

Kazimierz Szewczyk

Kłamstwo medyczne pozostaje kłamstwem

Diametros nr 4, 120-131

2005

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.

Kłamstwo medyczne pozostaje kłamstwem

Kazimierz Szewczyk

Wprowadzenie – aktualność tematu

Profesor Włodzimierz Galewicz zaproponował niezwykle aktualny temat obecnej debaty. Z moich doświadczeń „bioetyka frontowego” prowadzącego zajęcia ze studentami medycyny, stażystami i spotykającego się przy różnych bioetycznych okazjach z lekarzami i pielęgniarkami o dużym stażu zawodowym wiem, że problem mówienia prawdy pacjentom o niepomyślnym dla nich rokowaniu rozbudza ogromne emocje. Jest to także zagadnienie żywo interesujące osoby nie związane z medycyną. Ze szczególnym zaangażowaniem emocjonalnym praktycy i „laicy” wypowiadają się w kwestii informowania a właściwie – nieinformowania – chorych umierających na raka.

Pamiętam niezwykle gorącą atmosferę dyskusji okrągłego stołu w teorii poświęconej etycznej stronie operacji paliatywnych w onkologii; w teorii, gdyż w praktyce zdominowały ją wypowiedzi lekarzy zdecydowanie sprzeciwiających się mówieniu prawdy pacjentom. Jeden z uczestników zaryzykował nawet tezę, że komunikowanie niepomyślnych wiadomości stanowi formę eutanazji, albowiem odbierając chorym nadzieję – przyspiesza ich śmierć¹. Prawda w onkologii, w przeciwieństwie do prawdy jako takiej, ma tę osobliwą właściwość, że nie wyzwala, lecz zabija.

Sądzę, że filozofa intrygują głównie dwa pytania. Pytanie o źródła tej szczególnej własności „prawdy zmedykalizowanej” oraz – i przede wszystkim – pytanie o prawdziwość przekonania dotyczącego jej eutanatycznych właściwości. W dalszej części tekstu będę próbował szukać na nie odpowiedzi. Porządek tym poszukiwaniom nadadzą wyróżnione przez Włodzimierza Galewicza empiryczne,

¹ Dyskusja panelowa *Operacje paliatywne potrzebą chirurga czy pacjenta?*, w: *Z zagadnień chirurgii klinicznej*, cz. III, red. J. Wasiak, Akademia Medyczna w Łodzi, Łódź 2001.

aksjologiczne i deontologiczne argumenty stosowane przez uczestników sporu o prawdomówność w medycynie.

Argument empiryczny – pacjent skaczący z okna

W XVIII w. miały miejsce dwa wydarzenia bardzo ważne dla kultury Zachodu: (1) utrata przez śmierć sensu religijno-eschatologicznego i (2) przeciwstawienie śmierci życiu.

Wymienione przemiany znaczenia śmierci ułatwiły i przyspieszyły jej zawłaszczenie przez medycynę. Śmierć zmedykalizowana i sprowadzona do wymiaru biologicznego zaczęła budzić coraz większe przerażenie. Wiek Rozumu był jednocześnie stuleciem nabierającej świeckiego charakteru intensywnej trwogi przed skończonością. Nadzieję na redukcję lęku tanatycznego ulokowaliśmy w medycynie. Od niej oczekujemy cudu zwycięstwa nad śmiercią. Ona ma nam zapewnić technologiczną nieumieralność². Medycyna szybko staje się niecierpliwą religią życia, a lekarze jej kapłanami. Ich zadaniem jest służba życiu, jak utrzymują za naszym chętnym przyzwoleniem. Realizują je „heroicznie” walcząc z chorobami. Są przekonani, że wykorzeniając choroby – pokonują tym samym śmierć³. Medycy, zafascynowani rozkwitem nauki i techniki mającym miejsce po drugiej wojnie światowej, nabierają pewności, że śmierć będąc wrogiem życia jest również najgorszą rzeczą jaka może spotkać ich podopiecznych. Należy więc pacjentów bezwzględnie przed nią chronić.

Ochrona obejmować ma zwłaszcza chorych na nowotwory. Śmierć „na raka” stała się bowiem symbolem i synonimem śmierci w ogóle definiowanej jako szczególnie wyrafinowany i bezwzględny wróg życia. Złowrogą symbolikę choroby nowotworowe zawdzięczają, między innymi, niezwykle uciążliwym procedurom terapeutycznym i względnie długiemu okresowi umierania. Chorobie tej towarzyszą cierpienia rzadko spotykane w innych schorzeniach. Obecnie umiemy sobie z nimi nieźle radzić. Nie zawsze jednak tak było⁴. Na złą

² Thomas [1991] s. 159.

³ Dubos [1962].

⁴ Nulland [1993].

sławę raka zapewne wpłynęło i to, że w okresie nadziei na zwalczenie wszystkich schorzeń, zdawało się urealnionej sukcesami antybiotykoterapii, był on bardzo widoczną przeszkodą na drodze do świata bez chorób, bolesnym przypomnieniem ludzkiej śmiertelności, ciągłym wyzwaniem dla lekarzy i ustawicznym nieco wstydliwym świadectwem ich wciąż ograniczonej potęgi. Stał się czymś w rodzaju diabła niecierpliwiej religii życia.

Tworzy się paradygmatyczna dla powojennej medycyny opowieść o pacjencie skaczącym z okna po zakomunikowaniu mu przez lekarza niepomyślniej prawdy o jego stanie. Daje ona „empiryczne” świadectwo słuszności przyjętej przez lekarzy zasady przywileju terapeutycznego *zezwalającej* na mówienie nieprawdy i zmienia ją w radykalny *zakaz* mówienia prawdy pacjentom onkologicznym.

Przyjęty przez lekarzy i „laików” imperatyw heroicznego leczenia doprowadził do zapoznania, a następnie do odrzucenia umierania jako etapu życia, być może jednego z najważniejszych. W codzienności szpitala onkologicznego, a także oddziałów intensywnej opieki medycznej i placówek neonatologicznych zajmujących się wcześniakami nie ma pacjentów umierających. Są tylko ciężko chorzy, których należy leczyć dopóty, dopóki „sprawa nie wymknie się z rąk”. Nie ma także umierania. Zastępuje je walka z chorobą, a śmierć staje się przegraną pacjenta, opiekującego się nim lekarza, pielęgniarki, w dużej mierze również jego najbliższych.

W Polsce naszkicowane procesy rozpoczęły się dopiero w latach 50. ubiegłego stulecia. Miały one gwałtowny przebieg ujawniający w skondensowanej postaci wszelkie wady medykalizacji śmierci. Zachód, powoli i niechętnie, ale jednak odchodzi od ideologii zaprzeczania skończoności i bezwzględnej z nią walki. W naszym kraju natomiast trwoga przed śmiercią, jaka ogarnęła cywilizację dwa i pół wieku temu, jest ustawicznie podsycana przez świat lekarski.

Rezultaty postawy przyjętej przez polskie kręgi medyczne można porównać do efektów samospełniającego się proroctwa. W zmedykalizowanej kulturze autorytetami są lekarze. Skoro mówią nam, że śmierć jest najgorszą rzeczą jaka może nas spotkać, to należy im wierzyć. Wiele wskazuje, że

pierwszymi ofiarami swojego nastawienia stali się medycy. Z lektury oraz rozmów ze studentami i doświadczonymi już lekarzami wiem, że mogliby się podpisać pod słowami warszawskiego onkologa profesora Cezarego Szczylika: „[Być może wybrałem onkologię dlatego], że bałem się śmierci. A jak się czegoś boisz musisz to oswoić. Pamiętam, że jak byłem na stażu i umierał mój pierwszy chory, to nie potrafiłem przy nim być. [...] Bałem się jego cierpienia, tego, że nie mogłem być dla niego wsparciem. Nie chciałem by zauważył, że tak samo jak on boję się śmierci”⁵.

Medycy wydają się być bardzo skutecznym generatorem trwogi przed śmiercią. Ich strach udziela się również pacjentom. Powstaje coś w rodzaju samonapędzającego się koła lęków tanatycznych. W formie syntetycznej wyraża je „empiryczny” argument pacjenta skaczącego z okna. Myślę, że również w Polsce nadchodzi czas demedykalizacji prawdy i pozbawiania jej własności eutanatycznych. Medycyna walki ze śmiercią napędzana lękami tanatycznymi staje się coraz bardziej dysfunkcjonalna: gwałtownie rosną finansowe koszty jej uprawiania i jednocześnie przysparza coraz więcej cierpień podopiecznym. Jej ewentualna naprawa wymaga rozważenia celów opieki zdrowotnej, owego dobra pacjenta.

Argument aksjologiczny – syndrom zasypanego górnika

Moralny zakaz mówienia prawdy choremu w stanie terminalnym bądź nakaz jej komunikowania w dużej mierze zależy od aksjologii przyjmowanej przez świat medyczny. Jeżeli założymy, że najwyższym dobrem pacjenta jest jego życie, wówczas już tylko niewielki krok dzieli nas od uznania walki o to życie za podstawowy obowiązek dobrego lekarza i najpierwszy cel medycyny. Zaniechanie walki lub jej niepodjęcie jest nie tylko przegraną lekarza (i medycyny), lecz także sprzeniewierzeniem się podstawowemu moralnemu obowiązkowi medyka. Około ośmiu lat temu emerytowana profesor ówczesnej Akademii Medycznej w Łodzi stwierdziła kategorycznie w rozmowie ze mną, że „lekarz hospicyjny to w ogóle nie lekarz”. Na moje pytanie dlaczego tak sądzi,

⁵ *Onkolodzy muszą kochać*, „Duży Format”, 14 lutego 2005, s. 13.

odpowiedziała: „Bo godzi się ze śmiercią podopiecznego i tym samym sprzeciwia się swemu powołaniu”.

W tej rozmowie i w wielu innych pojawiało się przekonanie, że istnieje najwyższy cel medycyny i że jest wyznaczony raz na zawsze. Było ono podjęte bez głębszej refleksji ze strony lekarzy i być może z tego powodu bardzo silne. Zgodnie stwierdzali, że medyk nie może (w sensie etycznym tego słowa) zaprzestać leczenia pacjenta czy okazać bezradność uprawianej przez niego sztuki. Gdy zaś wyczerpie wszystkie możliwości pozostaje mu nadzieja. Jak pisał Julian Aleksandrowicz, nestor polskiej hematologii, ma ona „ogromną moc terapeutyczną”⁶.

Gliwicki onkolog profesor Bogusław Maciejewski wypowiada się w tym samym duchu: „Pięć procent szans znaczy przecież, że pięciu pacjentów na stu zostałyby w tym przypadku wyleczonych. [...] Nawet jeden procent szans oznacza konkretne życie. Dlatego ostrożnie z liczbami. Wolę powiedzieć po ludzku: jest nadzieja”⁷. Dodam od siebie: i leczyć bezskutecznie 99% umierających pacjentów przysparzając im wielkich cierpień spowodowanych torturą terapii w imię iluzorycznej przecież nadziei.

Ewentualna chemio czy radioterapia służy podtrzymywaniu i urealnianiu nadziei. Jej skutki uboczne traktowane są jak koszty nadziei, jak negatywne a konieczne ujemne efekty leku o ogromnej mocy. Lekarz „przepisuje” nadzieję traktując ją jako tani i bardzo efektywny specyfik. Powiedzenie prawdy równa się odstawieniu tego leku; odstawieniu, którego nie można usprawiedliwić ani ekonomicznymi kosztami, ani niedostępnością na rynku, ani małą efektywnością leczniczą, ani wreszcie skutkami ubocznymi, które wszakże znacznie przewyższa moc terapeutyczna nadziei. Bezwzględny nakaz jej podtrzymywania sprzyja traktowaniu każdego umierającego pacjenta jak zasypanego górnika, którego należy ratować bez względu na szanse i koszty. Lekarze stawiając znak równości między nadzieją a lekiem, nie mają poczucia, że niemówienie prawdy jest wyborem moralnym. Upraszczając problem, są przekonani, że ich zachowanie nie

⁶ Aleksandrowicz, Duda [1988] s. 115.

⁷ Durczok [2005] s. 34.

odbiega od postępowania, w którym ordynują, np. jakiś antybiotyk na bakteryjną infekcję. W ten sposób unikają, jak sądzą, moralnych deliberacji i pozostają na znajomym dla nich i bezpiecznym gruncie medycyny-nauki.

Takie pojmowanie nadziei nieco rozjaśnia przywołany we *Wprowadzeniu* pogląd o eutanatycznych właściwościach prawdy. Częściowo tłumaczy także powszechne wśród lekarzy przekonanie, że choremu nie należy mówić prawdy o jego stanie także i dlatego, że pacjent nie jest w stanie pojąć zawichości procedur leczniczych. Lekarz, pozostając na znanym mu i na ogół obcym podopiecznym „obszarze terapeutycznym”, utrzymuje przewagę nad pacjentem wynikającą z wiedzy medycznej. Gdyby natomiast opuścił ten rejon i wszedł w strefę moralnych wyborów, mógłby się poczuć co najmniej równie bezradny jak jego chory.

Jak próbowałem pokazać, przekonanie o niezmiennym charakterze najwyższych celów medycyny jest najprawdopodobniej błędne. Aksjologia klasycznej medycyny hipokratesowej zdrowie uznawała za cel działań medyków. Lekarz tej tradycji nie zajmował się śmiercią i po zdiagnozowaniu „oznak śmierci” miał moralny obowiązek odejścia od łóżka umierającego pacjenta. Dominująca w Polsce medycyna walki również nie zajmuje się śmiercią. Jej system wartości skupiony na zachowaniu życia w codziennej praktyce nie uznaje takiej kategorii. Powstanie bioetyki stanowi sygnał wyczerpywania się tej aksjologii. Paul Ramsey, jeden z ojców założycieli bioetyki, naczelną wartość medycyny widział w opiece nad pacjentem⁸. W zarysowanej przez niego perspektywie aksjologicznej powinnością moralną lekarza jest *troska* o podopiecznego w zdrowiu, chorobie i umieraniu. W wymienionych stanach zmieniają się jedynie formy troski, ona 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 śmierci⁹.

⁸ Ramsey [1977] s. 161 i n.

⁹ Hansen, Callahan [1999] s. 1-54.

Zauważmy, że jest to nowość aksjologicznie bardzo radykalna. Bodaj po raz pierwszy w dziejach zachodniej medycyny na personel medyczny zostaje nałożony bezwarunkowy nakaz akceptacji umierania i otoczenia opieką pacjentów umierających.

Lekarz hipokratesowy po zdiagnozowaniu oznak śmierci musiał odejść od chorego. Lekarz troskliwy po stwierdzeniu stanu terminalnego ma moralny obowiązek zmienić formę troski z leczenia na opiekę. Nie walczy już z chorobą, ani tym bardziej ze śmiercią, lecz *towarzyszy* podopiecznemu w umieraniu, bacząc – aby w miarę możliwości – było ono spokojne. W pełni spokojna śmierć to umieranie bez bólu i zbytecznych cierpień. Powodują je przede wszystkim: nadmierne lęki tanatyczne, nieuzasadniona nadzieja jako mechanizm kompensujący te lęki, samotność i poczucie winy. Powiedzenie prawdy umierającemu pacjentowi stanowi nieodzowny warunek wstępny procesu redukcji cierpienia i jego wspomnianych przyczyn. Bez jej ujawnienia również nakaz towarzyszenia umierającemu będzie realizowany bardzo ułomnie. W etyce troski prawdomówność spełnia także ważne funkcje edukacyjne. Pokazuje nieuchronność śmierci, uczy umierania i bycia z umierającym. Bezpośrednimi podmiotami „wychowania tanatycznego” są terminalnie chorzy, ich rodziny oraz personel medyczny, natomiast podmiotem pośrednim jest całość społeczeństwa. Mówienie prawdy nie jest jednorazowym aktem lecz procesem trwającym tak długo jak umieranie. Angażuje ono, prócz pacjenta i lekarza, wielu innych aktorów, w tym bliskich i przyjaciół umierającego.

W zmedykalizowanej kulturze głównymi wychowawcami w edukacji ku spokojnej śmierci są lekarze, sami mocno skończonością zatrwożeni. Należy więc im pomagać w przewycięzaniu strachu, zarówno na poziomie instytucji medycznych, jak i całości kultury. Trzeba w oddziałach szpitalnych o wysokiej śmiertelności, w tym szczególnie onkologicznych, zatrudniać psychologów i rozbudowywać hospicja dla pacjentów umierających nie tylko na nowotwory. Na poziomie kultury należy pokazywać moralną problematyczność oraz finansowe i psychiczne koszty walki ze śmiercią za wszelką cenę. W edukacji społeczeństwa

zmierzającej ku uznaniu śmierci i ku medycynie troski ważna rola przypada także bioetykom i filozofom.

Lekarz akceptujący umieranie powinien jedynie w ostateczności korzystać z zasady przywileju terapeutycznego. Spokojna śmierć bardzo rzadko idzie z kłamstwem w parze, a moim zdaniem to się w ogóle nie zdarza, jeśli prawda jest choremu we właściwy sposób przekazywana. Generalnie rzecz biorąc, sięgnięcie po medyczne kłamstwo w etyce troski jest traktowane jak porażka w procesie obniżania lęków tanatycznych i godzenia się z własną skończonością. W pierwszym rzędzie ponoszą za nią moralną odpowiedzialność medycy i kierowane przez nich zespoły. Jednakże niemała część winy za porażkę nieprawdomowy spoczywa także na filozofach/bioetykach, planistach i organizatorach systemów opieki zdrowotnej.

Argument deontologiczny – schizofrenia moralna

Lekarz tradycji hipokratesowej paternalistycznie „urządzał życie chorym dla ich dobra”. Paternalizm w definiowaniu dobra przejęła medycyna walki. Dobro pacjenta jest w niej pojmowane w sposób wąsko medyczny, jako lekarski nakaz bezwzględnej walki o życie i zdrowie. Deontologiczną kontrakcją na jednostronnie przez lekarzy definiowaną zasadę dobroczynienia była sformułowana przez bioetykę zasada szacunku dla autonomii pacjenta. W pryncypializmie Toma Beauchampa i Jamesa Childressa jest ona definiowana na modłę liberalną jako (negatywna) wolność od ingerencji zewnętrznej i (pozytywne) prawo do własnego pojmowania dobra¹⁰. Mniej więcej do późnych lat 80. ubiegłego wieku pacjenci korzystali głównie z negatywnego aspektu zasady jako broni przed uporczywą terapią chętnie przez lekarzy (w Ameryce) aplikowaną w imię dobra podopiecznych. Obecnie chorzy bądź ich przedstawiciele odwołują się także do pozytywnej strony omawianego pryncypium, żądając leczenia w opinii lekarzy daremno¹¹.

¹⁰ Beauchamp, Childress [1996] s. 131-194; Villon [2001] s. 21-33.

¹¹ Pence [2000] s. 53-54.

Zasadę poszanowania autonomii pacjenta należy bezwzględnie odróżniać od normy szacunku dla pacjenta, w domyśle: dla pacjenta jako osoby¹². Pierwsza zasada, wywodząc się z liberalizmu, autonomię traktuje w sposób formalny. Drugie pryncypium silnie wiąże autonomię z wizją osoby, do której odwołuje się dana koncepcja etyczna. W interesującym nas kontekście prawdomówności w medycynie, zasada szacunku dla autonomii nakazuje lekarzowi uzyskać świadomą zgodę od pacjenta bądź jego przedstawiciela. Świadoma zgoda nie musi być zgodą po poinformowaniu. Pacjent bowiem może dobrowolnie zrezygnować z prawa do informacji i zdać się całkowicie na wiedzę i umiejętności lekarza. Korzysta wówczas z negatywnego aspektu tego pryncypium dającego mu prawo do niewiedzy. Prawo do wiedzy i prawo do niewiedzy mają tu jednakowy ciężar moralny.

Natomiast zasada szacunku dla pacjenta każe nam rozważyć o jakiej koncepcji osoby mówimy. Tytułem przykładu, w kantyzmie obowiązek wiedzy przeważa prawo do niewiedzy i zgoda autonomiczna będzie zarazem zgodą po poinformowaniu. Podobnie jest u protestanta Ramseya. Także etyka troski większą wagę przypisuje zgodzie po poinformowaniu. Moralny obowiązek wiedzy wynika w niej z antropologii akceptującej śmiertelność człowieka i jego podatność na zranienie¹³. Zgoda po poinformowaniu w etyce troski jest nakazem, który uchylić mogą jedynie specjalne okoliczności, między innymi, lęk przed śmiercią o intensywności równej trwodze „pacjenta skaczącego z okna”.

W kwestii informowania chorego o niepomyślnym rokowaniu mamy w Polsce do czynienia z czymś w rodzaju schizofrenii etycznej. W teorii obowiązuje lekarzy artykuł 17. *Kodeksu etyki lekarskiej* pisany pod niewątpliwym wpływem bioetyki kładącej nacisk na poszanowanie autonomii. Jego fragment istotny dla obecnej debaty brzmi następująco: *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*

¹² Lysaught [2004] s. 665-680.

¹³ Zob. Debata *Bioetyka i metafizyka*; w szczególności wypowiedzi Barbary Chyrowicz i Kazimierza Szewczyka, „Diametros” (2) 2004.

zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji¹⁴. W cytowanym zapisie paternalizm charakterystyczny dla naszych lekarzy został bardzo złagodzony. Przywilej terapeutyczny ograniczono do niezbędnego minimum wymaganego zasadą nieszkodzenia. W codziennej praktyce jednakże, jak pisałem, medycy pozostają dalej zaprzysięgłymi paternalistami.

Młody adept sztuki lekarskiej bombardowany jest sprzecznymi sygnałami moralnymi. Autorytet instytucjonalny, którego emanacją jest *Kodeks etyki lekarskiej* nakazuje mówić prawdę choremu o niepomyślnym rokowaniu, a z przywileju terapeutycznego czyni wyjątek. Starsi koledzy natomiast kategorycznie zakazują jej komunikowania. Wytwarza się męczący stan swoistej schizofrenii czy też rozdwojenia deontologicznego zagrażający integralności moralnej początkujących medyków. W sytuacji rozdwojenia złagodzenie paternalizmu w kodeksowej normie działa w sposób paradoksalny. Utrwala mianowicie syndrom skaczącego z okna pacjenta. Wyjaśnię ten paradoks: Aby ostatecznie zlikwidować rozdwojenie i być w zgodzie z artykułem 17. *Kodeksu*, adepci sztuki lekarskiej bez większego oporu zaczynają solidaryzować się ze skrajnie paternalistycznym głębokim przekonaniem bezpośrednich autorytetów, że *każdy* przypadek wyjawienia niepomyślnej prawdy spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego. To, co redaktorzy *Kodeksu* uznali za wyjątek, lekarze praktycy potraktowali jako bezwyjątkową regułę. W ten sposób nieujawnianie prawdy staje się zgodne z moralną praktyką i zapisem kodeksowym. W intencjach autorów antypaternalistyczny zapis w rzeczywistości pogłębia jeszcze ubezwłasnowolnienie umierających pacjentów.

Zakończenie – lekarze powinni przestrzegać artykułu 17. (który sami uchwalili)

Moim zdaniem, moralnym nakazem bioetyki jest mówienie prawdy. Z przywileju terapeutycznego lekarze powinni korzystać niezwykle rzadko, stosując się do ducha i litery art. 17. *Kodeksu etyki lekarskiej*.

¹⁴ *Kodeks etyki lekarskiej*, Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2004, s. 11.

Za prawdomównością przemawiają argumenty moralne i historyczne. Argumenty moralne są dwojakiego rodzaju: absolutystyczne i konsekwencjalistyczne. Do pierwszej grupy należy obowiązek podmiotowego traktowania podopiecznego, wynikający z faktu, że chory, także umierający, jest osobą, a nie wyłącznie pacjentem, który niegdyś był osobą.

Argumenty konsekwencjalistyczne dotyczą ujemnych skutków zatajania prawdy. Przywołam, według mnie, najważniejsze. Okłamywanie:

1. pogłębia samotność cierpiących i umierających, częstokroć zmuszając ich do gry i udawania. Na zajęciach poświęconych etycznym zasadom opieki terminalnej parokroć usłyszałem od uczestniczących w nich pielęgniarek, że umierający pacjent prosił je, aby nic nie mówiły rodzinie, rodzina zaś żądała kategorycznie, by siostra zataiła prawdę przed chorym;
2. wzbudza poczucie winy u chorego, często pozornie niewinną konstatacją: „pacjent nie reaguje na leczenie” i obarcza go odpowiedzialnością za śmierć, jako przegraną. W tym kontekście można wręcz mówić o „syndromie przyjaciół Hioba”. Lekarze, podobnie jak przyjaciele biblijnego bohatera, zamiast pocieszać chorego, sugerują mu, że jego cierpienie jest przez niego zawinione;
3. zwiększa strach przed śmiercią i cierpieniami umierania, skutkiem czego:
 - a. nasila postawy proeutanatyczne;
 - b. czyni umieranie drogim przyczyniając się do niesprawiedliwej dystrybucji świadczeń zdrowotnych.

Mówienie nieprawdy umierającym, jak próbowałem pokazać, ma historyczny rodowód. Wiele przemawia za tezą, że w obecnych warunkach jest to już anachronizm, który należy odrzucić.

Bibliografia

- Aleksandrowicz, Duda [1988] – J. Aleksandrowicz, H. Duda, *U progu medycyny jutra*, PWN, Warszawa 1988.
- Beauchamp, Childress [1996] – T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzyński, KiW, Warszawa 1996.
- Dubos [1962] – R. Dubos, *Miraże zdrowia. Utopie, postęp i zmiany biologiczne*, PZWL, Warszawa 1962.
- Durczok [2005] – K. Durczok, *Wygrać życie*, Znak, Kraków 2005.
- Gillon [2001] – R. Gillon, *Etyka medyczna – cztery zasady plus zakres*, w: *Dylematy bioetyki*, red. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, Akademia Medyczna w Łodzi, Łódź 2001.
- Hansen, Callahan [1999] – *The Goals of Medicine. The Forgotten Issues in Health Care Reform*, red. M. J. Hansen, D. Callahan, Georgetown University Press, Washington 1999.
- Lysaught [2004] – M. T. Lysaught, *Respect: Or How Respect of Persons Became Respect for Autonomy*, „Journal of Medicine and Philosophy” (6) 2004.
- Nulland [1993] – S. B. Nulland, *Jak umieramy*, Świat Książki, Warszawa 1993.
- Pence [2000] – G. E. Pence, *Classic Cases in Medical Ethics*, McGraw-Hill Higher Education, Boston 2000.
- Ramsey [1977] – P. Ramsey, *Pacjent jest osobą*, PAX, Warszawa 1977.
- Thomas [1991] – L. V. Thomas, *Trup. Od biologii do antropologii*, Wydawnictwo Łódzkie, Łódź 1991.