

Ostrowska, Teresa

"Autonomia pacjenta jako problem moralny", Maria Nowacka, Białystok 2005 : [recenzja]

Kwartalnik Historii Nauki i Techniki 51/3-4, 344-346

2006

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



druga strona – ucieczka w stronę konformizmu, koniunkturalizmu, myślowego schematyzmu, ucieczka od siebie, od sposobu myślenia zgodnego z sercem, z sumieniem, wyższym rozumem. To już nie odwaga, lecz tchórzostwo.

Odwaga w najwyższym wymiarze jest odwagą „bycia dobrem”. Przeważnie akcentów z mieć na być, w zakresie własnego osobowego rozwoju, tu znajduje swój najpełniejszy wyraz, kiedy człowiek „rezygnuje z dobra, jakie posiada, na rzecz dobra, jakim jest” (s. 218). Na tej drodze odsłania się „wspólny świat” dobra, świętości, najwyższych wartości. Pochylamy się w geście adoracji nad tym co największe i najświętsze, pochylamy się wzajemnie nad sobą, w imię Najwyższego Dobra. Ono nas wzywa.

Ostatni punkt omawianej tu pracy dotyczy przebaczenia – religijnego i psychologicznego. Jako zakotwiczone w rzeczywistości *sacrum* jest więc jego najpełniejszym wyrazem. Jeśli wspomni się tu osobę Jana Pawła II nt. przebaczenia i miłosierdzia (miłosiernej miłości), to w pierwszym rzędzie trzeba powiedzieć, że rozumie je on, jako „wydobycie dobra” z wnętrza człowieka. To skupienie na dobru, jest najpierw odkryciem transcendentnego dobra w sobie, potem w innych. Ewangeliczna przypowieść o bogatym młodzieńcu i tu przychodzi nam z pomocą, bo odkrywa Boga, który jako jedyny jest Dobry, a dobra cząstkowe są drogą do osiągnięcia życia wiecznego. Że niełatwa to droga, widać po zachowaniu młodzieńca, który zasmucony odszedł, kiedy usłyszał, że musi pozostawić wszystko i pójść za Jezusem. W ten sposób motto z *Wprowadzenia* do niniejszej książki przekształca się samoczynnie w myśl, która stanowi jej zakończenie: „Bo kto chce zachować swoje życie, straci je, a kto straci swe życie z mego powodu, ten je zachowa. Bo cóż za korzyść ma człowiek, jeśli cały świat zyska, a siebie zatraci lub szkodę poniesie?” (Łk 9, 24–25). Młodzieniec odszedł smutny...

Ryszard Kozłowski

Katedra Filozofii

Pomorska Akademia

Pedagogiczna w Słupsku

Maria Nowacka: *Autonomia pacjenta jako problem moralny*. Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2005, 8°, 310 s.

Prezentowana publikacja oscyluje pomiędzy filozoficznymi, etycznymi, psychologicznymi i prawnymi aspektami wzajemnych stosunków lekarz-pacjent.

Monografia zawiera trzy rozdziały. Pierwszy jest poświęcony filozoficznemu aspektowi autonomii. Autorka rozpatruje w nim paternalizm prawdziwy (przy założeniu, że pacjent nie jest zdolny sam o sobie zdecydować) i paternalizm upoważniony (wynikający z upoważnienia danego przez pacjenta) paternalizm nieupoważniony

(gdy lekarz przyznaje sobie prawo decydowania o innej osobie, pomimo że jest ona w pełni świadoma i zdolna do samodzielnego podejmowania decyzji). Ponieważ profesja lekarska od zarania dziejów była uważana za wyjątkową sferę działalności ludzkiej, większość dawniejszych i współczesnych lekarzy przyjmuje postawę wyższości w odczuciu społecznym graniczącą nieraz z arogancją.

W opozycji do paternalizmu medycznego jest zasada poszanowania autonomii czyli wolności osobowej pacjenta, kiedy to lekarz jest specjalistą objaśniającym choremu stan jego organizmu i oczekującym zleceń, a więc realizującym określoną umowę.

W rozdziale drugim autorka rozważa etyczne aspekty autonomii. Istnieje teza, że danemu poziomowi stanu autonomii pacjenta powinien odpowiadać stosowny poziom paternalizmu lekarza. Wobec choroby pacjent musi umieć podejmować przemyślaną decyzję, kiedy ma zdać się na lekarza, kiedy zaś samemu wybierać środki leczenia. W każdym bowiem przypadku trzeba pozostać autonomicznym.

W rozdziale trzecim autorka analizuje najczęściej występujące konflikty i problemy w relacjach lekarz-pacjent. Aby leczyć, lekarz powinien uzyskać świadomą zgodę pacjenta. Aby ją uzyskać, musi mu udzielić pewnych informacji na temat podjętego leczenia, pacjent musi te informacje zrozumieć i wreszcie wyrazić dobrowolnie zgodę na terapię. Są sytuacje, w których chory odmawia podjęcia leczenia, chociaż wie, że skutkiem tej odmowy będzie śmierć. Motywuje nim przyjęta przez niego hierarchia wartości, a więc взгляд na jakość życia, wyznawany system filozoficzny czy przesłanki religijne. W tym przypadku rozważania lekarzy i bioetyków idą raczej w kierunku pogodzenia zasady dobra pacjenta z zasadą jego autonomii. Szczególnie jest to wyraźne w kontekście rozważań nad kwestią tzw. przywileju terapeutycznego. Przywilej ten pozwala lekarzowi nie ujawniać prawdy choremu wtedy, gdy ujawnienie jej może pogorszyć stan zdrowia pacjenta.

Zasada poszanowania autonomii pacjenta sprawia, że lekarz coraz częściej jest traktowany jako wykonawca określonych zleceń. Coraz częściej chorzy są przekonani, że sami „wiedzą lepiej”, co w ich przypadku lekarz powinien uczynić. Mogą więc żądać przepisywania im środków antykoncepcyjnych czy wykonania zabiegów kosmetycznych, co jest sprzeczne z systemem wartości wyznaczanym przez lekarza. Jest to już problem sumienia lekarza.

Coraz mniejsza jest też skłonność do przyznawania lekarzowi prawa działania w sposób zgodny z jego sumieniem, a jednocześnie niezgodny z sumieniem chorego. Tymczasem lekarz powinien kierować się względem na dobro pacjenta, a dopiero wtórnie na własne zasady moralne. Zasada poszanowania sumienia lekarza nie musi pozostawać w sprzeczności z zasadą poszanowania autonomii chorego.

W *Zakończeniu* Autorka stwierdza, że przyjęcie zasady poszanowania autonomii pacjenta wiąże się ze zwiększeniem poczucia godności własnej człowieka i przysługujących mu praw oraz rozszerzeniem pojęcia zdrowia na pełny

dobrostan psychofizyczny. Stwierdza też, że nigdy nie uda się całkowicie wyeliminować napięcie pomiędzy obowiązującą każdego lekarza zasadą działania dla dobra chorego, a zasadą respektowania woli pacjenta.

Do pracy jest dołączona *Bibliografia* obejmująca 254 pozycje polsko- i angielskojęzyczne, w tym publikacje lekarzy m.in. Władysława Biegańskiego, Tadeusza Brzezińskiego, Zbigniewa Domostławskiego, Henryka Gaertnera, Kornela Gibińskiego, Jana Nielubowicza, Władysława Szumowskiego, Heliodora Święcickiego i Tadeusza Tołłoczki oraz *Indeks nazwisk*.

Książka ma kartonową okładkę z białym napisem ozdobioną zarysem operującego chirurga. Treść jej zainteresuje filozofa, etyka, psychologa, teologa, prawnika, a także lekarza praktyka.

Teresa Ostrowska
Warszawa

Ryszard Witold Gryglewski: *Mumifikacja ciała ludzkiego w świetle historii obyczajów i nauk medycznych*. Kraków 2005, 8°, 250 s.

Jest to rozprawa doktorska pisana pod kierunkiem prof. Andrzeja Śródki. Dotyczy tematyki interdyscyplinarnej: pogranicza medycyny sądowej, historii nauk medycznych, biologii, biochemii, paleopatologii, antropologii kulturowej, religioznawstwa, etnografii, archeologii, tanatologii, egiptologii, historii kultury, obyczajów i sztuki, na koniec techniki konserwowania zwłok.

Publikacja zawiera *Wstęp*, zasadniczą treść ujętą w pięć rozdziałów opatrzonych piśmiennictwem, *Zakończenie*, *Bibliografię*. W tej ostatniej części wydzielono *Książki i publikacje* (155 pozycji) i *Artykuły* (59 pozycji). Piśmiennictwo pochodzi z XIX, XX i XXI wieku, jest ogłaszane w języku polskim, angielskim, niemieckim, francuskim i rosyjskim, a znajdują się wśród niego m.in. książki autorstwa A. Brücknera, J. St. Bystronia, Herodota, Homera, W. Shakespeare'a i Biblia Tysiąclecia. A oto treść rozprawy.

I. Ciało po śmierci z punktu widzenia nauk medycznych. Autor opisuje tu fizjopatologię umierania, proces całkowitego rozkładu zwłok czyli putrefakcję wywołującą „szkodliwość zwłok” (jest to autoliza, gnicie, zeszkieletowanie i tzw. zmiany utrwalające), a także zahamowanie procesu rozkładu zwłok uzależnione od miejsca pochowania, które to zjawisko sprzyja wierze w życie pozagrobowe. Naturalne zahamowanie putrefakcji to przeobrażenie tłuszczowo-woskowe, przeobrażenie torfowe i strupieszenie czyli mumifikacja. Intencjonalne zaś zahamowanie rozkładu zwłok to mumifikacja sztuczna oraz kriogenizacja; metody te prowadzą do zachowania fizyczności zmarłego. Przepuszczalnie mumifikację sztuczną zapoczątkowali przed naszą erą przedstawiciele preceramicznej