oraz oferujących swoim obywatelom najlepszy dostęp do opieki medycznej, w tym paliatywnej. Należy w tym miejscu wyjaśnić, że zaniechanie terapii uporczywej nie oznacza pozostawienia umierającego, i często cierpiącego, człowieka samemu sobie. Zgodnie z zasadą, według której „prawdziwym zadaniem medycyny jest w miarę możliwości leczyć, a zawsze zapewniać opiekę”¹⁹ chorzy terminalni do końca swego życia powinni pozostawać pod opieką medyczną, której celem pozostaje ich dobro. W tym momencie staje się nim zniesienie lub przynajmniej złagodzenie cierpienia i uzyskanie możliwie maksymalnego komfortu ostatnich dni człowieka. Oznacza to żywienie tych chorych, pojenie lub nawadnianie, utrzymanie właściwej higieny oraz zwalczanie wszelkich rodzajów cierpienia, przede wszystkim bólu, gorączki, a także lęku.

Wracając do kwestii rozeznania w medycynie, znajomość i rozumienie praw fundamentalnych, a więc zasad zawartych między innymi w takich dokumentach jak Przysięga Hipokratesa, encyklika *Evangelium vitae*, Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia, Kodeks Etyki Lekarskiej umożliwia medykom znalezienie optymalnych opcji terapeutycznych, w tym właściwej opieki medycznej, które będą służyły życiu, gwarantowały chorym należne im prawa, w tym również prawo godnego umierania. Pod pojęciem godnego umierania, godnej śmierci należy rozumieć wiele różnych, wspomnianych powyżej aspektów, a także właściwy sposób rozmowy z pacjentami, a także ich bliskimi, w tym prawo do informacji. Dotyczy to oczywiście pacjentów z zachowaną świadomością. Mają oni prawo do pełnej informacji na temat swojego stanu zdrowia, w tym rokowania. Za niewłaściwe uznaje się okłamywanie pacjenta, wzbudzanie w nim fałszywych i nierealnych

¹⁹ Jan Paweł II, *Człowiek chory zawsze zachowuje swą godność*, 7.

nadziei. W kwestii zaniechania uporczywej terapii i zapewnienia godnej śmierci również nieakceptowaną postawą lekarzy jest tak zwana medycyna obronna, „w której pracownicy służby zdrowia modyfikują swoją praktykę zawodową, dostosowując ją wyłącznie do uchronienia się przed prawnymi skutkami swojej działalności”²⁰.

Kierowanie się w rozeznawaniu prawdą obiektywną, czyli dobrem prawdziwym dla danego chorego w danych okolicznościach, jest okazywaniem najwyższego szacunku życiu i jego świętości. „Szczególna odpowiedzialność spoczywa na personelu służby zdrowia: lekarzach, farmaceutach, pielęgniarkach i pielęgniarzach, kapelanach, zakonnikach i zakonnicach, pracownikach administracyjnych i wolontariuszach. Ich zawód każe im strzec ludzkiego życia i służyć mu. W dzisiejszym kontekście kulturowym i społecznym, w którym nauka i sztuka medyczna zdają się tracić swój wrodzony wymiar etyczny, mogą doznawać oni często silnej pokusy manipulowania życiem, z czasem wręcz powodowania śmierci. Wobec istnienia takiej pokusy wzrasta niezmiernie ich odpowiedzialność, która znajduje najgłębszą inspirację i najmocniejsze oparcie właśnie we wrodzonym i niezbywalnym wymiarze etycznym zawodu lekarskiego, o czym świadczy już starożytna, ale zawsze aktualna Przysięga Hipokratesa, według której każdy lekarz jest zobowiązany okazywać najwyższy szacunek życiu ludzkiemu i jego świętości²¹. Innymi słowy lekarz jest swego rodzaju adwokatem pacjenta broniąc go przed tym, aby ten nie stał się ofiarą postępu medycyny, osobą pozbawioną godnej śmierci w wyniku wysoce specjalistycznego leczenia, prowadzonego za pomocą bardzo specjalistycznych urządzeń, prowadzonego przez grupę wysoce wykwalifikowanych specjalistów, w której to grupie nie będzie ani jednego człowieka. Parafrazując jedną z uprzednio już wspomnianych zasad opieki nad pacjentem dokto-

²⁰ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, 77.

²¹ Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 89.

ra Normana McSwain'a: *Work with physiology, not against it*²², można by podsumować powyższe rozważania zdaniem: „Walcząc o pacjenta, walcz z Bogiem, ale nie przeciwko Bogu”.

Zapewnienie pacjentowi nie tylko godnej śmierci, ale także godności i szacunku na każdym etapie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, gwarantuje jednocześnie zachowanie godności i szacunku dla profesji medyka i samego medyka jako człowieka. Istotne więc jest, aby w ciągu całego życia zawodowego, stając się wysokiej klasy specjalistą w swojej części medycyny, od początku być i przez lata pracy pozostać człowiekiem niepozbawionym pokory i szacunku wobec godności osoby ludzkiej.

Podsumowanie

Rozeznanie w medycynie jest z pozoru kwestią jasną i prostą, a w rzeczywistości okazuje się złożona i skomplikowana. W artykule tym, z całą pewnością subiektywnym, temat rozeznania w medycynie nie został wyczerpująco przedstawiony. Ujęto w nim cztery aspekty. Pierwszym jest rozeznanie w powołaniu. Podkreśla ono wagę znajomości i rozumienia osobowości własnej oraz osobowości „wymaganej” medyka, gdyż jest to warunkiem niezbędnym do podjęcia właściwej decyzji w kwestii bycia medykiem i znalezienia swojego miejsca w złożonej strukturze, jaką jest służba zdrowia. Drugim aspektem jest rozeznanie w sztuce medycznej. Oznacza to nie tylko konieczność ciągłego kształcenia i uaktualniania wiedzy medycznej, ale także zachowanie szerokiego, możliwie pełnego spojrzenia na pacjenta. To z kolei jest warunkiem niezbędnym do znalezienia postępowania optymalnie dobrego do pacjenta, a nie jego jednostki chorobowej. Trzeci aspekt to tak zwane rozeznanie w ograniczoności. Bardzo ważna jest świadomość dwóch kwestii: nasze własne oceny są zawsze subiektywne, a podjęte decyzje zazwyczaj nieodwracalne. Pokazuje to, jak ważna jest pokora,

²² N. Mc Swain, *Mc Swain's Rules of Patient Care*, regionstrauma, org/blogs/mcswains_rules.pdf (dostęp: 12.10.2018).

konsultowanie skomplikowanych i trudnych chorych z innymi osobami, najlepiej specjalistami w danej dziedzinie oraz, jak istotne jest podejmowanie najważniejszych decyzji nie jednoosobowo. I czwartym aspektem, być może nawet najważniejszym, jest rozeznanie w prawach fundamentalnych. Jest to warunek niezbędny, aby właściwie zdefiniować dobro chorego, a następnie zastosować optymalne postępowanie, dostosowane do pacjenta jako człowieka, a nie pacjenta jako jednostki chorobowej. Są to wybrane cztery aspekty, być może niekompletne, ale niezwykle ważne. Znajomość ich i rozumienie czyni możliwym nakreślenie prawdziwego dobra chorego, zapewnienie mu nie tylko właściwego leczenia, ale także poszanowania jego godności jako człowieka. Co więcej, gwarantuje również zapewnienie godności profesji medyka oraz samego medyka jako człowieka.

Summary

Discernment in medicine would seem to be a very simple and clear issue, but actually it turns out to be much more complicated and problematic. This article is quite subjective and the matter of discernment in medicine surely has not been presented completely here. There are four aspects of discernment on which to focus. The first is so called discernment in vocation. It stresses the meaning of understanding your own personality and also the “required” personality of a future medical professional, because it is the necessary condition to make proper decisions in the issue of being a medical worker and finding your place in the complex structure of healthcare. The second aspect is discernment in the art of medicine. This means not only continuing to be educated and increasing one’s medical knowledge with modern advancements but also not losing sight of a wholistic insight of the patient. This is a necessary condition in finding the optimal treatment which is compati-

ble to patient and not the disease itself. The third aspect is discernment of one's limitations. It is very important to be aware of two issues: one's own assessments are always subjective and decisions are usually irreversible. This shows how important humility is, as well as a readiness to consult problematic and difficult patients with other professionals. It shows also how vital it is to make the most important decisions as a team. The fourth aspect, possibly the most important, is humility in fundamental rights. It is crucial to properly define the patient's welfare and then to implement the optimal treatment fitted not only to the patient's disease, but to the patient as a human being. These four selected aspects are perhaps not complete but extremely significant. Knowing and understanding them makes it possible to define the patient's real welfare and to provide him with adequate treatment, not only a cure but always care with respect to his dignity as a human being. Moreover, it makes it possible to maintain the dignity of medicine as a profession and the dignity of medical professionals as a human beings.

Keywords: discernment, medicine, welfare, treatment, dignity, life, human-being

Bibliografia

- Asertywność*, [w:] *Słownik języka polskiego*, <https://sjp.pl/asertywność> (dostęp: 21.09.2018).
- Empatia*, [w:] *Słownik języka polskiego*, <https://sjp.pl/empatia> (dostęp: 21.09.2018).
- Eutanazja*, [w:] *Słownik języka polskiego*, <https://sjp.pl/eutanazja> (dostęp: 21.09.2018).
- Grimal P., *Słownik mitologii greckiej i rzymskiej*, Wrocław 2008.
- Gula J., *Przysięga Hipokratesa: nota od tłumacza i tekst*, Rzym–Lublin 1991.

- Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, [w:] *Encykliki Ojca Świętego Jana Pawła II*, Kraków 2014, s. 543–638.
- Jan Paweł II, *Człowiek chory zawsze zachowuje swą godność*, https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/chory_godnosc_20032004.html (dostęp: 21.09.2018).
- Kodeks Etyki Lekarskiej*, <https://www.nil.org.pl> (dostęp: 21.09.2018).
- Mc Swain N., MD (1937-2015) Pre-hospital Trauma Life Support. 1994 (preface).
- Mc Swain N., Mc Swain's Rules of Patient Care, regionstrauma.org/blogs/mcswains_rules.pdf (dostęp: 12.10.2018).
- Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, <https://www.kdsz.pl/wp-content/uploads/dok> (dostęp: 21.09.2018).
- Przysięga Hipokratesa*, <https://pl.m.wikipedia.org> (dostęp: 21.09.2018).
- Spółdzielnia Wydawnicza Czytelnik, *Pamiętniki lekarzy*, Warszawa 1968.
- Szczeklik A., *Katharsis*, Kraków 2002.



Uniwersytet Papieski
Jana Pawła II
w Krakowie