

# ЭТИЧЕСКИЕ, ПРАВОВЫЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ИНЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ

**Barański J.**

Uniwersytet Medyczny, Wrocław, Polska

## TOWARZYSZENIE UMIERAJĄCEMU. ASPEKTY ETYCZNE

*Powinność towarzyszenia umierającemu pacjentowi nakłada na osoby towarzyszące określony zakres zobowiązań, do których należą m.in.: zaakceptowanie procesu umierania; niepozostawianie pacjenta umierającego w samotności; redukcja jego lęków związanych ze zbliżającą się śmiercią; pomoc w odnajdywaniu przez pacjenta sensu jego sytuacji egzystencjalnej.*

**Barański J.**

Medical University, Wrocław, Poland

## ACCOMPANYING THE DYING. ETHICAL ASPECTS

*People accompanying dying patients should meet a specific range of duties such as, among others, accepting the process of dying, not leaving patients alone, assuaging their fear of impending death, helping them find the meaning of their existential situation.*

Etyczne powinności towarzyszenia umierającemu pacjentowi (to jest takiemu, którego śmierć nastąpi w dającej się przewidzieć najbliższej przyszłości i wobec którego każda interwencja obliczona na przedłużenie życia nosi znamiona interwencji daremnej) oparte są na zaakceptowaniu procesu umierania i pogodzeniu się z bliską śmiercią pacjenta. Osoba towarzysząca umierającemu pacjentowi powinna pogodzić się ze zbliżającą się śmiercią podopiecznego, nie kierować swojego zaangażowania na walkę za wszelką cenę z nieuchronnością śmierci. Jeśli więc lekarz przyjmie postawę braku akceptacji nieuchronności śmierci, urzeczowia wtedy pacjenta, bo zdegradowuje go do procesu patologicznego – pacjent staje się jedynie środkiem do realizacji zamierzeń lekarza.

Do powinności etycznych w towarzyszeniu umierającemu należą: niepozostawianie pacjenta umierającego w samotności i zapewnienie mu spokoju; redukcja jego lęków związanych ze zbliżającą się śmiercią; pomoc w odnajdywaniu przez pacjenta sensu sytuacji egzystencjalnej, w jakiej się znalazł. Wymagają one od osób towarzyszących umierającemu zdolności do przyjęcia wartościowych postaw: życzliwości (gotowości do pomocy, wspierania czułego, bo wynikającego z wrażliwości na ludzkie cierpienia, służenia swoją obecnością i rozmową), cierpliwości (ścierpienie

wszelkich niedogodności wynikających z obecności przy umierającym), wyrozumiałości (uwzględnienie potrzeb i oczekiwań pacjenta) oraz szczerości. Wtedy takie troskliwe podejście do pacjenta jest gwarantem właściwej opieki medycznej i jest jednocześnie świadczeniem dobroci.

Świadczenie dobroci pacjentowi umierającemu wyraża się w umiejętnej rozmowie. Umiejętność ta to przede wszystkim: cierpliwe milczenie i cierpliwe słuchanie oraz empatyczne rozumienie pacjenta. Zainteresowanie się jego uczuciami jest warunkiem rozmowy. Ten, który nie słucha, nie rozumie. Ten, który nie rozumie, nie słyszy. Jeśli więc towarzyszący umierającemu potrafi słuchać i rozumie pacjenta, może wtedy mówić do niego. A pacjent umierający z pewnością potrzebuje takiej rozmowy z lekarzem, pielęgniarką lub inną osobą mu towarzyszącą. Bywa jednak, że w tej sytuacji egzystencjalnej pacjenta, kiedy kończy się jego życie, kiedy ma tego świadomość, nieczęsto gości wspierająca i rozumiejąca rozmowa, którą zastępuje pozorny kontakt: zwodzenie, kłamstwo, niemota, opuszczenie. Wtedy – między pacjenta pragnieniem rozmowy a rzeczywistym sposobem komunikowania się z nim przez osoby towarzyszące – istnieje głęboka przepaść, która dramatycznie manifestuje się w izolacji pacjenta.

W relacji z pacjentem umierającym osoba towarzysząca nie powinna uciekać się do wypowiedzania złudnych nadziei, nie powinna okłamywać chorego, ponieważ powiedzenie prawdy umierającemu pacjentowi stanowi nieodzowny warunek wstępny procesu redukcji cierpienia [1]. Kłamstwo i formułowanie złudnych nadziei jest paternalistycznym gestem, który uniemożliwia pacjentowi pogodzenie się z własną śmiercią, odmawia pacjentowi zrozumienia swojej sytuacji egzystencjalnej i tworzy barierę komunikacyjną z jego bliskimi: pacjent wycofuje się z kontaktu z rodziną, ponieważ jest to kontakt zbyt obciążający emocjonalnie w grze pozorów, którą wprowadza nieszczerłość: albo rodzina udaje, że nie wie, co wie; albo pacjent udaje, że nie wie, co wie rodzina.

Każda nieszczerłość okazywana umierającemu staje się dla niego bolesna, każde okazanie mu znużenia i zniecierpliwienia – ciosem, a jakakolwiek nieczułość i niezrozumienie – okrucieństwem gestu odrzucenia i opuszczenia. Jest tak, ponieważ umierający pacjent jest kruchy egzystencjalnie: «Ta kruchość oznacza związaną ze schyłkiem życia oznacza, że najmniejsze zmartwienie jakiegokolwiek rodzaju może generować powikłania i prowadzić do poważnego osłabienia. W tym sensie, śmiertelnie chory pacjent zdecydowanie wymaga dużej troski (...). Pacjent wkracza w sferę wewnętrzną, osobistą, znajduje się w wyjątkowym stanie, który sam w sobie wymaga delikatnego postępowania» [2]. Aby ochronić

kruchą egzystencję umierającego pacjenta należy go chronić przed nieludzkim traktowaniem, odmawiającym mu godności, szacunku i zdolności do decydowania o sobie.

Obecność przy umierającym nie jest zadaniem łatwym, bywa, że niezwykle obciążającym emocjonalnie, co prowadzi do poszukiwania emocjonalnego dystansu wobec cierpienia pacjenta w poczuciu własnej bezradności. Wielu lekarzy bowiem czuje dyskomfort, kiedy pacjent umiera, a oni nie potrafią mu zaoferować skutecznego leczenia. Te uczucia tworzą emocjonalny dystans do pacjenta, którzy czują się depersonalizowani i nie mogą podjąć dyskusji nad własnymi obawami [3]. Wtedy pacjenci za ten stan obwiniają siebie i pogłębiają własne negatywne emocje. To uczucie dyskomfortu u lekarzy sprzyja dehumanizacji pacjenta umierającego, czyli tworzeniu emocjonalnie bezpiecznego dystansu, który uniemożliwia zaangażowanie w sytuację umierania, najczęściej czyniąc ją przedmiotem technicznych działań. Kontakt z pacjentem jest wtedy nie tylko niemożliwy, lecz w istocie rzeczy zerwany – dystans emocjonalny jest opuszczeniem pacjenta umierającego. Dystans ten przejawia się w wielu postaciach: jako brak osobistej opieki nad pacjentem, brak wsparcia emocjonalnego, dotyku i ludzkiego ciepła, ignorowanie indywidualności pacjenta, zaniedbanie jego subiektywnego doświadczenia choroby, ignorowanie dolegliwości bólowych, dominację instrumentalnej efektywności i standaryzacji, presję na interwencje medyczne ograniczające działanie i autonomię pacjenta, jako dominację instrumentalnej efektywności i standaryzacji czy presję na interwencje medyczne ograniczające działanie i autonomię pacjenta [4].

Kluczowe dla towarzyszenia umierającemu jest gotowość personelu medycznego do rozmowy. Rozmowy z umierającym mają istotne, jak podkreśla Linus Geisler, cele, których nie można zignorować: zbudowanie więzi z pacjentem, wycofanie poczucia samotności u pacjenta, pomoc w budowaniu nadziei innej niż wyleczenie, redukcja lęków, akceptowanie u pacjenta uzasadnionych «negatywnych uczuć», nieprzełamywanie jego mechanizmów obronnych, włączenie rodziny chorego w opiekę [5]. W trakcie tych rozmów pojawiają się niepokojące personel medyczny i trudne pytania o sens: o sens życia i śmierci, o sens cierpienia, o znaczenie określonych zdarzeń biograficznych pacjenta w kontekście jego relacji z bliskimi lub innymi osobami. Wypowiadane są przez pacjentów umierających problemy, nieraz bardzo osobiste, które pragną rozwiązać bądź inaczej zinterpretować. Tłem tych wypowiedzi jest więc narracja biograficzna.

Pacjenci nadto opowiadają nie tyle coś, ile – w istocie rzeczy – po coś. Jeśli już to czynią, to dlatego, aby w tym akcie wypowiedzi zmienić czyjeś nastawienie i wywołać reakcję kogoś, wobec którego mają określone oczekiwania. Pacjent umierający opowiada i jednocześnie apeluje: o pozostanie z nim, o przegonienie złych myśli, o pomoc w cierpieniu, o zrozumienie. Niełatwo tu o jednoznaczność, ponieważ wysłownienie własnego przerażającego lęku, poczucia opuszczenia, egzystencjalnego cierpienia, poczucia swojej znikomości, słabości i rezygnacji jest nie tylko trudne, ale czasem niemożliwe.

Rozmowa Na dwadzieścia minut przed śmiercią:

«Pan L. leżał w łóżku po ciężkim wylewie. Nie mógł się poruszać, ale chętnie rozmawiał. (...) Nagle zamilkł. «Nic nie pozostało» – stwierdził po chwili. Panowała cisza. Poprosił mnie, bym posprzątał stół, nakrył go białym obrusem i przysunął bliżej łóżka. «Przynieś z kuchni szklankę z wodą» – zarządził (...). «A teraz zobacz w lodówce. Tam powinien być jeszcze ostatni kawałek tego ciasta, które jedliśmy wczoraj. (...) Pokrusz ciasto i daj mi trochę, sobie też weź kawałek» – poprosił. Nakarmiłem go okruszkami. «Daj mi popić wody i sam też się napij». Wykonywałem wszystko spokojnie nie pytając o nic. Trwaliśmy tak naprzeciw siebie bez słów. Po dłuższej chwili powiedział tylko: «Dziękuję» – i zamknął oczy. Oddychał spokojnie jak we śnie» [6].

#### **Bibliografia:**

1. Szewczyk K., Kłamstwo medyczne pozostaje kłamstwem, *Diametros* 2005, 4, 120-131.
2. Centeno-Cortés C., *Medycyna paliatywna: humanizacja i opieka nad Całą Osobą w praktyce*, [w:] E. Starosławska (red.), *Dehumanizacja i depersonalizacja w medycynie i w świecie współczesnym a życie św. Jana z Dukli*, AWR Magic, Lublin 2014, s.68.
3. McCormick T.R., Conley B.J. Patients' perspectives on dying and on the care of dying patients, *Western Journal of Medicine* 1995, 163, 3, 236-243.
4. Haslam N., *Dehumanization: An Integrative Review*, *Personality and Social Psychology Review* 2006, 10, 3, 252–264.
5. Geisler L., *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege*, 4 Aufl., Frankfurt am Main 2002, 322-323.
6. Gembala B., *Zrozumieć umierających*, [w:] J. Kolbuszewski (red.), *Problemy współczesnej tanatologii*, Vol. VIII, Wrocław 2004, 95-98.