

LEKARSKI ETOS W RELACJACH Z PACJENTEM

MEDICAL ETHOS IN THE FIELD OF INTERPERSONAL RELATIONS

Edmund Anczyk¹, Adam Anczyk²

¹ Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu, Zakład Polityki Zdrowotnej

² Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Wydział Filozoficzny

Streszczenie

Głównym celem niniejszego artykułu jest prezentacja najpopularniejszych metafor słownych (służba, powołanie, sztuka) używanych w celu definiowania etosu lekarskiego w mowie potocznej i sprawdzenie ich oddziaływania na codzienną praktykę kliniczną. Metaforycznie pojmowany etos lekarski jest przez nas definiowany, a następnie konfrontowany z rzeczywistością – obecnie ukonstytuowaną formą organizacji służby zdrowia. Uważamy obszar relacji interpersonalnych (relacje lekarz-pacjent) za główne pole realizacji postulatów etyki zawodowej (zarówno postulatów zawierających się w metaforyzacjach etosu, jak i skodyfikowanych zasad etycznych takich jak Kodeks Etyki Lekarskiej). Zauważamy, że zjawisko reifikacji pacjenta jest jedną z głównym przeszkód stojących na drodze pełnej realizacji etosu zawodowego w codziennej pracy lekarza. W artykule pokazujemy, że nawet metaforycznie pojmowany etos lekarski wywiera istotny wpływ na praktykę zawodową i efektywność leczenia, dlatego też nie należy ignorować tego zjawiska przy ustalaniu standardów odpowiedzialności zawodowej.

Słowa kluczowe: *etyka lekarska, stosunki interpersonalne, odpowiedzialność zawodowa.*

Abstract

The main idea of this article was to present the most popular verbal metaphors (service, calling, art) used to describe medical ethos in common language and to see what impact they have on everyday clinical practice. Metaphorical ethos of a physician is defined, and then confronted with the reality of organization of medical assistance. We regard the area of interpersonal relations with the patient as a main field of realization of postulates of professional ethics (both metaphorical and those common-use postulates and codified as Codex of Medical Ethics). Also we regard the phenomenon of reification as one of the main impediments on a way of realization of medical ethos in an everyday work of a physician. In the article we conclude that even metaphorically formulated professional ethos has a substantial influence on medical practice and therapy effectiveness, and therefore can't be underestimated, when we are determining standards of professional responsibility.

Keywords: *medical ethics, interpersonal relationships, professional responsibility.*

Nadesłano: 2.09.2009

Zatwierdzono do druku: 9.09.2009

Lekarzem się jest, a nie bywa.

(Przysłowie)

Współczesna medycyna zmieniając się w zawrotnym tempie przynosi swoim adeptom coraz więcej dylematów moralnych. Obecnie prawidła deontologii lekarskiej i skodyfikowana etyka zawodowa przestają wystarczać aby odpowiedzieć na wszystkie pytania pojawiające się z burzliwym rozwojem nauk medycznych. Zawód lekarza ma za sobą długą historię. W zachodnim kręgu kulturowym lekarze już dwa i pół tysiąca lat podążają drogą wytyczoną przez Hipokratesa. Zasady postępowania sformułowane w przysiędze do dzisiaj definiują lekarski etos. W tej przysiędze wyłożona została elementarna zasada zawodu lekarskiego – należy zawsze nieść pomoc potrzebującym. Zawód lekarza został tym samym wyróżniony spośród wielu profesji, gdyż lekarzem się jest zawsze, a nie jest się nim od czasu do czasu. Brak stosowania się do elementarnych zasad etyki ma swoje – czasem przerażające – konsekwencje. Jedną z nich była bierność niemieckich środowisk lekarskich wobec eksperymentów medycznych przeprowadzanych na osobach niepełnosprawnych i chorych psychicznie jeszcze przed wybuchem II wojny światowej [1]. Wkrótce potem później rozpoczął się czarny okres w dziejach medycyny – okres pozbawionych kontroli, bezlitosnych eksperymentów medycznych i uzasadnianej „naukowo” eksterminacji milionów ludzi. Lekarze nadzorujący eksperymenty na ludziach i procesy masowej eksterminacji, a także wielu prominentów środowiska medycznego zapomnieli na czym polegać ma praca lekarza¹. Zapomnieli, bądź chcieli zapomnieć, o własnym etosie, a konsekwencje tej osobliwej „amnezji” okazały się katastrofalne. Dlatego też i dziś warto przypominać adeptom medycyny co to znaczy być lekarzem.

Być lekarzem to przede wszystkim stale obcować z najintymniejszymi obszarami ludzkiej egzystencji. Lekarz w swojej praktyce ma do czynienia głównie z ciałem człowieka. Intymny charakter relacji potęguje fakt, że medyk spotyka ciało innego człowieka w stanie niedoskonałym – chorym i potrzebującym. Kontakt lekarza z ciałem pacjenta nie ma w sobie nic z relacji antycznych rzeźbiarzy pokroju Fidiasza czy Myrona, którzy mieli do czynienia z fizycznością piękną, a którą oni sami wedle panujących podówczas kanonów idealizowali. Lekarz zaś od zamierzchłych początków formacji zawodu stykał się w swojej pracy z ciałem brzydkim, zdeformowanym, nierzadko cuchnącym i odrzucającym. Lekarz zastaje ciało człowieka – element konstytuujący ludzkie istnienie – w stanie niemocy. Chorym ciałem, może być każdy człowiek – lekarze czuwali przy łożach wodzów, cesarzy, papieży i dygnitarzy partyj-

nych, widząc ich w stanie, w którym oglądali ich jedynie najbliżsi. Cieleśna niedyspozycja człowieka udającego się do lekarza zmienia w pewien sposób jego kondycję społeczną – w gabinecie lekarskim nawet władca staje się pacjentem, osobą potrzebującą i oczekującą pomocy. Stąd zawód lekarza jest nie tylko profesją osobistą i intymną, jest również zawodem najściślejszego zaufania publicznego. Do popularnie zwanego „doktora” w dzisiejszych czasach może zgłosić się każdy człowiek, gdyż dostęp do usług medycznych w rozwiniętych krajach cywilizacji zachodniej jest powszechny. Dlatego też niezależnie od tego, czy dana społeczność traktuje, bądź traktowała profesję lekarską jako wyuczony zawód czy też jako powołanie do służby, niezbędne wydaje się wprowadzenie ścisłych wskazówek i praw regulujących funkcjonowanie praktyki medycznej [3]. Podwójny charakter zawodu lekarza, jednocześnie jednostkowy (intymny) i społeczny (publiczny), sprawia, że regulacje i wytyczne muszą obejmować bardzo szeroki zakres zagadnień, w wielu wypadkach przekraczając swoją treścią normy postępowania ustalone dla innych zawodów.

Jedną z takich regulacji istniejących w polskiej rzeczywistości jest Kodeks Etyki Lekarskiej [4], dokument, którego treść pozostaje w wielu punktach w zgodzie z rozporządzeniami międzynarodowymi. W niniejszym artykule chcemy skoncentrować się na intymnym, jednostkowym aspekcie etyki lekarskiej, a mianowicie na problematyce realizacji typu idealnego² lekarza w rzeczywistości polskiej służby zdrowia. W celu dookreślenia zagadnienia używamy pojęcia etosu lekarskiego, które sygnuje zbiór twierdzeń i zaleceń etycznych, które konsekwentnie wcielane w życie owocują wytworzeniem swojego rodzaju „lekarza doskonałego” [6]. Etos lekarski nie jest pojęciem statycznym, lecz dynamicznym, gdyż swoją realizację może mieć jedynie w sferze stosunków międzyludzkich, a ściślej w relacji z pacjentem. Nie można być doskonałym lekarzem tylko dla siebie, w obrębie własnej osoby, gdyż lekarzem jest się zawsze dla kogoś. Dialogiczny charakter profesji medycznej sprawia, że bardzo często przy ocenie

¹ Por. jedną z relacji: „Jedno jest pewne: 24 maja 1943 roku elity medyczne dowiadują się o eksperymentach w Ravensbrück. Obecni są wszyscy ci, którzy mają pozycję i nazwisko. Najważniejsi przedstawiciele niemieckiej medycyny uznają doświadczenia za niepotrzebne i okrutne. Ale żaden z nich nie protestuje, żaden nie wycofuje się ze swojego stanowiska. W maju 1943 roku koryfeusz stanu lekarskiego zdradzają wszelką etykę lekarską. To tłumaczy, dlaczego po 1945 roku nikt nie był zainteresowany wyjaśnieniem zbrodni medycyny o nieznanym do tej pory wymiarze.” [2]

² Nie mamy oczywiście na myśli pojęcia typu idealnego, sformułowanego przez Maxa Webera [5] jako powszechnego wzorca funkcjonującego w społeczeństwie, a raczej ideał zawodowy – profil etyczny godny naśladowania.

etycznych właściwości postępowania lekarza bierze się pod uwagę jakość relacji lekarz–pacjent, oraz jej utylitarne konsekwencje – skuteczność terapeutyczną [7]. Realizacja postulatów etycznych dotyczących relacji z pacjentem jest zatem istotnym wymiarem weryfikacji działalności lekarskiej. Od jej jakości zależy nie tylko cały proces terapeutyczny i wizerunek lekarza jako jednostki, ale także odbiór społeczny zawodu. Zaufanie dla stanu medycznego winno być przedmiotem troski zarówno przedstawicieli tejże profesji jak i ogółu społeczeństwa. W społeczności, w której często spotyka się z lekarzem niejako „anonymowo” (tj. prawo wyboru lekarza, specjalizacja w obrębie medycyny, jak też i mobilność jednostek sprawiają, że obecnie korzysta się z usług o wiele większej ilości lekarzy niż w ubiegłych wiekach) ogólne nastawienie do medyków jest fundamentem, na którym buduje się skuteczną relację terapeutyczną. W trosce o jakość tejże racji formułuje się zatem zasady i wskazówki określające lekarski etos, z wyraźnym zaleceniem jego praktycznej realizacji.

Etos lekarza – definicja i metaforyzacja

Terminem „etos”, wywodzącym się z języka starogreckiego (*ethos/εθος*), określa się normy postępowania sankcjonowane przez tradycję, uwarunkowania historyczne i społeczne oraz podzielane przez zbiorowość poglądy moralne [8]. Konkretyzacją tego terminu jest etos zawodowy – reguły postępowania etycznego dotyczące przedstawicieli danej profesji. Częstokroć, jak w przypadku lekarzy, przyjęcie określonego etosu jest warunkiem sine qua non uzyskania kompetencji zawodowych. Łamanie zasad etycznych, których zobowiązało się przestrzegać niesie ze sobą konsekwencje prawne – od upomnienia czy nagany, aż po zakaz prowadzenia działalności zawodowej. Widzimy zatem, że kodeksy zasad etycznych nie są jedynie luźnym zbiorem twierdzeń, lecz w wielu przypadkach dokumentami o charakterze prawodawczym. Składana przysięga akceptacji kodeksu zawodowego jest po pierwsze wyrazem solidarności z pewnym zestawem wartości etycznych i po drugie prawnym zobowiązaniem do ich przestrzegania. Stąd płynie wniosek, że medycyna nie da się uprawiać inaczej niż zgodnie z etosem – lekarz nie stosujący się do tychże zaleceń naraża się na utratę kompetencji zawodowych. Warto przypominać o tej prawidłowości, jeśli w praktyce spotykamy się z niewypełnianiem wytycznych etosu zawodowego.

Lekarz to zawód wysoce specyficzny pod względem etycznym, także pod względem definiowania etosu. Często definiując etos zawodowy lekarza używa się metafor słownych, z których trzy najpopularniejsze przytaczamy poniżej. W literaturze

spotkać się można ze stosowaniem terminu „powołanie”, w celu ukazania tejże specyficzności [9]. To samo dotyczy używania słowa „służba” jako synonimu pracy lekarza, a także innych pracowników sektora medycznego. Lekarz jest zatem osobą „powołaną do służby” i to stwierdzenie wyróżnia ową profesję spośród wielu innych zawodów [10]. Na przykład w przypadku rzemiosła, praca zawodowa może być powołaniem i służbą, lecz zależy do w dużej mierze od różnic indywidualnych. W przypadku lekarzy, lub szerzej – służby zdrowia, jest to kwestia kontekstu – bycie lekarzem to synonim bycia powołanym do służby ludziom. Powołanie, popularnie kojarzone z elementem transcendencji (często o prominencji nadprzyrodzonej) zmienia w istotny sposób etos tego zawodu. Trudno przecież być powołanym jedynie od siódmej do piętnastej, z przerwą na kawę (i tym samym przerwą w powołaniu) i pod koniec pracy składać swoje powołanie wraz z białym fartuchem w dyżurnej szafce. Ponadto lekarz może być rzeczywiście powołany i to niekoniecznie przez transcendencję, a przez społeczeństwo w zaludnionym audytorium teatru, i zamiast „Ja jestem Bóg Abrahama i Bóg Izaaka i Bóg Jakuba” (Mt, 22, 32) usłyszeć może „Czy jest na sali lekarz?”. Jak pisze etyk Jan Hartman „Posługa lekarska jest uniwersalna, powszechna i nieustająca” [11]. Fakt ten w istotny sposób wpływa na charakter relacji lekarz–pacjent.

W sytuacji spotkania lekarza z pacjentem to medyk niewątpliwie jest „góram” – przychodzi do niego człowiek i zgłasza się po pomoc oczekując relacji z wykwalifikowanym profesjonalistą. Pomimo dosyć wysokiego stopnia wykształcenia ogólnego społeczeństwa (w porównaniu z minionymi wiekami) medycyna dalej pozostaje zagadnieniem tajemniczym, a nawet wręcz okultystycznym dla większości ludzi. Wraz z postępem nauki nastąpił gwałtowny rozwój specjalizacji w medycynie. Do wykształcenia lekarza – specjalisty potrzeba wielu lat skoncentrowanych studiów i praktyk. Właśnie przez wieloletnie kształcenie, zdobywanie wiedzy i praktyki, sprawia, że lekarz nabywa owej „tajemnej” wiedzy i tym samym dystansuje siebie od laika-pacjenta. Jednakże bycie lekarzem to nie tylko posiadanie wiedzy, to również umiejętność jej adekwatnego używania, stąd trzecim słowem-kluczem określającym etos lekarza bardzo często jest „sztuka” [12]. Szerokie pod względem semantycznym pojęcie sztuki w przypadku praktyki lekarskiej wymaga konkretyzacji. Skoro określa się medycynę jako sztukę, a lekarza jako biegłego w tejże, to należy wyraźnie wskazać co mamy na myśli używając tego pojęcia. W przypadku wytycznych o charakterze etycznym niewskazane jest stosowanie pojęć mających jedynie wymiar literacki czy też kosmetyczny (bo przecież można uży-

wać samego pojęcia sztuki medycznej, z samego tylko powodu, że brzmi ładnie i nobilitująco). Określając etos zawodowy (i dokument prawny jakim jest kodeks etyki zawodowej) trzeba jednak trzymać się konkretności. Spróbujmy zatem ukazać inny, bardziej praktyczny wymiar rozumienia pojęcia „sztuki”, stosowanego w obrębie medycyny.

Medyk każdorazowo w swojej codziennej praktyce musi używać swojej wiedzy w celu rozwiązania problemu. Dlatego też medycyna jest sztuką – przede wszystkim sztuką wyboru. Dwóch lekarzy teoretycznie posiadających te same kwalifikacje (dyplom, specjalizacja itd.) może stosować swoją wiedzę w praktyce w odmienny sposób, co właśnie jest ową „sztuką”. Rzeźbę, obraz lub twórczość literacką podlega ocenie krytyków pod względem artystycznym, tak sztukę lekarską ocenia się wedle jej owoców – adekwatności i skuteczności terapii. Zatem metafora sztuki używana do określenia praktyki medycznej może mieć swoje całkiem „przyziemne” i – co ważne – wymierne korelaty.

Relacje lekarz–pacjent z perspektywy systemu opieki zdrowotnej

Wspomnieliśmy już, że etos lekarza jest dynamiczną strukturą etyczną mającą swój wymiar praktycznej realizacji w codzienności. Obszarem stosowania zasad etyki są przede wszystkim relacje z pacjentem (inne obszary praktycznej realizacji etosu takie jak stosunki koleżeńskie, administracja służbą zdrowia są równie ważne, lecz nie są przedmiotem niniejszego artykułu). Najczęściej właśnie codzienna praktyka zawodowa dostarcza lekarzowi okazji do realizacji zawodowych postulatów etycznych. Inne konteksty sytuacyjne, takie jak np. udzielenie pomocy poza godzinami pracy, są o wiele rzadsze, chociaż równie miarodajne pod względem oceny etycznej. Skoncentrujmy się na problematyce realizacji etosu lekarskiego w codziennych relacjach z pacjentem.

Współczesna organizacja służby zdrowia i jej funkcjonowanie mają podwójny charakter – „charytatywny” (wyobrażenie charakterystyczne dla pacjenta) i „przedsiębiorczy” (wyobrażenie bardziej charakterystyczne dla lekarza i zarządzającego służbą zdrowia). Po pierwsze placówki służby zdrowia są miejscami, do których zgłaszają się ludzie z problemami zdrowotnymi i otrzymują tam pomoc w ramach państwowego systemu opieki zdrowotnej. W tym sensie każda państwowa placówka (a także placówki niepubliczne funkcjonujące w ramach umów z NFZ) jest „szpitalem sióstr miłosierdzia”, gdzie pacjent samodzielnie nie uiszcza opłaty za leczenie. Jednakże aby lekarz mógł leczyć musi być przede wszystkim żywy, a jak wiadomo współcze-

śnie jedyną całkowicie bezpłatną czynnością fizjologiczną jest oddychanie. Poza tym, by leczyć skutecznie lekarz sam powinien być zdrowy, wypoczęty i zadowolony, słowem jego standard życia winien być odpowiedni do wykonywanego zawodu. Ktoś zatem musi lekarzowi płacić. Społeczeństwa minionych wieków nie dostrzegały nic zdroźnego w tej materii. Szamani trudniący się uzdrawianiem w zamian za swoje usługi otrzymywali jedzenie, ubrania czy dach nad głową [13]. Kapłani – uzdrowiciele w greckich Asklepiejonach przyjmowali opłaty w postaci ofiar przynoszonych przez wiernych do świątyni [14]. Współcześnie również nie jest zakazane prowadzenie praktyki lekarskiej mającej charakter działalności gospodarczej. Jednakże ciągle utrzymuje się etos lekarza jako osoby powołanej do służby. Wytyczne etyczne oraz publiczne upowszechnienie tego etosu sprawiają, że pacjent w relacji z lekarzem może oczekiwać aby medyk przyjął wobec niego postawę odpowiednią do etosu – lekarz ma pacjentowi służyć wiedzą i umiejętnościami. Drugi element etosu lekarskiego – powołanie – również w pewnym stopniu warunkuje bezinteresowność. Osoba powołana do pewnych zadań winna wykonywać je z przyjemnością i czerpać satysfakcję z samego charakteru swojej pracy. System opieki zdrowotnej podtrzymuje to, co można tutaj nazwać „złudzeniem bezinteresowności”, a konsekwencją podtrzymania tej iluzji jest utrzymanie etosu lekarskiego w relacji z pacjentem. Owo złudzenie polega na tym, że pacjent często nie płaci sam za usługi, a lekarz otrzymuje swoją dołę od niewidzialnej ręki państwa. Podtrzymanie złudzenia widoczne jest również w płatnych ośrodkach opieki zdrowotnej – pacjent najczęściej płaci za usługi w rejestracji. Podobne zabiegi stosują osoby działające w sektorze paramedycyny i szarlatanerii. Bioenergoterapeuci i bardzo często zatrudniają sekretarzy czy też asystentów, którzy pobierają opłaty, a oni sami napromieniowują pacjentów całkiem „bezinteresownie”. Tam gdzie żywy pieniądź nie przechodzi z ręki do ręki, wydaje się, że nie mamy do czynienia z interesem. Utrzymywanie „złudzenia bezinteresowności” niewątpliwie nobilituje zawód, co w przypadku medycyny wydaje się koniecznością, gdyż owo złudzenie jest naturalnym sposobem pogodzenia twardego sformułowanych twierdzeń etycznych z rzeczywistością. Dzięki temu zabiegowi pacjent może postrzegać lekarza jako osobę bezinteresowną. W codziennej relacji z pacjentem lekarz winien być zatem wyrozumiały, pomocny i spolegliwy, aby realizować postanowienia własnego etosu zawodowego oraz sprostać oczekiwaniom pacjentów.

Sprawnie funkcjonujący system opieki zdrowotnej umożliwia osiągnięcie wysokiej skuteczności terapeutycznej, jak też jest jednym z istotnych warun-

ków dla zaistnienia dobrej relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Etos lekarski realizowany jest w codziennej praktyce, stąd dobra organizacja systemu opieki zdrowia sprzyja również wypełnianiu konkretnych postulatów etycznych, jak też wspomaga lekarza w przybliżaniu się do metaforycznie ujętego ideału etycznego. Jednakże nie należy zapominać, że w wypadkach nagłych lekarz zobowiązany jest do udzielenia pomocy choremu niezależnie od systemu opieki zdrowotnej. Wtedy również lekarz udziela tejże pomocy bezinteresownie, nie biorąc opłaty za konieczne czynności terapeutyczne. Kodeks Etyki Lekarskiej pomaga w ten sposób unormować sytuację, w której lekarz jest pozbawiony organizacyjnych ram systemu opieki zdrowotnej. W takiej sytuacji Kodeks nie pozostawia miejsca na żadne wątpliwości – lekarz winien udzielić pomocy zawsze i wszędzie.

Podstawowe trudności w relacjach lekarz–pacjent. Problem reifikacji

Jak widzimy nawet metaforycznie sformułowany etos lekarski może wpływać na codzienną praktykę oraz na odbiór społeczny profesji lekarskiej. Jednakże na drodze do realizacji etosu zawodowego pojawiają się przeszkody. Za naczelną trudność występującą w stosunkach lekarz–pacjent można uznać problem reifikacji. Reifikacja czy też urzeczowienie pacjenta następuje wtedy, kiedy lekarz traktuje chorego w sposób przedmiotowy i nieludzki. Pacjent w relacji terapeutycznej może być uprzedmiotawiany w różnych sytuacjach. Jednym ze sposobów reifikacji jest mówienie o pacjencie w kategoriach „przypadku”. Jest to w zasadzie najłagodniejsza forma urzeczowienia, nazywana czasem „medykacją”³. Jest ona uzasadniona jedynie wtedy, kiedy stosuje się ją w piśmiennictwie naukowym. Referujący wyniki badań posługuje się kategorią „przypadku”, gdyż w tym kontekście ważna jest jednostka chorobowa będąca przedmiotem badania. Dodatkowo stosowanie tego typu nomenklatury chroni prywatność pacjentów, godzących się na bycie obiektem badań naukowych. W procesie terapeutycznym, czyli w relacji lekarz–pacjent taka terminologia nie powinna być stosowana, a w praktyce terapeutycznej lekarz winien unikać napuszonego, scjentyistycznego żargonu. Jeśli lekarz na sali chorych referuje schorzenia pacjenta przełożonemu mówiąc, że na łóżku pierwszym leży woreczek,

a obok niego ostra wątroba, to tym samym niszczy przestrzeń zaufania między nim a pacjentem. Chory dowiadyuje się w ten sposób, że nie jest osobą, a organem czy jednostką chorobową. Myślenie o pacjencie w kategoriach przypadku (i werbalizacja tychże myśli w obecności chorego) może mieć również psychologiczny wpływ na efektywność terapii – pacjent może utożsamiać się z rolą narzuconą mu przez lekarski autorytet. Może zatem zacząć myśleć o sobie jak o jednostce chorobowej. Zdania „jestem schizofrenikiem” i „jestem chory na schizofrenię”, chociaż podobne mogą mieć różny wpływ na psychikę pacjenta. Utożsamienie się pacjenta z chorobą utrudnia proces leczenia, gdyż może on niechętnie pozbywać się roli, w której jest akceptowany przez lekarza. W relacji z pacjentem lekarz nie powinien wyrażać się o pacjencie jak o przypadku choroby, jest to bowiem krok w stronę niebezpiecznego urzeczowienia i niemożliwości realizacji etycznego postulatów służby. Przedmiot można naprawić, woreczek – wyciąć, wątrobę – zaleczyć farmakologicznie, lecz służyć pomocą można jedynie „komuś” – osobie.

Innym sposobem reifikacji pacjenta jest traktowanie go jak petenta w urzędzie, bądź ekonomicznego elementu systemu ochrony zdrowia. Pacjent może być zatem w oczach lekarza „chodzącymi czterema punktami” (których ekwiwalent finansowy lekarz otrzymuje za wizytę) czy też nazwiskiem w rejestracji. Ten sposób reifikacji często występuje w sytuacji kiedy lekarz przyjmuje pacjentów „taśmowo”. Medyk utożsamiany jest wtedy, a nawet sam się utożsamia z robotnikiem stojącym przy taśmociągu, kiedy zaś pacjenci są przemieszczającymi się na nim pudełkami, które należy obejrzyć, rozpakować, coś z nich wyjąć, potrząsnąć nimi, czy – jeśli potrzeba – skleić i zamknąć. Taki sposób postrzegania relacji lekarz pacjent jest ujmujący dla obu stron dialogu i nie powinien mieć miejsca w codziennej praktyce terapeutycznej.

Widzimy zatem, że w relacjach pomiędzy lekarzem a pacjentem problem reifikacji jest przeszkodą na drodze do realizacji postulatów wyznaczonych przez etos zawodowy. Jeśli lekarz traktuje pacjenta w sposób przedmiotowy, to nawet, jeśli zaaplikowana przez niego terapia okazuje się skuteczna, sam terapeuta nie spełnia kryteriów etycznych określonych wyraźnie w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Konieczne jest zatem przypominanie terapeutom, że uprzedmiotawianie pacjenta jest zarówno naganne pod względem etyki zawodowej, jak też może mieć swoje konsekwencje prawne. Traktowanie pacjenta przedmiotowo jest łamaniem jego praw oraz wykroczeniem przeciwko zasadom etycznym, do których przestrzegania zobowiązuje Kodeks.

W świetle powyższych rozważań można uznać, że jakość relacji lekarz – pacjent powinna być jednym

³ Pod tym pojęciem można również rozumieć pewną ekspansywność medycyny i wiarę w jej nieograniczone możliwości oraz chęć podporządkowywania wszystkich dziedzin życia wskaźnikom medycznym wyznaczanym przez przedstawicieli profesji lekarskiej [15].

z kryteriów oceny etycznej pracy zawodowej lekarza. Jak wykazaliśmy jednym ze wskaźników świadczących o charakterze tejże relacji jest wypełnianie przez lekarza zaleceń etosu zawodowego i niezależnie od tego, czy ów etos lekarski formułowany jest przy pomocy obrazów i metafor czy też przy pomocy odpowiednich dokumentów. W codziennej praktyce zawodowej lekarz realizując postulatory Kodeksu Etyki Lekarskiej stosuje się do litery prawa, kiedy zaś stara się wcielić w życie typ idealny współczującego lekarza jego przewodnikiem staje się jego własne sumienie.

Wykaz piśmiennictwa

- 1 Klee E.: *Auschwitz. Medycyna III Rzeszy i jej ofiary*. Universitas, Kraków 2005, s. 58-88.
- 2 Klee E.: *Auschwitz...* (op. cit.), s. 197.
- 3 Por. Grzymkowska M.: *Standardy bioetyczne w prawie europejskim*. Wolters Kluwer, Warszawa 2009: s. 24-29.
- 4 *Kodeks etyki lekarskiej: tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy*. Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2004.
- 5 Załęski P.: *Typy idealne w socjologii religii Maxa Webera: analiza struktury kategoryzującej pola religijnego*. „Kultura i Społeczeństwo” 2003, nr 1, s. 45-51.
- 6 Por. Meador C.K.: *Lekarz doskonały*. Sanmedica, Warszawa 1995.
- 7 Gordon T., Edwards S.: *Pacjent jako partner*. Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1999: s. 17-23.
- 8 Hartman J.: *Bioetyka dla lekarzy*. Wolters Kluwer, Warszawa 2009: s. 54.
- 9 Aleksandrowicz J.: *Studia medyczne a etos zawodu lekarza*. Akademia Medyczna w Krakowie, Kraków 1987: s. 115-116.
- 10 Hartman J.: *Bioetyka...* (op. cit.), s. 56.
- 11 Hartman J.: *Bioetyka...* (op. cit.), s. 57
- 12 Por. Szewczyk K.: *Etyka i deontologia lekarska*. Polska Akademia Umiejętności, Kraków 1994: s. 156.
- 13 Rosiński F.M.: *Szaman syberyjski a człowiek chory*. (w:) Płonka-Syroka B. (red.): *Relacje lekarz-pacjent w aspekcie społecznym, historycznym i kulturowym*, Katedra Etnologii i Antropologii Kulturowej Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2005: s. 35-54.
- 14 Dignas B.: *A Day In The Life of a Greek Sanctuary*. (w) Ogden D. (ed.): *A Companion to Greek Religion*, Blackwell Publishing, Oxford 2007: s. 163-177,
- 15 Binczyk E.: *Nieklasyczna socjologia medycyny Michela Foucault. Praktyki medykacji jako praktyki władzy*. (w) Piątkowski W., Titkow A.: *W stronę socjologii zdrowia*, Wydawnictwo UMCS, Lublin: s. 181-193.

Adres do korespondencji:
dr Edmund Anczyk
Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego
41-200 Sosnowiec, Kościelna 13
tel. 032 266 08 85