

Katarzyna Burda-Świerz, Michał Kapias

Personalistyczna koncepcja społeczeństwa u Jana Pawła II w kontekście wybranych obszarów relacji lekarz-pacjent

Annales. Etyka w życiu gospodarczym 13/2, 85-93

2010

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

jedyny i „niepowtarzalny” w swej transcendentnej godności osoby. W ten właśnie sposób jawi się najbardziej uniwersalna rzeczywistość, najbardziej uniwersalny fundament wszystkich wspólnot. Jeśli jakaś wspólnota jest oddzielona od tego wymiaru, w sposób konieczny gubi swój „ludzki” charakter.

Z kolei wymiar społeczny wspólnoty jest wyrażony przez zaimek „my”⁹. Odnosi się on bezpośrednio do wielości osób. Wskazuje zwłaszcza na zbiorowość, którą możemy nazywać społecznością, grupą społeczną itd. Nawet jeśli „my” jest złożone z wielu ludzkich „ja”, chodzi tu jednak o wymiar różny od wymiaru relacji „ja–ty”. Samo serce wspólnoty społecznej ukazuje się jako relacja licznych „ja” – w działaniu, a zatem także w istnieniu – z dobrem wspólnym, wybranym przez każdego jako swoje własne dobro i jako cel, w stronę którego on dąży i w którym urzeczywistnia siebie samego. Dzięki tej relacji z dobrem wspólnym ludzie mają świadomość konstituowania określonego „my” i przeżywają tę nową rzeczywistość.

Te dwa wymiary wspólnoty: międzyosobowy i społeczny, przenikają się wzajemnie na różne sposoby, zawierają się, a nawet warunkują. Z jednej strony ten sam wymiar osobowy „ja–ty” wzbogaca się i przyjmuje nowe zadania poprzez wspomnianą relację z dobrem wspólnym. Z drugiej strony, prawdziwa wspólnota społeczna nie może się realizować bez relacji międzyosobowej „ja–ty”.

Należy jednak zauważyć, że w rozważaniach tych silnie została podkreślona istotność, pierwotność i prymat międzyosobowego wymiaru „ja–ty” w całym olbrzymim terytorium egzystencjalnego działania bytu ludzkiego „wspólnie z innymi”, w ten sposób, że wspólnota, społeczność, ludzkie grupy, programy lub ideologie właśnie w tym wymiarze i poprzez niego ukazują ostatecznie swoją wartość. Są one „ludzkie” o tyle, o ile aktualizują ten wymiar, będący wymiarem wspólnotowym. W rzeczywistości bowiem nie może istnieć żadna autentyczna wspólnota ludzka, która nie jest podmiotowa, to znaczy nie opiera się na podmiotowości osoby ludzkiej¹⁰.

Zasada uczestnictwa ma – choć pośrednio – znaczenie normatywne, albowiem dzięki temu człowiek może sam się spełniać. W odniesieniu do każdego człowieka należy zatem uznać to prawo istotne i „naturalne” (tzn. wynikające z faktu bycia osobą) do spełniania czynów i do spełniania siebie. W działaniu „wspólnie z innymi” prawo to przyjmuje specyficzny sens powinności ukazywania się wobec nich w relacjach międzyosobowych „ja–ty”. Zasada uczestnictwa jest więc szczególnym źródłem prawa i powinności¹¹. Ujawnia się w tym fundamentalna potrzeba przykazania miłości. W rzeczywistości bowiem dostrzeżenie w drugim „innego ja” oznacza dostrzeżenie w nim „bliźniego”. W związku z tym Wojtyła pisze: *to, co my określamy jako przykazanie miłości, w swojej warstwie podstawowej, elementarnej, ponieważ jeszcze preetycznej stanowi wezwanie do przeżycia drugiego człowieka jako drugiego <ja>, czyli wezwanie do uczestniczenia w jego człowieczeństwie skontekstyzowanym w jego osobie, jak moje człowieczeństwo w mojej osobie. [Dlatego też] przykazanie miłości wskazuje tylko na to, że każdy człowiek musi wciąż stawiać sobie za zadanie aktualne uczestnictwo w człowieczeństwie innych ludzi, czyli przeżycie drugiego jako <ja>, jako osoby*¹².

⁹ *Idem, Osoba podmiot i wspólnota*, „Roczniki Filozoficzne”, 24, 1976, s. 29 n.

¹⁰ J. Gałkowski, *Osoba i wspólnota. Szkic o antropologii kardynała Karola Wojtyły*, „Roczniki Nauk Społecznych”, t. VIII, R. 1980, s. 67–71.

¹¹ K. Wojtyła, *Osoba i czyn*, *op.cit.*, s. 311–313.

¹² *Idem, Uczestnictwo czy alienacja*, „Summarium”, 7, 1978, s. 13.

Prawdziwość relacji podmiotowych – czyli rzeczywiste *uczestnictwo* – sprawia, iż człowiek może być sobą nawet wchodząc w więzy ze wspólnotą, gdyż to właśnie w niej może on w pełni się realizować, stawać „bardziej sobą”. Zarazem także może on tworzyć prawdziwą *communio personarum*¹³. Wspólnota ludzi w ich człowieczeństwie staje się rzeczywistym faktem przedmiotowym. Jednak do powstania pełnej wspólnoty ludzi potrzebna jest jeszcze podmiotowa gotowość uczestnictwa w człowieczeństwie każdej jednostki. Taka postawa staje fundamentem osobowej wartości działania i wspólnoty społecznej.

Autentyczna wspólnota wymaga przeto respektowania osobowego wymiaru każdego człowieka: tak mojego „ja”, jak i „ty” drugiego człowieka. Podstawą takiej wspólnoty jest więc człowieczeństwo i nadbudowana na nim relacja miłości. Dlatego też człowiek w takiej wspólnotcie jawi się jako misterium *communio* (jedność) i *missio*, czyli posłanie do miłości. Jan Paweł II wyjaśnia to w sposób następujący: *Pełną interpretację personalistyczną przykazania miłości znajdujemy dopiero w słowach Soboru: „Kiedy Pan Jezus modlił się do Ojca, aby ‘wszyscy byli jedno [...] jako i my jedno jesteśmy’ (J 17, 21–22), otwierając przed rozumem ludzkim niedostępne perspektywy, daje znać o pewnym podobieństwie między jednością osób Boskich a jednością synów Bożych zespolonych w prawdzie i miłości. To podobieństwo ukazuje, że człowiek będąc jedynym na ziemi stworzeniem, którego Bóg chciał dla niego samego, nie może odnaleźć się w pełni inaczej jak tylko poprzez bezinteresowny dar z siebie samego” (GS, 24) w tych słowach Soboru znajdujemy adekwatną interpretację przykazania miłości. A więc przez wszystkim jest tu jasno sformułowana zasada afirmacji osoby, ze względu na to, że jest osobą, czyli „jedynym na ziemi stworzeniem, którego Bóg chciał dla niego samego”. Równocześnie tekst soborowy podkreśla to, co jest najistotniejsze dla miłości, a mianowicie „bezinteresowny dar z siebie samego”. W tym znaczeniu osoba urzeczywistnia się przez miłość. Tak więc dwa aspekty: afirmacja osoby dla niej samej oraz bezinteresowny dar z siebie samego, nie tylko wzajemnie się nie wykluczają, ale się potwierdzają wzajemnie i w sobie zawierają. Człowiek najpełniej afirmuje siebie, dając siebie. To jest pełna realizacja przykazania miłości. To jest równocześnie pełna prawda o człowieku [...]”¹⁴. Widać tu jasno, iż rdzennym aktem osoby, w jakim się wyraża i spełnia człowiek jako osoba, jest miłość. Bez miłości człowiek pozostaje dla siebie istotą niezrozumiałą, a jego życie pozbawione jest sensu.*

3. Problematyka relacji społecznych na płaszczyźnie działań medycznych

Prezentowane założenia personalistycznych relacji w społeczeństwie, u podstaw których leży zasadnicza koncepcja osoby ludzkiej, mogą posłużyć do przeprowadzenia odpowiednich refleksji na różnych płaszczyznach życia wspólnotowego. Poniższe rozważania zostaną przeprowadzone na gruncie aktywności medycznej. Okazuje się bowiem, iż we współczesnym świecie pojawiają się coraz częściej różnorakie problemy natury etycznej, które wnikają zarówno środowisko lekarskie, jak też związane z nim otoczenie w coraz trudniejsze dylematy moralne. Wynika to z coraz bardziej pogłębiającej się komercjalizacji i dehumanizacji medycyny. W szczególnej mierze pojawiają się one na styku różnorodnych relacji pomiędzy pacjen-

¹³ *Idem, Osoba podmiot i wspólnota*, „Roczniki Filozoficzne”, 24, 1976, z. 2, s. 34–36.

¹⁴ Jan Paweł II, *Przekroczyć próg nadziei*, RW KUL, Lublin 1994, s. 150.

tem a lekarzem. Uwyraźnia się to na przykładzie instrumentalnego traktowania pacjenta, gdzie wartość życia ludzkiego postrzegana jest poprzez wymiar finansowy. Jest to w szczególnej mierze spowodowane tym, iż coraz częściej pacjent jest źródłem dochodów, a życie chorego staje się warte tyle, ile jest on w stanie za nie zapłacić¹⁵.

W działaniach medycznych, których istota wyraża się w traktowaniu ciała jako przedmiotu manipulacji, zaobserwować można uprzedmiotowienie osoby ludzkiej, co nie jest możliwe do pogodzenia z posiadaną przez nią wsobną godnością¹⁶. Spotkanie pacjenta z lekarzem jest szczególnym rodzajem relacji międzyosobowej, gdyż relacja ta wymaga wzajemnego przestrzegania i poszanowania godności ludzkiej¹⁷, w związku z tym budowanie obszarów relacji lekarz–pacjent może odbywać się na fundamencie personalistycznym¹⁸. Ponadto omawiana relacja opiera się na płaszczyźnie, która jest zdeterminowana najwyższymi wartościami ludzkimi: życiem i zdrowiem człowieka¹⁹. Czynności zawodowe lekarza podlegają więc ocenie przede wszystkim na podstawie kryteriów i standardów wykonywania zawodu określonych ustawowo, mogą być także oceniane na podstawie zasad etyki zawodowej, zwłaszcza w przypadkach, gdy nie ma stosownych kryteriów ustawowych²⁰. Ostatecznego jednak rozwiązania należy poszukiwać w uwzględnieniu w relacji lekarz–pacjent wzajemnego, podmiotowego traktowania wszystkich osób biorących udział w tejszej relacji. Współcześnie można jednak zauważyć wiele wypaczeń i moralnych nadużyć w obustronnych stosunkach.

4. Paternalizm medyczny w relacjach lekarz–pacjent

Pacjenta poddawanego zabiegom medycznym należy traktować jako osobę, tymczasem postęp wiedzy medycznej spycha go coraz częściej do roli przedmiotu. Zdarza się nawet, że jego wolność zostaje do tego stopnia ograniczona, iż jego podmiotowość traci właściwą tożsamość. Jeżeli przestaje się go traktować jako osobę, nie trzeba zatem z nim podejmować konsultacji. W takich okolicznościach chory nie staje się partnerem lekarza we współdecydowaniu²¹.

¹⁵ D. Ślęczek-Czakon, *Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2004, s. 172–175.

¹⁶ J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologiczno-moralne podstawy ingerencji medycznych*, Wydawnictwo Księży Sercanów, Kraków 1999, s. 105.

¹⁷ K. Szczygieł, *Relacja pacjent–lekarz w świetle antropologii chrześcijańskiej*, [w:] K. Gibiński (red.), *Prawa pacjenta a postawa lekarza*, Polska Akademia Umiejętności, Komisja Etyki Medycznej, Kraków 1995, s. 25–30.

¹⁸ A. Skura, *Dylematy etyczne pracowników służby zdrowia przy podejmowaniu decyzji finansowych na tle potrzeb opieki paliatywnej*, [w:] D. Walczak-Duraj (red.), *Etyczne i finansowe dylematy reformowania służby zdrowia a jej społeczny wizerunek*, Uniwersytet Łódzki, Łódź 2004, s. 53.

¹⁹ A. Łaska-Formejster, A. Pawlak, *Analiza porównawcza wybranych kategorii naruszenia zasad odpowiedzialności zawodowej lekarzy na podstawie wniosków złożonych do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej w Łodzi*, [w:] D. Walczak-Duraj (red.), *op.cit.*, s. 72–75.

²⁰ L. Kubicki: *Prawo medyczne a etyka i deontologia lekarska*, [w:] L. Kubicki (red.), *Prawo medyczne*, Wydawnictwo Medyczne Urban& Partner, Wrocław 2003, s. 9–13.

²¹ L. Szczepaniak, *Moralne problemy związane ze szpitalną opieką służby medycznej na podstawie literatury z zakresu deontologii medycznej i etyki katolickiej*, Wydawnictwo Księży Sercanów DEHON, Kraków 2002, s. 48–50.

Tymczasem Jan Paweł II stwierdza jednoznacznie, iż *lekceważenie natury człowieka, stworzonego dla wolności, jest nie tylko niedozwolone z punktu widzenia etycznego, ale i praktycznie niemożliwe*²². W związku z powyższym lekarz ma jedynie pomóc w podjęciu przez pacjenta określonej decyzji. Nie może on uzurpować sobie praw, które do niego nie należą. Kościół wszelkimi dostępnymi sobie środkami stara się zabezpieczyć poszanowanie praw człowieka oraz wskazać, aby zawsze celem dążeń służby medycznej było autentyczne dobro chorego²³.

Według T.L. Beauchampa i J.F. Childressa *działania paternalistyczne zwykle polegają na stosowaniu przemocy i przymusu albo też pociągają za sobą kłamstwo, manipulowanie informacją lub jej nieujawnienie. Paternalizm musi ograniczać autonomiczny wybór jednostki*²⁴. Na płaszczyźnie relacji lekarz–pacjent postawa paternalistyczna przejawia się w działaniach terapeutycznych podejmowanych przez lekarza na podstawie własnej decyzji, bez wiedzy i zgody pacjenta. Paternalizm jest zjawiskiem złożonym, wyodrębnia się następujące rodzaje paternalizmu: prawdziwy, upoważniony i nieupoważniony²⁵.

Paternalizm prawdziwy przejawia się w tych sytuacjach, w których czujemy się zobowiązani do podejmowania działań dla dobra drugiego człowieka, zakładając, że istnieją przyczyny, dla których człowiek ten nie jest zdolny sam o sobie w pełni decydować. (W sferze działań medycznych przyjmuje się, że lekarz ma obowiązek przyjąć taką właśnie postawę wobec pacjenta nieprzytomnego, zamroczonego lub głęboko upośledzonego umysłowo. Zakłada się tutaj, że pacjent nieprzytomny lub zamroczony po odzyskaniu pełni świadomości uzna działania podjęte przez lekarza za służące jego dobru).

Paternalizm upoważniony występuje w sytuacji, gdy dana osoba udzieliła wyraźnego lub domniemanego upoważnienia drugiej osobie do podejmowania wszelkich lub określonych czynności z intencją działania dla jej dobra. (W praktyce medycznej ten rodzaj paternalizmu pojawia się dość często. Niejednokrotnie pacjenci czujący się zagubieni w szpitalu, uważają się za niezdolnych do zrozumienia na czym polegają procedury leczenia, albo wręcz nie chcą wiedzieć, jaki jest faktyczny stan ich organizmu; tacy pacjenci oddają podejmowanie decyzji lekarzowi, zakładając, że będzie on działał dla ich dobra, zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą).

Paternalizm nieupoważniony ujawnia się w przyznaniu sobie przez jedną osobę prawa decydowania o innej osobie, mimo że osoba ta jest w pełni świadoma i zdolna do samodzielnego podejmowania decyzji. (Przykładem paternalizmu nieupoważnionego może być decyzja o przymusowej sterylizacji danej osoby lub grupy osób). Zazwyczaj osoba przyjmująca taką postawę motywuje ją jakimiś racjami wyższego rzędu.

W praktyce działań medycznych rozgraniczenie paternalizmu upoważnionego od paternalizmu nieupoważnionego nie jest łatwe²⁶. Uznaje się, że przymus leczenia chorób (np. zakaźnych, wenerycznych) zagrażających innym osobom jest realizacją paternalizmu nie-

²² Jan Paweł II, *Centesimus annus*, Wyd. Świętego Jacka, Katowice 1992, nr 25.

²³ *Idem*, *Nowa ewangelizacja a godność człowieka cierpiącego. Orędzie na IX Światowy Dzień Chorego*, „L'Osservatore Romano” (wyd. pol.) 2000, nr 11–12 (228), s. 4.

²⁴ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, Książka i Wiedza, Warszawa 1996, s. 287.

²⁵ M. Nowacka, *Autonomia pacjenta jako problem moralny*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2005, s. 12–24.

²⁶ *Ibidem*, s. 12–17; H.R. Wulff, S.A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filozofia medycyny. Wprowadzenie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993, s. 238–243.

upoważnionego wobec danej osoby, ale – w odniesieniu do ogółu obywateli – jest zarazem realizacją paternalizmu upoważnionego, gdyż służy dobru wspólnoty²⁷.

Przyznanie prawa decyzji w relacji lekarz–pacjent wyłącznie lekarzowi, z pominięciem, a czasem wbrew opinii chorego, jest moralnie nie do przyjęcia, ponieważ narusza prawo chorego do niezależności i wolnego wyboru, obraża jego godność²⁸.

5. Autonomia pacjenta

Człowiek, jako byt osobowy, ujawnia się zarazem jako byt świadomy i wolny, jest więc dzięki temu autonomiczny pośród innych ludzi²⁹. Prawo chorego do wyboru stosownego leczenia stanowi integralną część praw człowieka. Zgodnie z koncepcją T.L. Beauchampa i J.F. Childressa można mówić o autonomii osoby, gdy równocześnie spełnione są następujące warunki: wolność (niezależność od czynników kontrolujących) i spontaniczne działanie (zdolność do intencjonalnego działania)³⁰. Podkreślają oni znaczenie zasady szacunku dla autonomii, która uznaje prawo jednostki do posiadania poglądów, podejmowania działań i dokonywania wyborów według obranego systemu wartości i zgodnie ze swoimi przekonaniem³¹.

Wraz ze wzrostem autonomii pacjent przestaje być przedmiotem leczenia, a staje się partnerem procesu terapeutycznego. Jednym z podstawowych praw pacjenta, które przyczynia się do podejmowania przez niego autonomicznych wyborów jest prawo do informacji. Czasami stosując formy przymusu pośredniego, nie zawsze zauważalnego przez pacjenta (np. poprzez przemilczanie lub odpowiednie dawkowanie informacji), lekarz nie ma poczucia, że dokonuje jakiegokolwiek pogwałcenia zasad moralnych, skoro uważa, że działa dla dobra i w interesie chorego człowieka³². Zgodnie z literą prawa lekarz powinien informować pacjenta o różnych możliwych metodach postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, następstwach ich stosowania bądź zaniechania. Po uzyskaniu wyczerpujących informacji pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub jej odmowy³³. Lekarz, na żądanie pacjenta, może się zrzec prawa do informowania chorego o stanie jego zdrowia³⁴ lub sam może podjąć decyzję o ograniczeniu przekazywania informacji na temat zdrowia pacjenta, ale tylko wówczas gdy rokowanie dla pacjenta jest niepomysłne, a nieudzielenie pełnej informacji przemawia za jego dobrem.

²⁷ M. Nowacka, *Autonomia pacjenta jako problem moralny*, op.cit., s. 12–24.

²⁸ M. Wyreżel, *Partnerski charakter relacji między lekarzem i chorym. Aspekt moralny*, Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej, Kraków 2000, s. 52–55.

²⁹ P. Borkowski, *Godność osoby ludzkiej zasadą zasad społecznych*, [w:] A. Bałabuch (red.) *Jan Paweł II promotorem godności człowieka*, Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu Wyższego Seminarium Duchownego Diecezji Świdnickiej, Świdnica 2007, s. 113.

³⁰ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, op.cit., s. 132.

³¹ J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2007, s. 17–22.

³² M. Nowacka, *Autonomia pacjenta jako problem moralny*, op.cit., s. 12–24.

³³ Art. 19 ust.1 p. 3 Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1991, Nr 91, Poz. 408 z późn. zm.).

³⁴ Art. 31 ust.3, Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152 z późn. zm.).

W tym kontekście trzeba jednoznacznie stwierdzić, iż lekarz nie może ograniczać się do tego, by być lekarzem narządu lub systemu, ale powinien zajmować się całą osobą ludzką³⁵. Toteż ważnym elementem budowania partnerskiej relacji lekarz–pacjent jest umiejętność szczerzej rozmowy, bez oszukiwania chorego i stwarzania fałszywej nadziei. Chory niejednokrotnie chce być świadomy, co go czeka, toteż nie bez znaczenia jest przekazywanie prawdy o chorobie i jej powikłaniach. Gdy pacjent był okłamywany, pozostawiony w niepewności, będzie mu bardzo trudno zaufać lekarzowi. Z drugiej strony jednym z zastrzeżeń związanych z ujawnianiem wszystkich informacji o stanie zdrowia chorego jest to, że nikt nie zna całej prawdy o żadnej chorobie ani o żadnym pacjencie. Lekarz może zaferować pacjentowi oprócz wiedzy i doświadczenia – nadzieję³⁶. Nadzieja mobilizuje do walki z chorobą i ułatwia jej przetrzymanie. Zatem pacjent oczekuje też od lekarza nadziei na pomyślny przebieg operacji, na wyzdrowienie. Należy jednak pamiętać, by nie składać obietnic, których nie można dotrzymać.

Pacjent autonomiczny wspólnie z lekarzem ustala indywidualną ścieżkę leczenia. Chory ma prawo wiedzieć, jakim zabiegom zostanie poddany i może nie zgodzić się na pewne zabiegi czy dane leczenie³⁷. W takim przypadku lekarzowi pozostaje jedynie perswazja. Ponadto autonomia pacjenta może też pomagać w podejmowaniu trudnych decyzji (np. pobrania organu od zdrowego człowieka, by ratować chorego) ponieważ pacjent autonomiczny bierze na siebie część odpowiedzialności za podjęte decyzje i ich skutki³⁸.

6. Osobowa godność fundamentem społecznych relacji

Uczestnictwo człowieka w życiu społecznym dokonuje się na wielu płaszczyznach. Jedną z nich uwyrażnia się w sferze medycznej. Dlatego też by należycie ułożyć wzajemne relacje pomiędzy lekarzem a pacjentem, koniecznym staje się budowanie odpowiedniej „wspólnoty” między nimi. Owa wspólnota jest specyficzną realizacją zasady uczestnictwa, gdzie każda ze wspomnianych osób, wespół z drugą, próbuje stworzyć więź opartą na wzajemnej pomocy w całym procesie leczenia. Z tego też względu nie można przyjąć postawy paternalistycznej lekarza wobec pacjenta jako właściwego sposobu realizacji teorii uczestnictwa. Radykalne, niemal autokratyczne podejmowanie decyzji o losie chorego nie może leżeć wyłącznie w gestii osoby sprawującej nad nią opiekę. W ostateczności może to doprowadzić bowiem do sytuacji ekstremalnych, gdzie lekarz staje się panem życia i śmierci. (Sytuacje takie leżą niejednokrotnie u podstaw działań aborcyjnych, bądź eutanastycznych).

Nieco inna sytuacja powstaje w kontekście budowania relacji wzajemnej autonomii pacjenta względem lekarza. I w tym wypadku może jednak zostać zniszczone obopólne dążenie do budowania wspólnoty. Jeśli chory wystosuje zbyt daleko posuniętą deklarację

³⁵ J. Brusilo, *Lekarz wobec kresu życia ludzkiego w nauczaniu Kościoła i dokumentach świeckich*, Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej, Kraków 2004, s. 221–222.

³⁶ B.M. Korsch, C. Harding, *Świadomy pacjent. Jak mówić żeby lekarz cię słuchał*, Prószyński i S-ka, Warszawa 1999, s. 102–114.

³⁷ A.K. Agrawal, Z. Grzebniak, E. Nienartowicz, J. Rudnicki, J. Kibler, W. Jakubaszko, J. Karbowski, M. Milan: *Oczekiwania pacjentów wobec lekarzy w praktyce chirurgicznej lekarza*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Relacje lekarz–pacjent w aspekcie społecznym, historycznym i kulturowym*, Katedra Etnologii i Antropologii Kulturowej Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2005, s. 278–283.

³⁸ D. Ślęczek-Czakon, *Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych*, op.cit., s. 172–175.

np. dotyczącą uśmiercenia go – lekarz nie tylko nie powinien uczynić zadość takiej prośbie, lecz ma wręcz moralny obowiązek przeciwstawić się temu. Nieco trudniejsza sytuacja pojawia się w kontekście prawa pacjenta do pełnej prawdy o stanie swego zdrowia. Różnorodność sytuacji medycznych uniemożliwia jednak podanie jednoznacznej zasady etycznej normującej postępowanie w tym przypadku. Oczywiście pacjent ma prawo do prawdy. Zachodzą jednak sytuacje, gdy wiadomości takie wręcz nie powinny być udzielane zainteresowanej osobie – ze względu na możliwe wywołanie u niego niepożądanych napięć psychicznych. W takim przypadku informację tę należy przedkładać najbliższemu otoczeniu pacjenta, z odpowiednim komentarzem dotyczącym skutków ujawnienia pełnego stanu zdrowotnego osoby chorej. Autonomia pacjenta zakłada jednak to, iż w ramy podstawowe-go prawa do życia człowieka i troski o niego, wpisują się uprawnienia dotyczące wyboru sposobu i rodzaju leczenia oraz opieki zdrowotnej.

Ostatecznie należy przyjąć rozwiązanie, iż pożądane relacje lekarz–pacjent powinny być oparte na współodpowiedzialności obu stron i poszanowaniu godności osoby ludzkiej. Na owej godności opiera się podstawowy nakaz etyki lekarskiej, sugerujący walkę lekarza z chorobą w celu ratowania zdrowia pacjenta. Oczywiście działania te winny uwzględnić stosowne w danym wypadku okoliczności. Równocześnie też owa godność leży u podstaw autonomicznych decyzji pacjenta, które powinny być szanowane przez lekarza. Wspólnotowórcza więź tworząca się pomiędzy lekarzem i pacjentem musi zatem opierać się na miłości i szacunku, a ta postawa jest możliwa dopiero w momencie poszanowania pełnej prawdy o człowieku i jego niebywałej godności w świecie.

Personalistic Theory of Society of John Paul II in the Context of Patient–Doctor Relationship

Summary

Considering world's social and ethical problems, it is unavoidable to omit the area of medical issues in which biological and therapeutic revolution took place. Pope John Paul II points out indirectly that doctor–patient relationship should be held with the respect for ethical and legal requirements because of human dignity, which is the principle, cause, goal and sense of all reality. In order to arrange the interrelation between the doctor and the patient in an appropriate way, it is necessary to build bonds between them. Those bonds create patient's and doctor's participation in the process of medical treatment. The aim of this article is to present some aspects of Personalism by John Paul II (social doctrine of the Church) in patient–doctor relationship. The main reference point for considering aspects of patient–doctor relationship is the communitarian dimension of human being as a person in Karol Wojtyła's philosophy.

Key words: *personalism, John Paul II, patient–doctor relationship, society*

