

RECENZJE

Hipokrates po polsku

Józef Bogusz (red.), *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie*, Bydgoskie Towarzystwo Naukowe, Bydgoszcz 1985, s. 91.

Praca jest plonem odbytej w kwietniu 1981 roku w Bydgoszczy konferencji naukowej zorganizowanej pod hasłem będącym tytułem książki. Materiał przedstawiony w pracy obejmuje sześć referatów, dyskusję po referatach oraz wypowiedzi określone mianem „konferencji znawców”. W końcowej części książki zamieszczono statut Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Hospicjum” oraz wyniki badań ankietowych przeprowadzonych w ramach omawianej konferencji.

Pracę otwiera referat Józefa Bogusza zatytułowany „Sumienie najwyższym sędzią”. Autor podejmuje, bardzo skrótowo, problem eutanazji. Profesor Bogusz potępia wszelkie formy eutanazji. Równocześnie stwierdza jednak, iż „wolno choremu zbliżającemu się do śmierci podać niezbędne środki kojące nawet z tą ewentualnością, że przyspieszy to koniec życia” (s. 8—9).

Następne trzy referaty poruszają problem prawa do pełnej informacji chorego ze złą prognozą lekarską. O. Jacek Salij nie odpowiada wprost na pytanie, czy należy mówić umierającemu prawdę, lecz ogranicza się do sformułowania czterech, jak to określa, dogmatów: „Po pierwsze, pytanie to [...] wolno nam stawiać tylko na bazie moralnego dogmatu, że człowiekowi umierającemu należy się od nas prawdziwie ludzka obecność. [...] Drugim niepodważalnym dogmatem jest prawda, że śmierć nie jest największym złem, jakie może spotkać człowieka. [...] Kolejny — trzeci już dogmat [...] to pełne człowieczeństwo chorego. Umierający, niezależnie od stanu, w jakim się aktualnie znajduje, do ostatniego tchnienia jest osobą ludzką i powinniśmy się do niego odnosić z szacunkiem, jaki jest należny osobie ludzkiej. Tymczasem przeciętnemu lekarzowi trudno liczyć się praktycznie z podmiotowością nawet chorego na katar. [...] Wreszcie po czwarte, zauważmy abstrakcyjność tego pytania 'mówić umierającemu prawdę czy nie mówić'. Przecież dialog człowieka z człowiekiem polega nie tylko na słowach. Ludzie rozmawiają ze sobą również wyrazem twarzy, tonem głosu, postawą, całym sobą” (s. 13—15).

Tadeusz Brzeziński, aczkolwiek w swym referacie nie formułuje wprost takiego twierdzenia, to wyznaje typowy dla większości przedstawicieli polskiego świata lekarskiego pogląd, że przed chorym należy zataić prawdę. Zakres informacji o roz-

poznaniu powinien być zdaniem autora tylko taki, aby pacjent zgodził się na proponowane leczenie. Oto charakterystyczny fragment: „Im możliwości lecznicze są większe tym pełniejsza powinna być informacja dająca szansę wyboru spośród istniejących możliwości leczenia. [...] Zakres informacji nie powinien jednak przekroczyć progu niezbędnego do podjęcia tych decyzji” (s. 21). W dalszej części swego referatu T. Brzeziński posługuje się jednym z klasycznych argumentów zwolenników zatajania prawdy przed chorym, opisując przykłady pacjentów-lekarzy, którzy umierali do końca broniąc się przed prawdą.

Adam Bilikiewicz podejmuje zagadnienie opieki nad nieuleczalnie chorym z punktu widzenia psychiatry. Na uwagę zasługują rozważania, w których autor pragnie sprostować „pewne nieściśle poglądy na temat psychopatologii umierania, z którymi spotkać się można zarówno w piśmiennictwie naukowym, jak i w życiu codziennym”. A. Bilikiewicz podkreśla konieczność stosowania wobec pacjentów umierających specjalnie ukierunkowanych programów psychoterapeutycznych, których jednak nie charakteryzuje. Zagadnienie praktycznej realizacji tego postulatów w warunkach naszego szpitalnictwa ogranicza autor do stwierdzenia, iż należy „w zakresie psychoterapii przeszkolić większą ilość osób, zarówno lekarzy, jak i pielęgniarki” (s. 31).

Mieczysław Sośniak powraca w swym referacie do zagadnień eutanazji. Po przedstawieniu krótkiej historii tego pojęcia przechodzi do zarysowania podstawowych odróżnień i kryteriów (eutanazja bierna i czynna, bezpośrednia i pośrednia). Dalszą część referatu stanowią niektóre problemy wiążące się z samobójstwem, a w szczególności prawo i obowiązek lekarza udzielania pomocy osobie, która tej pomocy sobie nie życzy. Tekst zdaje się, niestety, potwierdzać tezę, iż o zagadnieniach tak złożonych nie można mówić w sposób skrótowy.

Wystąpienie Haliny Bortnowskiej, będącej jednym z członków-założycieli Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Hospicium”, poświęcone jest problemom wiążącym się z ruchem hospicjów. Autorka omawia doświadczenia angielskie, przechodząc następnie do przedstawienia swoich przemyśleń na temat zasad organizacji oraz idei, które powinny przyświecać tworzeniu hospicjów w Polsce. W swej pełnej zaangażowania wypowiedzi autorka daje wyraz przekonaniu, iż ruch hospicjów zmieni całkowicie podejście do chorych znajdujących się w stanie terminalnym. Ważnym uzupełnieniem tego referatu jest zamieszczony w książce statut Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Hospicjum”. Do problemów związanych z polskim modelem hospicjum powracają uczestnicy konferencji w dyskusji, z której sprawozdanie można znaleźć w dalszej części pracy. Charakterystyczne dla przedstawicieli polskiego środowiska lekarskiego wątpliwości najpełniej wyraża głos A. Bilikiewicza: „zastanawiam się czy skoszarowanie w jednym miejscu, w jednym szpitalu ludzi z tym samym złym rokowaniem nie będzie miało wpływu na wytworzenie się w tym szpitalu atmosfery beznadziejności. [...] Czy w takim hospicjum nie będą wszyscy ludzie się tam znajdujący traktowani według jednego szablonu lub według jednego schematu [...] Czy hospicjum zapewnia konieczną chyba w takich sytuacjach atmosferę intymności. [...] Warunkiem przyjmowania pacjenta do tego hospicjum jest przekazanie temu pacjentowi prawdy. Pod warunkiem, trzeba dodać, że on tej prawdy oczekuje. A jaką mamy pewność, że on rzeczywiście chce usłyszeć prawdę? Czy mamy do końca pewność?” (s. 73, 76). Bogdan Kamiński dodaje do tego pytanie: „Dla ilu chorych umierających znajdzie się miejsce w hospicjum i jakie będą kryteria doboru?” (s. 73).

W sprawozdaniu z dyskusji zamieszczono również wiele wypowiedzi dotyczących problemu eutanazji, kryteriów śmierci, zagadnień transplantacji. Poruszono

także dramatyczne zagadnienie reguł, które powinny rządzić postępowaniem lekarza w sytuacji, gdy dysponuje jedną sztuczną nerką dla kilkudziesięciu wymagających dializy chorych. Oto słowa E. Nartowicza: „Aktualnie w krajach, gdzie techniczna strona dializy nie stanowi problemu dializuje się średnio w Europie 200 chorych na milion mieszkańców. W Polsce dializowało się w roku 1979 12 chorych na milion mieszkańców. [...] Ilość transplantacji w Polsce jest bardzo mała. [...] Czyli konkretnie my stoimy stale przed problemem świadomej zgody na śmierć dziesiątków ludzi i dlatego zwracam się do grona obecnych tutaj z podstawowym pytaniem, jakie kryteria zastosować w kwalifikacji chorych do dializ. Lekarskie kryteria spełniają bowiem wszyscy jednakowo. [...] Staramy się komisyjnie rozważać kryteria ludzkie. Podejmując trudną decyzję włączenia chorych do dializoterapii bierzemy też pod uwagę młody wiek. Niestety w Polsce wiek dializowanych nie przekracza 30 lat, a w Europie wynosi on 50 lat. Taka jest prawda” (s. 66).

W tym kontekście co najmniej zaskakująco brzmią słowa J. Bogusza: „Z problemem dializ borykają się wszystkie kraje, także najbogatsze. Powstała nowa metoda i nie można sprostać rosnącym potrzebom, szczególnie w naszej biednej Polsce. Nie tylko na tym polu jest tak dramatyczna sytuacja. W wielu przypadkach ciężko chorzy nie uzyskują właściwej pomocy. Tu może nie tyle chodzi o tego chorego, co lekarza, o to, żeby był w porządku” (s. 67). Kiedy jednak lekarz jest „w porządku”?

Książkę zamyka omówienie wyników badań ankietowych przeprowadzonych w ramach konferencji. Ankieta objęto lekarzy, studentów medycyny, pielęgniarki oraz przedstawicieli innych zawodów. Pytano m. in. o zagadnienia eutanazji (nie używając jednak, rzecz charakterystyczna, tego terminu): kto powinien decydować o odłączeniu aparatury podtrzymującej oddychanie chorego od dawna nieprzytomnego, czy można zaakceptować skrócenie gasnącego życia dawcy narządu dla ratowania życia biorcy, czy lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o nieuleczalności choroby. Wyniki ankiety trudno uznać za reprezentatywne (badaniem objęto jedynie 437 osób); są one jednak interesujące. Szczególnie ciekawe wydaje się przesłedenie różnic w odpowiedziach na poszczególne pytania udzielonych przez lekarzy oraz przez studentów medycyny.

W sytuacji niedostatku na polskim rynku wydawniczym prac poświęconych zagadnieniom etyki medycznej, książka *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie* jest cenną pozycją. Na uwagę zasługuje fakt, iż autorzy referatów i uczestnicy dyskusji nie ograniczają się do rozważań teoretycznych, lecz podejmują (z różnym co prawda skutkiem) próbę odpowiedzi na pytanie, jaka jest możliwość realizacji niektórych postulatów w warunkach naszej służby zdrowia. Szkoda jednak, że wśród uczestników konferencji zabrakło wielu czołowych przedstawicieli polskiej filozofii, zajmujących się etyką medyczną. Czytając materiały z konferencji nie sposób oprzeć się przekonaniu, iż w trakcie jej trwania emocje często górowały nad racjonalnymi argumentami. Jest to niestety zjawisko charakterystyczne dla wielu dyskusji poświęconych tym, jakże złożonym zagadnieniom.

Na koniec trudno nie wyrazić zdziwienia, że materiały z konferencji odbytej w roku 1981, ukazały się drukiem w roku 1985, co jest chyba swoistego rodzaju rekordem wydawniczym. Dobrze jednak, że się w ogóle ukazały.

Małgorzata Sidor-Rządzkowska