

Aleksander B. Skotnicki

PRAWDA W MEDYCYNIE¹

Czy mówiąc choremu – „będziemy walczyć, będziemy w tej walce razem” – dajemy mu nadzieję, szansę na wiarę w wyzdrowienie?

To trudne i złożone problemy.

Medycyna europejska – czerpie swoje dzieje z dwóch źródeł – ze starogreckiej medycyny Hipokratesa i Galena oraz z chrześcijańskiej nauki o miłości bliźniego.

Starogrecka medycyna wyznaczała lekarzowi funkcję pomocnika natury. Lekarz – w myśl tej filozofii – nie ma władzy ani nad życiem, ani nawet nad zdrowiem chorego. Władza nad jednym i drugim należy do natury. Zadaniem lekarza jest odnalezienie takich sposobów, metod leczenia, aby chory odzyskał zdrowie (Seyda 1973).

Ta genialna intuicja, że *medicus curat, natura sanat*, rozpoczęła wspinały rozwój medycyny, osadzając ją mocno w rzeczywistości. Zasadniczym i pierwszorzędnym obowiązkiem lekarza stało się poznawanie możliwości natury w tym wszystkim, co może być przydatne do leczenia – i to nie przypadek, że właśnie Grecy dali początek zarówno naukowej anatomii i fizjologii, jak i patologii, etiologii i farmakologii (Brzeziński 2000).

Zadaniem lekarza starogreckiego jest pomoc w odzyskiwaniu zdrowia, a nie opieka nad nieuleczalnie chorym. Człowiek liczył się dla nich jako ktoś potrzebny społeczności, z której się wywodzi. Już w pismach Platona odnajdujemy proste, acz brutalne słowa – że medycyna ma „służyć obywatelom, których (...) ciała są udane, a co do innych, to jeśli ciała będą mieli liche, tym pozwoli się umrzeć” (Blackburn 2007).

Indywidualność człowieka chorego jako bezcenną i niepowtarzalną osobę odkryło dopiero chrześcijaństwo. Dopiero ono ogłosiło wezwanie do miłości, szacunku, godności dla bliźniego, tym bardziej osłabionego chorobą.

Miarą ewangelicznej rewolucji było bardzo popularne w starożytnym chrześcijaństwie myślenie o Bogu jako o lekarzu.

Chrześcijanie, twórcy Kościoła mówili o Jezusie Chrystusie jako o lekarzu. Sam Dar Wcielenia – był przyjściem Lekarza do bezsilnych. Ludzkość była bowiem zbyt chora,

¹ Artykuł dotyczy ważnego i niezwykle złożonego problemu informowania chorego o niepomyślnej diagnozie i prognozie. Zawiera wiele cennych informacji, pochodzących z różnych źródeł, a także własnych przemyśleń Autora w trakcie wieloletniej pracy klinicznej z chorymi na białaczkę, dlatego też ma inną strukturę niż pozostałe (przyp. redaktora naukowego).

Zainteresowanych Czytelników tym problemem odsyłam do pozycji bibliograficznych: H. Wrona-Polańska (1996), *Model informowania w chorobach somatycznych – dylematy i propozycje*, „Sztuka Leczenia”, t. II, 3, 59–66.

żeby o własnych siłach przyjść do lekarza; w tej sytuacji Boski Lekarz przejął inicjatywę w swoje ręce i sam przyszedł do chorych.

Pierwszym czynem Jezusa po zejściu z Góry Błogosławieństw było uzdrowienie trędowatego: „Trędowaty nie mógł wyjść na Górę, bo był przygnieciony ciężarem grzechów. Dusze nas wszystkich są trędowate. Właśnie po to, żeby nas uzdrowić, Pan sam postanowił zstąpić z wysokości nieba”. W tym opisie zawiera się Idea niesienia pomocy tym, którzy jej najbardziej potrzebują.

Zdarza się, że ciężko chory nie chce pomocy lekarza. Właśnie dlatego Pan, który jest Lekarzem Dusz, uczy swoich uczniów, by cierpliwie znosili przykrości ze strony tych, których wyzdrowieniu i zbawieniu chcą służyć (*Biblia* 2003).

Następujące przemiany w medycynie polegały na zachowaniu funkcji lekarza jako pomocnika natury, przy jednoczesnym postawieniu lekarza w roli bliźniego pacjenta, i to bliźniego na wzór dobrego Samarytanina, śpieszącego z pomocą również w sytuacjach dla siebie trudnych i niewygodnych.

Chrześcijańska tradycja chętnie podpowiadała ludziom opiekującym się chorymi, żeby starali się widzieć w pacjentach wręcz swoich mistrzów i panów. Krzewicielem takiej tradycji był św. Wincenty á Paulo (1987).

Wiemy, jakże ważna jest cecha natury ludzkiej: że człowiek jest taką istotą, która nie tylko jest zdolna do miłości, ale jej bezwzględnie potrzebuje. Dziś też sporo mówi się o terapeutycznym wpływie życzliwości i miłości, akceptacji wobec pacjentów.

W *Karcie pracownika służby zdrowia* – wydanej przez Stolicę Apostolską – relacja pacjent–lekarz jest relacją ludzką: dialogiczną, a nie przedmiotową. Pacjent nie jest anonimowy, nie stosuje się na nim jedynie zdobyczy medycyny. Powinien mieć możliwość osobistego wyboru, a nie być zdany na decyzje i wybory innych osób.

„Chory nigdy nie jest dla niego (dla lekarza) tylko przypadkiem klinicznym” – anonimową jednostką, na której sprawdza posiadaną wiedzę – „ale zawsze »człowiekiem chorym«, do którego podchodzi ze szczerą postawą »sympatii«, w etymologicznym znaczeniu tego słowa” (*Słudzy życia* 1995).

Wymaga to miłości, dyspozycyjności, uwagi, zrozumienia, życzliwości, cierpliwości, dialogu. Nie wystarczy „biegłość naukowa i zawodowa”, ale potrzeba „osobowego uczestnictwa w konkretnych sytuacjach poszczególnego pacjenta”.

Podobnie Jan Paweł II sformułował następujący postulat w swoim przemówieniu do lekarzy włoskich, 27 października 1980:

„Stosunek (chory – lekarz) winien opierać się na dialogu uwzględniającym wysłuchanie, szacunek i zainteresowanie, winien być prawdziwym spotkaniem między ludźmi wolnymi, winien być spotkaniem »zaufania« z »uczciwością«”.

Informacja o poważnej chorobie powinna być przekazywana stopniowo². Ma to duże znaczenie i wynika ze znanej powszechnie i przyjętej w życiu zasady stopniowania „złych wiadomości”, aby wpłynąć w ten sposób na osłabienie reakcji emocjonalnych.

Właściwe jest docenienie ogromnego znaczenia rozmowy – dialogu. Najtrudniejsza prawda ujawniona choremu nie musi być powodem jego całkowitego załamania. Ta roz-

² Szersze omówienie tej problematyki znajdzie Czytelnik w: H. Wrona-Polańska (1999), *Psychologiczne aspekty informowania pacjentów o chorobie*, w: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową*, 79–100, Kraków: Wydawnictwo UJ.

mowa – ten dialog – to nie złudna nadzieja. Koniecznością jest zawsze pozostawienie choremu prawdziwej nadziei. Nawet w najgorszym rokowaniu co do przeżycia medycyna może zaskakiwać nas zgoła nieprzewidywanymi i niezrozumiałymi rozwiązaniami. Medycyna bowiem jest najlepszym nauczycielem pokory. Wiele razy zdarza się, że coś wiemy – a jednak okazuje się, że nie mieliśmy racji. Taka możliwość zawsze może towarzyszyć choremu i może być jego nadzieją, pozwalającą mu walczyć z chorobą i znosić ją.

Medycyna paliatywna też daje siłę i nadzieję, że chory nie będzie musiał znosić bólu, że nie będzie cierpiał, że będzie mu się towarzyszyć, że będzie się go wspierał. Medycyna może oddalić to, czego człowiek boi się najbardziej: nie samej śmierci, ale umierania, bólu i cierpienia.

Pogląd, zgodnie z którym chory ma prawo wiedzieć o zbliżającej się śmierci, jest dla wielu lekarzy nie do przyjęcia, nie tylko dlatego, że tradycja etyki lekarskiej kiedyś wymagała zatajenia prawdy, ale także dlatego, że uczelnie medyczne w niedostateczny sposób przygotowują przyszłych lekarzy do analizowania stanów psychicznych pacjentów i nie uczą ich umiejętności „dialogu”.

W medycynie *pojęcie prawdy* jest niezmiernie trudne do wyjaśnienia, a pojęcie dobra pacjenta może znacznie wykraczać poza zachowanie zdrowia i życia. Niejednokrotnie sami nie potrafimy stwierdzić, co jest prawdą i co stanowi dobro pacjenta.

W wielu przypadkach nie chodzi tylko i wyłącznie o wybór pomiędzy powiedzeniem prawdy a zatajeniem, lecz o ustalenie, jakie informacje i jak przedstawione mogą umożliwić pacjentowi dokonanie świadomego wyboru zgodnie z własnym systemem wartości.

Należy się też zastanowić, czy obowiązek prawdomówności powinien dotyczyć tylko kwestii medycznych czy także innych spraw, o których lekarz dowiedział się w trakcie kontaktu z pacjentem lub w wyniku badań diagnostycznych – myślę tu o kwestiach pochodzenia czy też genetyki. Nałożenie na lekarza bezwarunkowego obowiązku prawdomówności może stać w sprzeczności z zasadą zachowania tajemnicy lekarskiej.

Dodatkową trudność sprawia to, że niektóre informacje (np. genetyczne) mają znaczenie dla większości osób, a podjęcie możliwych działań profilaktycznych przez członków rodziny jest uzależnione od zgody pacjenta na przekazanie im informacji. Pojawia się więc pytanie o to, czyje dobro powinien przede wszystkim chronić lekarz, a nawet pytanie o to, kto jest jego pacjentem.

Warto też pamiętać, że prawda medyczna dla osób terminalnie chorych wymaga szczególnej wrażliwości.

Prawda dla osób chorych przewlekle jest czymś więcej – wiedząc, że nie mogą być wyleczeni, a możliwa jest tylko bardziej lub mniej satysfakcjonująca terapia, nie będą skazani na szukanie „cudów” i „cudotwórców”. Będą z godnością przyjmować to, co przyniósł im los. Prawda jest gwarantem godności człowieka (Muś, serwis internetowy).

Prawda otwiera kolejne drzwi, jest przejściem do nowego etapu, jest wyzwaniem, jest mobilizacją – a jej przyjęcie jest dla każdego odwagą.

Bezwarunkowość prawdomówności to nakaz komunikowania prawdy o stanie zdrowia, bez zważania na inne okoliczności aniżeli te, określone przepisami prawa oraz wynikające z wiedzy medycznej i elementarnych reguł relacji społecznych.

Jest coraz więcej osób, które opowiadają się za prawdą w informacji medycznej – nawet tą najgorszą.

Musimy pamiętać, że w informowaniu chorego możemy też wykorzystać sytuacje tzw. niepełnej prawdy – które w „medycznym” rozumieniu polegają na nieprzekazywaniu pacjentowi całej „naszej” wiedzy dotyczącej jego choroby. Przecież zwykle w relacji lekarz – pacjent nie jest możliwe przekazanie całej wiedzy o chorobie. Najważniejszym warunkiem jest jednak to, aby przekazywane informacje nie zaciemniały prawdy najważniejszej, warunkującej decyzje chorego.

W medycynie prawda jest niestety względna, gdyż oparta jest na ludzkiej, niedoskonałej, a niejednokrotnie błędnej ocenie.

Trzeba zwrócić tutaj uwagę na aspekt łączenia terażniejszości i przyszłości. Przyszłość wynika bowiem z terażniejszości. Diagnoza nieuleczalnej choroby (na przykład zaawansowanego stadium czerniaka złośliwego) oparta na danych diagnostycznych o dużym stopniu pewności, a więc stwierdzająca stan obecny określa niejako przyszłość pacjenta. Nie jest zatem możliwe odseparowanie terażniejszości w mówieniu prawdy od przyszłości. Należy się jednak starać bezwzględnie wyważyć proporcje co do właściwej relacji terażniejszości i przyszłości w wypowiedzi lekarza: to jest właśnie ten trudny element sztuki medycznej. Lekarz powinien mieć świadomość wielkiej odpowiedzialności, która spoczywa na jego słowie.

Z jednej strony prawda, którą przekazuje lekarz, powinna być jak najbardziej adekwatna do rzeczywistości, z drugiej zaś strony, zważywszy na swoją wielką moc, siłę, powinna być „dawkowana stopniowo”.

Wobec chorych tak bardzo bojących się prawdy, że aż uciekających się do prośby o jej nieujawnianie, obowiązuje szczególnie zasada przekazywania informacji stopniowo, w atmosferze zrozumienia i troski oraz deklarowanej pomocy. Podstawą każdej, nawet tej najgorszej prawdy, jest zaoferowanie choremu medycznej alternatywy, która będzie stanowić nadzieję pozwalającą na przyjęcie i zniesienie tej prawdy.

Relacja pacjent–lekarz to relacja nie symetryczna. Chory – to człowiek najczęściej nieposiadający odpowiedniej wiedzy o swoim organizmie, z drugiej – lekarz to specjalista, terapeuta. W tym układzie to lekarz jest stroną przeważającą, to on ma władzę nad pacjentem i wreszcie to on musi uważać, aby tej „władzy” nie nadużywać.

Prawda i prawdomówność jest bardzo cenna w medycynie, nie jest jednak wartością najwyższą i dobrem bezwzględnym, tak jak ma to miejsce w nauce.

Medycyna nie jest w tak jednoznacznej sytuacji jak nauki ścisłe, np. logika lub matematyka, odróżniająca dwa przeciwstawne i wyraźnie odgraniczone pojęcia: prawda i fałsz.

Na płaszczyźnie rozmowy z pacjentem to nie wybór między prawdą i kłamstwem jest istotą rzeczy. Ważne jest narzędzie dotarcia – w tym przypadku – po prostu słowa. Waga słów, jakich używamy w rozmowie z pacjentem, bez wątpienia jest nie do przecenienia. Nie jest ważne, jak zostaną owe słowa zakwalifikowane przez postronnych dla procesu leczenia osoby ani też jaki będzie ich status w kategoriach filozoficznych. Ważne jest jednak, jakie emocje wywołają i jaką postawę przyjmie po tym dialogu pacjent.

Zawsze powinniśmy pamiętać, że nasz zawód wykonujemy wyłącznie osobiście i bez jakichkolwiek pośredników i to my dobieramy „narzędzia przekazu”, czyli słowa kluczowe. Z tak przyjętego stanowiska rodzi się specjalna więź między lekarzem a pacjen-

tem, określana mianem obustronnego zaufania. Powinniśmy być świadomi, że jest to ciągle obok wiedzy i doświadczenia nasz najważniejszy lekarski kapitał.

Wszystko, co jest dobrem wysokiej wartości, powinno być chronione z najwyższą starannością. Pamiętajmy o tym, że nie tylko budowa, ale i ochrona zaufania, jakim obdarza nas pacjent w procesie leczenia, jest naszym ważnym, codziennym obowiązkiem.

Problem mówienia prawdy pacjentom o niepomyślnym dla nich rokowaniu wyzwala ogromne emocje. Jest to także tematyka interesująca osoby niezwiązane z medycyną. Ze szczególnym zaangażowaniem emocjonalnym praktycy i „laicy” wypowiadają się w kwestii informowania, a właściwie nieinformowania chorych umierających na raka.

Prawda w onkologii, w przeciwieństwie do prawdy jako takiej, ma tę osobliwą właściwość, że nie wyzwala, lecz zabija. Nie ma pacjentów umierających, są tylko ciężko chorzy, których należy leczyć dopóty, dopóki „sprawa nie wymyka się z rąk”.

Gdy wyczerpią się wszystkie możliwości leczenia – pozostaje nadzieja.

Jak pisał profesor Julian Aleksandrowicz, nestor polskiej hematologii, ma ona „ogromną moc terapeutyczną” (Aleksandrowicz, Duda 1988). Ewentualna chemio- czy radioterapia służy podtrzymaniu i urealnieniu nadziei. Jej skutki uboczne traktowane są jak koszty nadziei, jak negatywne, a konieczne ujemne działania leku o ogromnej mocy. Lekarz „przepisuje” pacjentowi i jego najbliższemu lek = nadzieję.

Paul Ramsey (1997), jeden z twórców bioetyki, naczelną wartość medycyny widział w opiece nad pacjentem. Stwierdza on, iż powinnością moralną lekarza jest troska o podopiecznego w zdrowiu, chorobie i umieraniu. W tych stanach zmieniają się jedynie formy troski, ona sama zaś pozostaje stała. W zdrowiu formą troski jest właściwa profilaktyka, w chorobie leczenie, w umieraniu opieka paliatywna.

Lekceważeniem umierających – powiada Ramsey – jest traktowanie ich tak, jak gdyby mieli lub mogli wyzdrowieć. W bioetyce pojawia się nowy cel: dążenie do spokojnej śmierci. Na personel medyczny zostaje tym samym nałożony bezwarunkowy nakaz akceptacji umierania i otoczenia opieką pacjentów umierających.

W pełni spokojna śmierć to umieranie bez bólu i niepotrzebnego cierpienia. Angażuje ono, prócz pacjenta i lekarza, wiele innych osób, w tym bliskich i przyjaciół umierającego (Ramsey 1977).

Wkraczając w tych rozważaniach na płaszczyznę bioetyki jednoznacznie stwierdzamy, że moralnym nakazem bioetyki jest mówienie prawdy.

„Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji” (*Kodeks etyki lekarskiej* 2004).

Z zapisu *Kodeksu etyki lekarskiej* art. 17 wyraźnie wynika, że przywilej terapeutyczny – nieprzekazywania informacji o stanie zdrowia – został ograniczony do niezbędnego minimum, wymaganego zasadą nieuszkodzenia.

Mówienie nieprawdy umierającym jest przeszłością. Wiele przemawia za tym, że w obecnych warunkach jest to podejście, które należy odrzucić.

Obserwując postępy współczesnej medycyny, łatwo można zauważyć, że coraz częściej pojawiają się elementy, które zaburzają dialog lekarza z pacjentem. Z jednej bowiem strony mamy do czynienia z nieprawdopodobnymi postępami biomedycyny, ze

standardami WHO i innymi zjawiskami, które mogą oddalać osobę lekarza od osoby pacjenta, z drugiej strony coraz więcej się mówi o *shared decision medicine*, w której pacjent występuje jako partner lekarza i ma prawo współdecydować o procedurach diagnostycznych i terapeutycznych. To, co się w dialogu lekarza z chorym dzieje, powinno więc zależeć od obu uczestników, przy czym na lekarzu spoczywa odpowiedzialność za umiejętne rozumienie przekazu pacjenta oraz powinność uwzględnienia tego przekazu.

Zgodnie z definicją WHO, lekarz ma za zadanie dbać o coś więcej niż tylko usuwanie skutków i objawów choroby.

A zatem lekarza obowiązuje uwzględnianie dobra pacjenta, rozumianego jako osoba w aspekcie fizycznym i psychicznym (także: „osoba wśród innych osób”), a nie tylko organizm.

Podsumowując, warto przypomnieć postać Józefa Dietla – lekarza, profesora, rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego – i przedstawić jego stanowisko na temat prawdy i dialogu w medycynie.

31 października 1829 roku, w wieku 25 lat Józef Dietl obronił pracę doktorską pt. *Dissertatio inauguralis media sistens quaedam circa Medicinae Securitatem, quam publice eruditorum disquisitioni submittit Josephus Dietl, Galicianus, in C.R. Universitate Vindobonensi historiae naturalis specialis cathedrae assistens*. Dietl w swojej pracy doktorskiej położył duży nacisk na indywidualizowanie w leczeniu, twierdząc przy tym, że lekarz może być artystą w sztuce lekarskiej.

Tym, co uzdrowia, zdaniem autora, jest życie, siła życiowa i natura.

Według Dietla, z chwilą, gdy rozwija się w człowieku choroba, zaczyna się jednocześnie walka między chorobą i broniącym się życiem, które niezmordowanie stara się pokonać swego nowego nieprzyjaciela. Prawdziwym lekarzem człowieka jest jego własne życie.

Chwila zachorowania jest zarazem chwilą rozpoczynającego się wyzdrowienia, gdyż w człowieku działa siła utrzymująca, ochraniająca i lecząca go – bezsprzecznie największy dar dobrego Stwórcy. I dalej pisze, że kto powątpiewa w leczniczą siłę przyrody, ten powinien przypuścić, że wszyscy ludzie, którzy zachorują, a nie mają pomocy lekarskiej, skazani są na niechybną śmierć. Skoro zatem natura leczy, a sztuka lekarska jej tylko pomaga, to jest rzeczą oczywistą, że przy łóżku chorego zawsze znajduje się dwóch lekarzy: lekarz główny, czyli natura, i lekarz jej podporządkowany, czyli sztuka lekarska. Niesłuszne jest zatem uważać lekarza (w razie wyzdrowienia chorego) za jedynego zbawcę życia, ale też niesprawiedliwą rzeczą byłoby go winić (w razie niepomyślnego zakończenia choroby).

Rolą lekarza jest więc połączenie wiedzy, którą wykorzystuje, z umiejętnością dialogu z chorym jako partnerem w procesie leczenia.

Bibliografia

- Aleksandrowicz J., Duda H. (1988), *U progu medycyny jutra*, Warszawa: PWN.
Biblia, Nowy Testament (2003), *Ewangelia wg św. Mateusza 8*, Litera.
 Blackburn S. (2007), *Platon, Państwo, Biografia*, Warszawa: Wydawnictwo Muza S.A.
 Brzeziński T. (red.) (2000), *Historia medycyny*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Kodeks etyki lekarskiej* (2004), Warszawa: Naczelna Izba Lekarska.
- Muś G., *Prawda a godność*, Internetowy Serwis Filozoficzny przy Instytucie Filozofii UJ, Diametros.
- Ramsey P. (1977), *Pacjent jest osobą*, Warszawa: PAX.
- Seyda B. (1973), *Dzieje medycyny w zarysie*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Słudzy życia* (1995), *Karta Pracownika Służby Zdrowia*, Watykan.
- Wincenty á Paulo (1987), *Duchowość, Teksty*, red. J. Dukała, Kraków.