



Etyczna problematyka chorób przewlekłych

dr Grzegorz Hołub SDB
Katedra Bioetyki Papieskiej Akademii Teologicznej
w Krakowie

Wprowadzenie

Dyskusja wokół pojęcia choroby toczy się tak długo, jak długo człowiek zмага się ze złym samopoczuciem i różnego typu dolegliwościami. Za chorobę można uznać „dynamiczny zespół zaburzeń czynności organizmu wywołany czynnikami chorobotwórczymi zewnętrznymi lub wewnętrznymi. Czynnościowym zaburzeniom zazwyczaj towarzyszą morfologiczne zmiany komórek, tkanek i narządów oraz zakłócenia mechanizmów regulujących ustrój”.¹ Do wewnętrznych czynników chorobotwórczych można zaliczyć uwarunkowania genetyczne, a także te związane z wiekiem i płcią. Do czynników zewnętrznych należą natomiast różnego typu determinanty środowiskowe czy psychiczne.

Pewnym doprecyzowaniem pojęcia choroby jest określenie jej mianem przewlekłej. Amerykańska Komisja ds. Chorób Przewlekłych (Commission on Chronic Illness) uznaje za takie „wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które posiadają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe; pozostawiają po sobie inwalidztwo; spowodowane są przez nieodwracalne zmiany patologiczne; wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego nadzoru, obserwacji czy opieki”.²

Choroby przewlekłe niosą ze sobą wiele niedogodności tak obiektywnych, jak i subiektywnych. Do tych pierwszych zalicza się na przykład długotrwałą konieczność zażywania leków, bycia w stałym kontakcie z placówkami opieki zdrowotnej czy też prowadzenia odpowiedniego (najczęściej

bardziej rygorystycznego) stylu życia. Niedogodności subiektywne są związane z całą gamą przeżyć psychicznych i duchowych. Podstawową reakcją człowieka, który się dowiedział o swojej chorobie przewlekłej, jest stres psychologiczny.

Sposób i intensywność przeżywania tego dyskomfortu psychicznego zależą od całościowego obrazu choroby przewlekłej – od tego, czy choroba ma złe rokowanie i stawia chorego w sytuacji bezradności (np. nowotwory złośliwe), czy też choroba poddaje się kontroli i chory może mieć poczucie panowania nad nią (np. nadciśnienie tętnicze, astma, cukrzyca).

U chorego na nowotwór złośliwy pomimo podejmowanych wysiłków terapeutycznych istnieje spore prawdopodobieństwo, że choroba będzie miała niepomyślny przebieg i doprowadzi do przedwczesnej śmierci. Chory może być pogrążony w permanentnym i silnym stresie, odczuwać lęk przed śmiercią, przed osamotnieniem i bólem, strach przed nieznanym czy nawet wstyd.³

W chorobach poddających się kontroli ich odpowiednie leczenie może wyraźnie poprawić stan zdrowia i jakość życia.⁴ Taka choroba często nie jest kojarzona z zagrożeniem życia czy poważnym kalectwem, a świadomość możliwości zapanowania nad jej przebiegiem sprawia, że odczuwany stres jest mniejszy niż w przypadku choroby nowotworowej.⁵

Aspekt filozoficzno-etyczny chorób przewlekłych

Wymienione czynniki psychoegzystencjalne dają wystarczająco mocne powody, aby postawić problem chorób przewlekłych jako zagadnienie etyczne. Z jednej strony bowiem sytuacja, w jakiej znajduje się człowiek chory i towarzyszące jej silne przeżycia egzystencjalne, stawiają go przed całą

serią wyborów o charakterze moralnym. Z drugiej zaś – również lekarz podejmujący się leczenia musi podjąć pewne decyzje, które wykraczają poza czysto merytoryczne (biomedyczne) rozeznanie stanu chorobowego.

Z perspektywy bioetyki personalistycznej można wskazać na istnienie pewnych fundamentalnych obowiązków. Pacjent ma moralny obowiązek troszczenia się o swoje zdrowie. Wypływa on z rozumienia ludzkiego życia jako dobra podstawowego, którego odpowiednia jakość powinna być utrzymywana za pomocą proporcjonalnych środków.⁶ W odniesieniu do lekarza natomiast istnieje obowiązek adekwatnego troszczenia się o powierzony jego opiece przewlekle chorego. Ten typ zobowiązania uwarunkowany jest konsekwencjami wypływającymi z przysięgi Hipokratesa. Niesienie ulgi w bólu i cierpieniu spowodowanym przez chorobę jest aksjomatem deontologii lekarskiej.⁷

Realizacja powyższych założeń może się dokonywać w dwu odmiennych modelach terapeutycznych. Ich prezentacja wprowadza jeszcze głębiej w szczegółowe kwestie moralne chorób przewlekłych. Chodzi tu o model biomedyczny i model holistyczny (aksjomedyczny).⁸

Model biomedyczny

W podejściu biomedycznym ludzki organizm można całkowicie wytłumaczyć w kategoriach procesów empirycznych. Procesy te z kolei są badane metodami właściwymi dla takich nauk, jak fizyka, chemia, a także biologia (i nauk pochodnych). Organizm, jak podpowiada teoria ewolucji, dąży jedynie do reprodukcji i przetrwania. Po uwzględnieniu tych celów powstanie analogia między organizmem biologicznym a mechanizmem, który sterowany pewnymi procesami lepiej bądź gorzej osiąga pewne cele. Konsekwentnie więc do dobrego zrozumienia organizmu będzie konieczny rozbiór złożonego biomechanizmu na prostsze elementy. Te łatwiej poddają się bowiem procesowi badawczemu. „(...) Wiedza medyczna – jak stwierdza w tym kontekście Szawarski – jest sumą wiedzy gromadzonej przez poszczególne dyscypliny cząstkowe, zajmujące się poszczególnymi organami lub układami biologicznymi człowieka”.⁹

W tym modelu terapeutycznym ludzki umysł i życie duchowe nie mają większego znaczenia. Uznaje się je za wyższe funkcje materii, które koniec końców można zredukować do jakości empirycznych; albo też się twierdzi, że są one paralelnie dołączone do ludzkiego organizmu i nie mają istotnego wpływu na jego funkcjonowanie. Zdrowie człowieka w tym podejściu jest rozumiane wyłącznie jako prawidłowo funkcjonujący organizm biologiczny. Choroba więc będzie interpretowana jako zakłócenie tych normalnych funkcji ludzkiego ciała.¹⁰

Leczenie w modelu biomedycznym będzie polegało na ustaleniu przyczyny odstępstwa od normy w przebiegu poszczególnych procesów biochemicznych i na poszukiwaniu środków, aby temu zaradzić. Lekarz całą swoją uwagę poświęci analizie danych empirycznych i poszukiwaniu remedium na zaistniałe anomalie. Z pola widzenia lekarza zniknie natomiast pacjent jako człowiek i osoba. W centrum pozostanie tylko jego źle funkcjonujący organizm biologiczny. Można podejrzewać, że w warstwie deklaratywnej będzie się prezentowało ten model jako podejście ściśle naukowe i merytoryczne do procesu leczenia.

W odniesieniu do chorób przewlekłych może to mieć dotkliwe konsekwencje. Pacjent przeżywający swoją chorobę w atmosferze lęku, niepewności i stresu psychologicznego może się poczuć jeszcze bardziej odizolowany od naturalnego biegu życia. Uznanie przez lekarza za nieistotne takich elementów jak: dialog z pacjentem, umiejętność wsluchania się w jego obawy, nadzieje, próba przedyskutowania z pacjentem albo z jego rodziną perspektyw terapeutycznych – może spowodować u chorego poczucie marginalizacji i zredukowania do kolejnego przypadku chorobowego.¹¹ Można wówczas oczekiwać, z dużą dozą pewności, że stan pacjenta się pogorszy. Najczęściej będzie to miało swoje przełożenie na konkretne, negatywne wyniki badań biochemicznych i zakłócone funkcjonowanie poszczególnych narządów.

Model biomedyczny terapii może być jednak wygodnym parawanem dla personelu medycznego. Nie wymaga on wchodzenia w głębsze relacje osobowe z pacjentami. „Chroni” on więc przed wczuwaniem się w realną sytuację osoby chorej. W ten sposób można się oczywiście zdystansować od problemu bólu i cierpienia tego człowieka. Wydaje się jednak, że komfort psychiczny moralnie



nie usprawiedliwia odmowy wejścia w kontakt osobowy. Lekarz nie ma obowiązku identyfikowania się z osobistymi problemami pacjenta (choć może przyjąć taką postawę). Przy czym swoista ucieczka przed postawą solidarności z cierpiącym może być typem reakcji obronnej, a niekiedy nawet wyrazem rutynowego trywializowania cierpienia, które ma „konkretną twarz”.

Również od strony osoby chorej biomedyczny model terapii może być postrzegany jako wygodny. Brak osobowego odniesienia do lekarza i personelu medycznego stwarza okazję do nieujawniania prawdziwego stosunku pacjenta do nowej, najczęściej rygorystycznej sytuacji terapeutycznej. Jak stwierdza C. Viafora: „Dla pacjenta «postmodernistycznego» wezwanie, aby przystosować się do wymogów własnej choroby może prowadzić do nieznośnej konfrontacji ze swoim osobistym stylem życia. Jest więc tak, że bezosobowość [terapii] staje się «ponętą» także dla pacjenta”.¹²

Model holistyczny (aksjomedyczny)

Rozumienie zdrowia, choroby i terapii w obrębie podejścia holistycznego jest odmienne od tego, który prezentuje paradygmat biomedyczny. Jest ono szersze i obejmuje większą liczbę czynników. Przede wszystkim inne jest rozumienie chorego człowieka. W przeciwieństwie do poprzedniego stanowiska człowiek rozumiany jest jako istota, która oprócz aspektu cielesnego posiada również swój wymiar psychiczny i duchowy.

W modelu aksjomedycznym – jak stwierdza Szawarski – „zdrowie nie sprowadza się jedynie do sprawności systemu biologicznego, lecz stanowi stan dynamicznej równowagi wielu systemów obejmujących biologiczne, psychiczne i społeczne poziomy funkcjonowania jednostki”.¹³ Tak więc to, że człowiek ma jakieś schorzenie somatyczne, nie decyduje jeszcze o tym, że jest on chory. Jeśli bowiem subiektywnie czuje się on dobrze i może realizować swoje podstawowe cele życiowe, wówczas w modelu holistycznym ktoś taki będzie uznany za jednostkę raczej zdrową.

Podejście to więc traktuje chorobę jako złożony proces, który rozgrywa się na wielu płaszczyznach. Aby się więc uporać z tym fenomenem, należy uwzględnić tę złożoność i szukać remedium na wielu poziomach ludzkiej egzystencji. Model

holistyczny nie pomniejsza roli badań ściśle empirycznych (biomedycznych). Jednak szczególne miejsce przyznaje on wewnętrznym, duchowym zdolnościom i siłom człowieka. Stąd jako istotne w procesie terapii pojawią się takie zagadnienia jak równowaga psychiczna, jasno określone cele życiowe, sposób przeżywania wartości duchowych. Model ten będzie naturalnie podkreślał łączność pomiędzy chorobami somatycznymi a ludzką psychiką i duchowością.

W dziedzinie chorób przewlekłych podejście to niesie ze sobą duże nadzieje. Jest tak dlatego, że etiologia tego typu chorób jest niejednokrotnie trudna do ustalenia i istnieją uzasadnione przypuszczenia, że ważną rolę odgrywają w niej czynniki psychiczne.¹⁴ Stąd próba odczytania szerszego tła powstawania i przebiegu tych chorób może dać bardziej owocne rezultaty.

Podejście do terapii chorób przewlekłych w świetle modelu holistycznego zainicjuje szeroką płaszczyznę dialogu między pacjentem a lekarzem. Wydaje się nawet, że rolę lekarza będzie można tu rozumieć nieco szerzej. Oprócz prowadzenia terapii ściśle biomedycznej jego zadaniem będzie bowiem jasne i intencjonalne odniesienie się do całej osoby pacjenta. Stąd w funkcji leczącego będą partycypować również takie osoby jak psycholog, etyk czy duchowny. Terapia więc będzie tu typem „dialogu” tak z zakłóconymi procesami biochemicznymi i czynnościowymi, jak i ze światem przeżyć psychicznych, moralnych i duchowych osoby chorej.

Model holistyczny jest podejściem dosyć wymagającym. Od indywidualnego lekarza wymaga on wypracowania większej wrażliwości na człowieka i jego cierpienie. Wyrazem tego będzie umiejętność poświęcenia większej ilości czasu na rozmowę z pacjentem. To zaś będzie wymagać posiadania pewnych umiejętności psychoterapeutycznych (np. umiejętności aktywnego słuchania, empatii itd.). Gdyby jednak nałożyć obowiązek realizacji wymagań tego modelu na zespół specjalistów, wówczas powstanie konieczność zorganizowania pewnego wyspecjalizowanego środowiska terapeutycznego. Od strony pacjenta zaś podstawowym wymogiem będzie wolna decyzja do włączenia się w tak rozszerzoną metodę leczenia. Chodzi więc o to, że osoba chora musi chcieć ujawnić swoją tożsamość (osobowościową i duchową).

Zasadniczą kategorią antropologiczno-etyczną modelu holistycznego jest pojęcie dialogu. W praktyce jest to relacja dosyć trudna do realizacji. Wymaga ona odpowiedniej dojrzałości osób i obopólnej chęci partnerskiego spotkania. Wykluczone są więc takie postawy, jak chęć manipulowania drugim człowiekiem czy postawa paternalizmu. Stąd decyzja o wejściu w dialog i o jego kontynuacji jest zawsze decyzją etyczną. Dialog jednak – co jest istotne – oddaje prawdę o chorobie, która nie jest tylko serią zakłóceń w procesach biochemicznych czy czynnościowych organizmu. Mamy bowiem zawsze do czynienia z chorą osobą, a nie tylko ze schorowanym organizmem.

Zakończenie

Z przedstawionych modeli terapii chorób przewlekłych w podejściu holistycznym lepiej widać to, że choroba dokonuje się w życiu konkretnej i niepowtarzalnej osoby. Stąd zmaganie się z tym stanem zawsze ma swój jedyny rys terapeutyczny. Lekarz i pacjent powinni więc sobie uświadomić ów personalny charakter leczenia. Nie oznacza to oczywiście, że w imię rozszerzonego spojrzenia na chorobę należy osłabić działania typu empirycznego. Chodzi bardziej o to, aby przeciwstawić się bezosobowości terapii ujawniającej się w redukcjonistycznym, technicyzowanym czy biznesowym podejściu do leczenia. Nie można się zgodzić na przykład na to, aby lekarz stał się pośrednikiem między pacjentem a przemysłem farmaceutycznym czy też agentem działającym z upoważnienia przemysłu medycznego.¹⁵

Leczenie chorób przewlekłych nie zawsze może się zakończyć sukcesem terapeutycznym. Pomimo wysiłków lekarzy, dobrej woli pacjenta i jego aktywnego współdziałania przebieg procesu chorobowego może być długotrwały i niepomyślny. Osobowa relacja pomiędzy leczącym i leczonym może jednak podnieść dokonujące się przedsięwzięcia na poziom spotkania osób, a tym samym pomóc jednej i drugiej stronie bardziej stawać się człowiekiem.

Przypisy

1. L. Szczepaniak: Choroba. W: A. Muszala, red.: Encyklopedia bioetyki: personalizm chrześcijański, głos Kościoła. Radom, Polwen, 2005: 82
2. F.C. Shontz: Ciężkie choroby przewlekłe. W: J.F. Garrett, E.S. Levine, red.: Praktyka psychologiczna w rehabilitacji inwalidów. Tłum. Z. Obniski. Warszawa, PZWL, 1972: 300

3. A. Gąluszka: Człowiek przewlekle chory: aspekty psychoegzystencjalne. Katowice, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, 2005: 63–64
4. Tamże: 66
5. Tamże: 67–68
6. A. Bartoszek: Środki proporcjonalne i nieproporcjonalne leczenia. W: A. Muszala, red.: Encyklopedia bioetyki, dz. cyt.: 447
7. Zob. Przyrzeczenie lekarskie i Kodeks etyki lekarskiej art. 2. ust. 1. W: T. Brzeziński: Etyka lekarska. Warszawa, PZWL, 2002: 317–318
8. Gąluszka wyszczególnia model biomedyczny i holistyczno-ekologiczny za: H. Sęk i wsp.: Subiektywne koncepcje zdrowia: wybrane uwarunkowania. Przegl. Psychol., 1992; 35, 3: 351–363. Zob. Gąluszka A.: dz. cyt.: 28. Szawarski natomiast wskazuje na model biomedyczny i aksjomedyczny. Zob. Z. Szawarski: Mądrość i sztuka leczenia. Gdańsk, Wyd. Słowo/Obraz Terytoria, 2005: 69. Wydaje się, że w odniesieniu do tego drugiego modelu, holistyczno-ekologiczne rozumienie dotyczy szerszego spektrum czynników. Jednak w omówieniu tych modeli w znacznej mierze wykorzystam analizy Z. Szawarskiego zawarte w: Tamże: 70–80
9. Tamże: 70–71
10. Tamże: 71
11. C. Viafora: Fondamenti di bioetica. Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 1989: 129–130
12. C. Viafora: La bioetica alla ricerca della persona negli „stati di confine”. W: C. Viafora, red.: La bioetica alla ricerca della persona negli stati di confine. Padova, Fondazione Lanza, Gregoriana Libreria Editrice, 1994: 25
13. Z. Szawarski: dz. cyt.: 76
14. Zob. K. Czubalski: Znaczenie czynników psychicznych w niektórych chorobach wewnętrznych a postępowanie lekarza internisty. W: M. Jarosz, red.: Psychologia lekarska. Warszawa, PZWL, 1988: 390–402
15. Z. Szawarski: O pojęciu wyleczenia. W: W. Bołoz, E. Wolnicz-Pawłowska, red.: Życie i zdrowie człowieka w tradycji i kulturze polskiej: materiały konferencji „Problematyka życia i zdrowia w tradycji i kulturze polskiej” Warszawa, 16 października 2003. Warszawa, Wyd. Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, 2004: 128. Szczególnie trafnie zwraca na to uwagę Biesaga. Zob.: T. Biesaga: Etyczne konsekwencje komercjalizacji medycyny. Med. Prakt., 2005; 9: 19–23

Tadeusz Biesaga SDB

Elementy etyki lekarskiej



Dokumenty źródłowe etyki lekarskiej

Przysięga Hipokratesa a etyka medyczna, Karta Pracowników Służby Zdrowia, Europejska Konwencja Bioetyczna, Kodeks Etyki Lekarskiej

Filozoficzne podstawy etyki lekarskiej

Uzasadnienie norm moralnych w bioetyce, Właściwe i niewłaściwe cele medycyny, Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny, Etyka cnót w etyce medycznej, Zagrożenia sumienia lekarza, Etyczne konsekwencje komercjalizacji medycyny

Etyka początku życia

Status embrionu – stanowisko personalizmu ontologicznego, Podmiotowość osobowa i moralna pacjenta, Źródła ideologii aborcyjnej, Komórki macierzyste i klonowanie człowieka – nadzieje i zagrożenia

Etyka końca życia

Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci, Wobec zgody domniemanej i zawłaszczania zwłok do transplantacji, Podmiotowość człowieka chorego i umierającego, Wobec uporczywej terapii, Eutanazja – śmierć godna czy niegodna?

wydawca: Medycyna Praktyczna
format 168x240, oprawa twarda
objętość 192 strony,
numer katalogowy 3489
cena 40 zł (cena klubowa 36 zł)

Zamówienia: tel. 0800 888 000, <http://ksiegarnia.mp.pl>