

Ks. WOJCIECH GLINECKI

Wyższe Seminarium Duchowne Diecezji Pelplińskiej w Pelplinie

wglinecki@wp.pl

ORCID: orcid.org/0000-0001-7803-329X

**OSOBOWE UJĘCIE RELACJI
PACJENT – PERSONEL MEDYCZNY.
WPŁYW WYMIARU PERSONALISTYCZNEGO NA JAKOŚĆ
RELACJI INTERPERSONALNYCH W PRZESTRZENI
MEDYCZNEJ I JEGO ZNACZENIE W PROCESIE LECZENIA**

DOI: <http://dx.doi.org/10.12775/SPLP.2021.005>

Streszczenie

W punkcie wyjścia autor określa dialog między personelem medycznym a chorym jako formę relacji o charakterze naturalnym. Autor analizuje personalistyczne ujęcie tej relacji. Jakość relacji interpersonalnych zależy od wizji człowieka, poprzez którą ujmuje się rzeczywistość. Wymiar personalistyczny pozwala patrzeć na chorego jako na osobę odrębną i autonomiczną, uwzględnić prawdziwe dobro i dostrzec wymiar duchowy. Zaakcentowana została konieczność kształtowania wartości i sumienia. Spojrzenie osobowe jest relacją „dar – kontra-dar”, w której personel jest darem dla chorego, a ten nadaje poczucie sensu usługi w szpitalu. Prowadzi to do ucłowieczenia relacji, gdyż osobowe ujęcie istoty ludzkiej pozwala zawsze podkreślać niezbywalną godność każdego człowieka w działaniach medycznych.

Słowa kluczowe: *autonomia, dar, dialog, godność, komunikacja, działanie medyczne, osoba, personalizm, relacja personel medyczny – pacjent*

*A PERSONALISTIC APPROACH OF THE PATIENT-MEDICAL
STAFF RELATIONSHIP. THE INFLUENCE OF THE PERSONALISTIC
DIMENSION ON THE QUALITY OF INTERPERSONAL RELATIONS
IN THE MEDICAL AREA AND ITS SIGNIFICANCE
IN THE TREATMENT PROCESS.*

Abstract

To begin with, the author defines the dialogue between the medical personnel and the patient as a special form of relationship because of its natural character. In this article, the author analyzes the significance of the personalistic dimension of relationships in medical practice. He emphasizes that the quality of interpersonal relations depends on a specific vision of a human being. One must first “know” in order to “act”. The personalistic dimension allows to look at the sick person as at an integral and autonomous individual. Personalism helps to identify the spiritual dimension as constitutive in the medical personnel-patient relation. Moreover, the necessity of forming values and conscience, which helps to avoid routine in medical actions has been highlighted. Consequently, the author puts forward the thesis that the hospital personnel must, above all, do not disrespect their own dignity and show that it is manifested in actions, reflected in the relationship with the patient. The personal approach is therefore a “gift – versus-gift” relationship that benefits both sides. The medical personnel is a “gift” to the patient, and the patient also contributes to the meaning of service in the hospital. In conclusion, the author states that the personalistic approach leads to “humanization” of the relation with a sick person, on account of the global and integral vision of a human being always allowing to emphasize the inalienable dignity of every living person in medical actions.

Keywords: *action, autonomy, communication, dialogue, dignity, gift, medical person, patient-medical staff relationship, personalism*

Na początku naszych analiz należy dokonać pewnego rozróżnienia między dwoma pojęciami w „wydarzeniu” dialogu, jakie ma miejsce między pacjentem a personelem medycznym: „relacja” i „komunikacja”. Słowo „relacja” wydaje się bardziej adekwatne, gdyż ukierunkowuje nas na ontologicznie zakorzoną potrzebę dialogu i wyraża stałe nastawienie, otwartość jednej osoby do drugiej. Jednym słowem, człowiek samym faktem istnienia wchodzi w relacje z innymi. Oznacza to, że nawet jeśli nie ma komunikacji między osobami, to relacja między nimi istnieje. Jest to często relacja naturalna, jak w przypadku rodziny: matka – córka, ojciec – syn. Taka konieczna relacja istnieje również między chorym a personelem medycznym. Bez względu na to, jak ta relacja wygląda, nie można

podważyć jej charakteru naturalnego, wynikającego ze specyfiki posługi szpitalnej. Czy ktoś chce, czy nie chce, w przestrzeni medycznej relacja z pacjentem jest konstytutywna. Pojęcie „relacji” jest zatem bardziej pierwotne od pojęcia „komunikacja”. W swoich analizach Virginia Satir słusznie twierdzi, że komunikacja ma ogromny „wpływ na to, co dokonuje się w istocie ludzkiej. Komunikowanie staje się jedynym i najważniejszym czynnikiem, który określa, jakiego rodzaju relacje nawiąże ona z innymi i co przeżyje w swoim otoczeniu”¹. Możemy zauważyć swoistą współzależność między wymiarem „relacji” i „komunikacji”. Niemniej jednak komunikowanie ma charakter służebny. Stanowi warunek życia ludzkiego, ponieważ uczy współżycia w określonym otoczeniu, przekazuje informacje na temat otaczającej rzeczywistości, pozwala lepiej poznać różne metody porozumiewania się, aby relacja z pacjentem była jakościowo coraz lepsza. Pielęgniarka, lekarz, kapelan wypracowują w sobie model tej relacji, a potem aktualizują ten model w praktyce.

W niniejszym artykule będziemy analizować problematykę, która ma ukazać istotne znaczenie wymiaru personalistycznego relacji w przestrzeni medycznej. Jako przedmiot refleksji intelektualnej postawiliśmy sobie następujące pytanie: od czego zależy ów model personalistyczny relacji pacjent – personel medyczny i co ma wpływ na jego kształt? Jakie są istotne wymiary tego modelu? Te pytania wydają się nam istotne szczególnie obecnie, kiedy w dobie indywidualizmu i wszechobecnego materializmu owa relacja może sprowadzać się do „suchej” wymiany słów i zmechanizowania czynności medycznych, a nawet do pewnego „odczłowieczenia” działań medycznych. Aby skonfrontować się z powyższą problematyką, będziemy analizować owe zagadnienia zarówno w oparciu o własne doświadczenie posługi jako kapelana szpitala, jak również badając literaturę szczegółową z zakresu personalizmu i medycyny. Dla klarowności niniejszego artykułu pragniemy wyjaśnić, że określenie „personel medyczny” jest używane w szerokim tego słowa znaczeniu. Nie zawężamy tego określenia tylko np. do lekarza, lecz do wszystkich, którzy są w jakiegokolwiek relacji z osobą chorą: lekarz, pielęgniarka, kapelan szpitala, salowa, sanitariusz itd.

1. EKSPLIKACJA POJĘCIA „RELACJA”

Filozofia bytu wyjaśnia dwukierunkowość ludzkiego bytu jako tego, który jest „bytem dla siebie, samym w sobie” i jako tego, który jest „ukierunkowany na innych i do bycia dla innych”. Relacyjność jest zatem wymiarem konstytuującym człowieka. Jak podkreśla Jarosław Gara, centralne zagadnienie filozofii dialogu

¹ V. Satir, *Selbstwert und Kommunikation*, w: *Przygoda z komunikacją*, red. W. Walker, tłum. J. Mańkowska, Gdańsk 2001, s. 142–143.

stanowi właściwe ujęcie jego metafizycznych podstaw, czyli to, w jaki sposób jest pojmowana ludzka podmiotowość². Jest to słuszne założenie, gdyż sposób, w jaki człowiek siebie ujmuje, ma silny wpływ na relacje do siebie samego i do drugiego człowieka. Dialog interpersonalny jest przecież swoistą drogą od istnienia w sobie i dla siebie, do bycia dla drugiego człowieka. Ten kierunek „od siebie, dla innych” jest fundamentem dialogu w relacji między pacjentem a personelem medycznym. Zatem chory nadaje sens „mojej pracy”, bez chorego posługa w szpitalu nie ma racji bytu. Zgodnie z myślą Martina Bubera to drugi człowiek jest potrzebny, abym ja mógł odkryć prawdę o sobie samym. To „inny” pozwala mi się określać i doświadczyć bogactwa samego siebie. Zatem w dialogu interpersonalnym i poprzez relacje etyczne z innym człowiekiem mogę odkryć prawdę o samym sobie i siebie określić³. Buber twierdzi, że każdy człowiek jest niezależnym „mikrokosmosem”, i w konsekwencji, dialog to zawsze spotkanie dwóch światów, jeden naprzeciw drugiemu. To pozwala budować relację na fundamencie autonomii i niezależności każdej osoby ludzkiej.

W tej perspektywie personel medyczny traktuje chorego jako osobę odrębną i autonomiczną z punktu widzenia ontologii bytu. Osoba chora jest „naprzeciw” jako osoba niezależna bytowo, która poprzez dialog i swoją „inność” pozwala personelowi medycznemu odkryć sens i wartość ich posługi. W tej perspektywie dialog, według Martina Bubera, jest określany jako miara człowieczeństwa⁴. Taki związek międzyludzki pozwala wyjść z „własnego świata” i z tego, co „moje”, aby spotkać drugiego człowieka i poprzez relacje zobaczyć w drugiej osobie jej człowieczeństwo i jej niezbywalną godność. Oczywiście, każdy człowiek jest wolny i może wybrać alienację; może wejść w relację albo jej unikać⁵. Jednak tylko wolna akceptacja dialogu pozwala zbliżyć się do drugiego człowieka, a także pomóc mu w potrzebie (w chorobie). Dialog w ujęciu Bubera to przede wszystkim zdolność zarówno słuchania, jak i mówienia, dawania i otwierania się na dar. W tym sensie dialog możemy ująć jako przeżycie drugiego człowieka w swej odrębności i autonomii, a także jako miejsce, w którym obie strony mogą się ubogacać nawzajem, aby poczuć sens swojej egzystencji.

Powyższa analiza fenomenu dialogu wskazuje, że podstawą relacji w przestrzeni medycznej jest samoistość i niezależność ontologiczna człowieka chorego, a co za tym idzie, konieczność uznania jego godności. Szacunek i afirmacja owej godności powinny być zauważalne zarówno w słowach, jak i w czynnościach medycznych, oraz we wszystkich innych gestach związanych z posługą i pomocą

² Por. J. Gara, *Filozofia dialogu i jej implikacje pedagogiczne*, „Pedagogia Christiana”, 1(2010)25, s. 137–148; M. Rusin, *Podmiotowość pacjenta w interakcji fizjoterapeuta – pacjent*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogiki i Administracji w Poznaniu”, (2007)3, s. 199–209.

³ Por. M. Buber, *Ja i TY. Wybór pism filozoficznych*, Warszawa 1992, s. 127.

⁴ Por. tenże, *Problem człowieka*, Warszawa 1993, s. 89.

⁵ Por. E. Wilczek-Rużyczka, *Komunikowanie się z chorym psychicznie*, Warszawa 2019, s. 22.

człowiekowi choremu⁶. Takie osobowe podejście do chorego stanowi podstawę konieczną do zrozumienia człowieka i empatii w relacji do niego, a także wyrozumiałości i czułości. Ważną implikacją dialogu jest „wyjście od siebie”, aby realizować potrzeby drugiego. To pozwala spojrzeć na siebie w duchu pokory, zatroszczyć się o „drugiego”, dać mu swój czas. Taka dostępność personelu medycznego niejednokrotnie ma wartość terapeutyczną, ponieważ uwaga, jaką daje się choremu i dostępność w relacji do chorego wyzwala u niego poczucie bezpieczeństwa i pokoju wewnętrznego. Dialog zatem pozwala przekraczać utarte schematy „swojego świata”, które w przestrzeni medycznej mogą powodować dystans do chorego. Otwartość na drugiego człowieka jest znakiem gotowości do dialogu i mobilizuje, aby poszukiwać w osobie chorej „wartości” pomimo defektu fizycznego czy choroby. Wynika z tego zatem, że wymiar dialogiczny prowadzi do spotkania i do kontaktu osoby z osobą⁷. Taka otwartość na osobę chorą jest źródłem „uczłowieczenia” zarówno personelu jak i chorego. To istotna implikacja dialogu, ponieważ uświadamia nam, że spotkanie personel medyczny – pacjent jest okazją do afirmacji człowieczeństwa i ochrony niezwykłych wartości, takich jak życie czy miłość międzyludzka. Ponadto otwartość w rozmowie ukazuje nam wymiar partnerski dialogu, ponieważ swoje zdanie wypowiada nie tylko personel medyczny, ale i chory ma sposobność do formułowania i wyrażania swoich odczuć. Powyższa refleksja nad wymiarem dialogu wydaje się nam nieodzowna jako punkt wyjścia w analizie naszego tematu, ponieważ spotkanie rozumiane jako dialog odkrywa nam wymiar międzyosobowy, a co za tym idzie międzypodmiotowy relacji w przestrzeni medycznej. To z kolei ma swoje konkretne implikacje praktyczne takie jak unikanie dystansu w relacjach pacjent-personel medyczny, bycie dla chorego poprzez czas i obecność.

2. DZIAŁAĆ JAKO „OSOBA” – WYMIAR PRAKTYCZNY PODMIOTOWOŚCI CZŁOWIEKA

Powyższa refleksja przedstawia nam następującą implikację: istotnym jest fakt, iż człowiek nie tylko rozpoznaje siebie jako osobę, ale także działa jako osoba. Wynika z tego, że istota ludzka realizuje się jako osoba w praktyce. Działanie ludzkie pozwala zatem odkryć wymiar personalistyczny człowieka. Idea ta jest wciąż aktualna i jako taka zakłada patrzenie na innych zawsze tak, jak człowiek patrzy na samego siebie, jakby owa osoba była „mną samym”, tak jakby druga osoba była utożsamiana ze „mną samym”. Tak rozumiana relacja międzyosobowa

⁶ Por. J. Mizak, *Godność osoby cierpiącej jako podstawowa kategoria aksjologiczna w relacji lekarz – pacjent*, „Teologia i Moralność”, 13(2013)1, s. 195–210; S. Szary, *Znaczenie i godność ludzkiego ciała w praktyce medycznej*, „Hygeia Public Health”, 49(2014)2, s. 222–224.

⁷ Por. M. Makara-Studzińska, *Komunikacja z pacjentem*, Lublin 2012, s. 11.

uwzględnia dobro prawdziwie ludzkie, a nie tylko korzyści zewnętrzne. W końcu uznanie przez człowieka swojej specyfiki i integralności otwiera drogę do „uczestnictwa”, to znaczy do relacji „ja do siebie” i „ja do bliźniego”. Te dwie relacje i ich jakość zależą od sposobu, w jaki człowiek pojmuje siebie.

W przestrzeni medycznej relacja z pacjentem jest ściśle uzależniona od tego, jakim systemem wartości kieruje się personel medyczny, a także od tego jak on pojmuje człowieka. Personel medyczny (pielęgniarka, lekarz, kapelan itp.) działa w oparciu o te wartości, jakie kształtują ich życie, a jakie wyniosło się z domu rodzinnego i poprzez formację swojego sumienia podczas całego życia. Afirmacja człowieka przechodzi zatem koniecznie przez miłość człowieka do samego siebie i do wartości, którymi żyje i które reprezentuje. W konsekwencji personalizm przedstawia się jako zbiór idei, które proponują konkretne i solidne rozwiązania w dyskusji o człowieku, afirmując jednocześnie jego specyfikę i integralność. Słusznie zatem stwierdza Françoise Niessen, że istotnym aspektem personalizmu jest holistyczne ujęcie człowieka: jego wymiaru cielesnego, materialnego, ale i duchowego, wewnętrznego⁸. Jeśli mówimy o afirmacji człowieka, to właśnie w sensie personalistycznym (odkrycie bogactwa bytowego człowieka przez człowieka) i w sensie społecznym (odkrycie wartości społecznych i dobra wspólnego w jego ontologicznej doskonałości). Te dwa wymiary stanowią dziś niezbędną podstawę odnowy personalistycznej, aby ukazać specyficzne miejsce człowieka w stosunku do świata stworzonego; nie po to, by go wyczerpać i eksploatować, ale by go szanować i by człowiek szanował samego siebie.

Personalizm przedstawia osobę jako substancję indywidualną, zdolną do aktów intelektualnych i wolitywnych. Jest ona autonomiczna w ścisłym tego słowa znaczeniu. Oznacza to, że jest „panem swoich czynów” (*sui iuris*). Tak więc nazwa osoby jest zarezerwowana dla tych substancji, które posiadają ten boski wymiar – ducha. Osoba jest zatem światem wyższym od całego porządku materialnego, ponieważ stanowi świat duchowy i moralny. Nazwa jednostki jest wspólna dla człowieka i zwierzęcia, rośliny i atomu, co powoduje, że istota ludzka jest także fragmentem materii, częścią tego wszechświata i ulega wpływom, fizycznym, wegetatywnym. Rozróżnienie między jednostką a osobą nie jest jednakże próbą ukazania tych dwóch sfer jako opozycyjnych jedna do drugiej. Wręcz przeciwnie, osoba i jednostka stanowią dwa wymiary komplementarne i znajdują swoje właściwe miejsce w istocie ludzkiej. Kiedy ujmujemy człowieka jako jednostkę, to zwracamy uwagę na jego wymiar materialny i cielesny. Natomiast pojęcie osoby ukazuje wymiar duchowy człowieka. Słusznie zatem stwierdza Anna Lenzion, że istota ludzka jako osoba posiada wymiar transcendentny, a jej zdolności inte-

⁸ Por. F. Niessen, *Pourquoi et comment penser la contribution de la foi chrétienne à la bioéthique*, w: *Repères chrétiens en bioéthique. La vie humaine, du début à la fin*, red. F. Niessen, O. De Dinechin, Paris 2015, s. 51–91.

lektualne powodują, że cały wszechświat wewnętrzny i zewnętrzny staje się przedmiotem jego myśli⁹. Warto natomiast zauważyć, że człowiek od początku potencjalnie jest osobą, staje się nią natomiast w konkretnych czynach i w działaniu dopiero w procesie personalizacji zarówno psychologicznej, etycznej jak i duchowej¹⁰. Innymi słowy, człowiek staje się osobą w momencie, gdy rozum stopniowo jest w stanie kierować instynktem. Wola i wolność są w stanie zarządzać impulsami i pragnieniami, a miłość bliźniego panować nad egoizmem.

Niemniej jednak nasze analizy ukazują niewystarczalność ontologicznego wyjaśnienia godności, która musi być potwierdzona w działaniu wobec siebie i innych. Na przykład w dziedzinie medycyny nie można tylko mówić chorym, że posiadają niezbywalną i uniwersalną godność. W przestrzeni medycznej lekarz, pielęgniarka, kapelan, muszą przede wszystkim nie uchybiać własnej godności i pokazać, że przejawia się ona w ich działaniach. Sami muszą zachowywać się „z godnością”. Dopiero potem należy stworzyć odpowiednie warunki, aby pacjenci mogli na nowo odkryć poczucie własnej godności. Człowiek odkrywa prawdę o sobie i daje się poznać nie przez to, co mówi o innych, ale przez swoje czyny, przez to, co robi i przez to, co czynami mówi o sobie samym. Okoliczności zewnętrzne (ból, cierpienie) mogą tak zniekształcić rzeczywistość i wstrząsnąć psychiką, że wydaje się choremu, iż utracił on wszelką godność, podczas gdy ta godność jest zawsze w nim obecna. Obecność personelu medycznego, rodziny, ich słowa, gesty itp. są tymi elementami, które nie pozwalają zwątpić jemu we własną godność. Afirmacji chorego jako człowieka i jako osoby przez niego samego i przez innych pokazuje, że oba wymiary godności, ontologiczny (filozoficzny) i posturalny (poprzez czyny i postawę personelu w szpitalu), są ważne dla rozwoju ludzkiej osobowości. W konsekwencji personel medyczny afirmuje najbardziej elementarny wymiar każdego człowieka, jego człowieczeństwo. Dokonuje się to nie tylko poprzez ujęcie ontologiczne, lecz przede wszystkim poprzez czyny. Istotne są zatem nie tylko wiedza, ale i „kompetencje etyczne, oparte na wartościach, które kulturuje się w cnotliwym postępowaniu dzięki kształceniu charakteru i przyzwyczajaniu do postępowania zgodnie z tymi wartościami”¹¹. Kładziemy silny akcent na działanie i na aspekt praktyczny afirmacji godności ludzkiej, gdyż w przestrzeni szpitala jest on szczególnie zauważalny i istotny. Ma on priorytetowe znaczenie, ponieważ komunikacja tam odbywa się często poprzez czynności medyczne i mowę niewerbalną w szerokim tego słowa znaczeniu.

⁹ Por. A. Lenzion, *Koncepcja podmiotu osobowego w personalizmie Jacques'a Maritaina*, „Roczniki Pedagogiczne”, 2(2010)38, s. 5–20.

¹⁰ Por. T. Biesaga, *Personalizm a pryncypializm w bioetyce*, w: *Podstawy i zastosowania bioetyki*, red. T. Biesaga, Kraków 2001, s. 46–49.

¹¹ J. Barański, A. Steciwko, *Wzajemne zrozumienie oraz współpraca lekarza i pacjenta – panorama problemów*, w: *Relacja lekarz-pacjent*, red. J. Barański, A. Steciwko, Wrocław 2013, s. 3–12.

Jednak, aby zachować postawę właściwą swojej naturze, trzeba nieustannie uczyć się „być człowiekiem”, jak to określa Emmanuel Mounier. Francuski filozof i personalista określa ten kierunek – „aby stawać się coraz bardziej człowiekiem” – jako konieczny do budowania właściwych relacji międzyludzkich¹². To właśnie idąc tym torem myśli personalistycznej trzeba w przestrzeni medycznej najpierw odpowiedzieć sobie na pytanie „kim jestem?”, aby wiedzieć, jak działać. W całej naszej analizie kierujemy się tym imperatywem. Mianowicie, ludzkie „ja” nie może zostać u chorego zredukowane do tego, co materialne, lecz uzewnętrznia się w niematerialnych aktach intelektu i woli. Tak pomyślane działanie jest bardzo solidne i wykracza poza zwykły akt empiryczny. W tej logice możemy nawet dostrzec, że duchowość istoty ludzkiej, zatem również chorego, jest ontologicznie zakorzeniona w człowieku. Ponadto, człowiek jest autonomicznym uniwersum w stosunku do świata materialnego (*sui iuris*). On przekracza i transcenduje świat zewnętrzny. Owa transcendencja ujawnia się nie tylko poprzez intelekt i wolę człowieka (intelekt i wola pozwalają przekraczać świat materialny), ale także poprzez doświadczenie religijne, etyczne czy estetyczne. Ten integralny pogląd ukazuje obraz człowieka, który w przeciwieństwie do zwierząt, jest zdolny do samostanowienia i samokierowania poprzez swój intelekt i wolę. Powyższa analiza pozwala zatem stwierdzić, że warunkiem właściwych relacji z chorym jest adekwatny i integralny obraz siebie, świata, drugiego człowieka. Uważamy, że ujęcie człowieka w jego aspektach materialnym i duchowym pozwala dostrzec wymiar życia typowo ludzki i jego specyficzną egzystencję.

3. SFERA DUCHOWOŚCI CZŁOWIEKA JAKO PODSTAWA WRAŻLIWOŚCI I ZAUFANIA W RELACJI PACJENT – PERSONEL MEDYCZNY

Człowiek uświadamia sobie swoje naturalne skłonności, których część integralną stanowi duchowość. Sam człowiek jest zarówno istotą materialną, jak i duchową. Analizując otaczający świat, możemy stwierdzić, że wymiar materialny ujawnia kruchość człowieka i w konsekwencji mobilizuje go do ochrony istoty ludzkiej. Jednak wymiar duchowy nie jest w opozycji do materialnego, lecz go wzbogaca i udoskonala. W związku z tym nieodzowne jest założenie współzależności między człowiekiem a materią. Wyjątkowość człowieka polega na tym, iż będąc w wymiarze materii, angażuje się w niej całą swoją osobowością i poprzez zaangażowanie duchowe, kulturalne, polityczne itp., człowiek otrzymuje dar: zabezpiecza swoją kruchość, chroni swoją godność i rozwija swoją osobowość i swoje powołanie. Aby tak się stało, musimy podkreślać cielesny i materialny

¹² Por. E. Mounier, *Manifeste au service du personalisme*, Paris 1963, s. 63.

wymiar człowieka, obok jego aspektu nadprzyrodzonego. Nie tylko świat jest materialny, ale także człowiek jest częścią materii. Oczywiście, tym stwierdzeniem nie zaniedbujemy duchowości i nie negujemy wymiaru wewnętrznego człowieka. Chcemy raczej stwierdzić, że afirmacja człowieka z konieczności przechodzi przez to, co materialne, a włączenie człowieka do społeczeństwa i jego zaangażowanie w relacje (w przestrzeni medycznej) oznaczają zarówno budowę nowej cywilizacji, jak i przywrócenie człowiekowi jego specyficznego miejsca i jego wartości jako osoby. W tej perspektywie jakość relacji i dialogu zależy od zaangażowania i wkładu, jakim człowiek ubogaca daną wspólnotę (szpital, rodzina), a także od zdolności do ofiary, od postawy „daru z siebie dla drugiego”. Jest to zasada, którą nazywamy jako „dar – kontra-dar”. Oznacza ona, że dając siebie drugiemu człowiekowi (dar), otrzymuje się poczucie spełnienia, zrealizowania swojego powołania (kontra-dar). Na przykład ojciec rodziny, który wychowuje dzieci, poświęca się im, a jednocześnie ma poczucie spełnienia swojego zadania i swojej misji. Ta sama logika daru – kontra-daru jest obecna w relacjach z chorym: pielęgniarka, która poświęca swój czas choremu i towarzyszy mu w cierpieniu jest dla niego darem. Jednocześnie poprzez postawę „dawania się” ma poczucie dobrze spełnionego zadania. Chory, który podziękuje, rodzina okazująca wdzięczność – to są te momenty tzw. kontra-daru, który umacnia wewnętrznie powołanie pielęgniarki. Ma ona odczucie, że jej posługa ma wartość. W ten sposób wzrasta poczucie sensu wykonywanej sztuki medycznej. Widzimy zatem, że zaangażowanie człowieka jako osoby jest częścią jego osobowego rozwoju i drogą do spełnienia się (jako pielęgniarka, kapelan itp.). Człowiek realizuje się nie tylko poprzez kształtowanie własnej osobowości, ale także poprzez dawanie siebie innym (np. w szpitalu, w rodzinie). W rezultacie, z jednej strony ożywia i wzbogaca wspólnotę w sposób integralny poprzez swoją osobowość, a z drugiej strony czuje się spełniony w sobie poprzez przekazywanie wartości innym. Ale to dobro, którym dzieli się z drugim człowiekiem, wraca do niego, ponieważ, zgodnie z zasadą redystrybucji, wyróżniającą cechą dobra jest to, że zawsze udziela się jednocześnie pojedynczej osobie, jak i wszystkim we wspólnocie. Oznacza to, że człowiek, który daje siebie, otrzymuje również dar od wspólnoty.

Powyższa refleksja implikuje istotne pytanie dotyczące sposobu pojmowania sztuki lekarskiej, a mianowicie: Czy pielęgniarka, lekarz – to powołanie czy zawód?, czy w ogóle można mówić o etosie sztuki lekarskiej? W świecie zmechanizowania medycyny i biurokratyzacji możemy wątpić i negować takie ujęcie sztuki medycznej. Jednak uważamy, że ujęcie „pracy w szpitalu” jako powołanie jest możliwe i konieczne, choć dla wielu idealistyczne. Spojrzenie na posługę pielęgniarki jak na powołanie, a nie jak na zawód, ma znaczący wpływ na relację z pacjentem. Powołanie to utożsamianie się z daną formą życia, co powoduje, że dana osoba kocha swoją pracę i „daje serce”, aby jak najlepiej wykonać swoje czynności. Pielęgniarka zaś daje „całą siebie”, a taka postawa powoduje, że rela-

cja z pacjentem opiera się na dialogu, szacunku, a szczególnie na miłości do osoby chorej. Oczywiście, możemy zakwestionować powyższe ujęcie, gdyż dla wielu spojrzenie na „pracę w szpitalu” jako na powołanie jest zbyt idealne. Widząc rozmaite sytuacje w szpitalu coraz częściej wątpi się w „etos sztuki lekarskiej”. Możemy na przykład postawić pytanie: jak zachować empatię? Z jednej strony trzeba się uśmiechać, być życzliwym, a z drugiej strony ludzie (pacjenci, rodzina) oskarżają personel medyczny o brak wrażliwości (ludzie np. atakują lekarzy etc., mają pretensje i widzą w lekarzu lub pielęgniarce adwersarza). Jak w takim przypadku zachować współczucie i cierpliwość? Na początku należy stwierdzić, że niezrozumienie ze strony chorego nie może wpływać na całkowitą zmianę wartości, jakimi kieruje się personel. Jeden akt np. braku życzliwości nie może zmienić fundamentalnych zasad, na których zbudowane jest działanie pielęgniarki, lekarza czy kapelana. W takich sytuacjach istotny jest dialog personelu medycznego między sobą, gdyż jakość dialogu z chorym zależy także od tego, jakie są relacje między personelem, a także od atmosfery, którą personel tworzy między sobą. Jeżeli relacje są zniekształcone np. poprzez zazdrość z powodu wynagrodzenia, obmowę lub wyzysk jednego przez drugiego, wówczas siłą rzeczy taka atmosfera ma swoje przełożenie na relację z pacjentem – zniechęcenie w pracy, oschłość czy powierzchowne odpowiedzi do pacjenta.

Relacje interpersonalne ukazują potrzebę integralnego, holistycznego rozumienia istoty ludzkiej. Ich specyfika polega na tym, że na osobę ludzką można spojrzeć w dwóch aspektach. Mianowicie, człowiek może być rozpatrywany jako przedmiot, jak na przykład relacja „uczeń” i „nauczyciel”, „pacjent” i „personel medyczny” lub jako podmiot. Jednak ujęcie personalistyczne pokazuje nam, że ten „przedmiot” zawsze pozostaje podmiotem, ponieważ podmiotowość stanowi fundament relacji międzyludzkich i je warunkuje. Kładziemy tutaj zatem nacisk na wewnętrzny, duchowy aspekt. W naszych czasach ta idea jest bardzo użyteczna, ponieważ pozwala zawsze widzieć człowieka jako człowieka, w jego podmiotowości i złożoności personalistycznej, obdarzonego godnością pomimo różnic kulturowych i rasowych. Idąc tą logiką widzimy, że relacje interpersonalne, takie jak edukacja czy konsultacja medyczna, są zawsze spotkaniem podmiotów, pomimo różnego stopnia zależności. Jest to jednak relacja oparta na zaufaniu, ponieważ lekarz stawia się w roli odkrywcy świata wartości i pomaga wybrać dobro. Ale to pacjent, wspierany przez personel medyczny, zachowuje swoją integralność i wybiera ostatecznie „swoje dobro”. Lekarz jest autorytetem w swojej sztuce medycznej. Natomiast należy podkreślić, że autorytet, jak mówi św. Tomasz z Akwinu, zakłada pewne wartości i dobro wspólne, do którego się odwołujemy¹³. Takie ujęcie dialogu ma pozytywny wpływ na relacje między pacjentem a lekarzem, ponieważ autorytet lekarza tworzy klimat zaufania, w którym szanuje się wolność.

¹³ Por. Św. Tomasz z Akwinu, *Summa Theologiae*, I^a-II^{ae}, q. 96, a. 4; q. 104, a. 1.

Ponadto lekarz pomaga pacjentowi w dokonaniu wolnego, samodzielnego i zawsze dobrego wyboru.

Lekarz, pielęgniarka komunikują się nie tylko poprzez wiedzę zawodową, ale również poprzez swoją osobowość w szerokim tego słowa znaczeniu; komunikują się całą swoją istotą. W tej logice jest to zawsze dialog z pacjentem, a nie monolog. Opieka to nie tylko „podawanie leków”, ale nawiązanie relacji z pacjentem w taki sposób, aby wpłynęło to na „jego dobre życie”. Moje doświadczenie zawodowe pokazuje, że często wystarczy po prostu być obecnym przy chorym i że autorytet personelu medycznego jest również realizowany przez słowo pojednania, przez dotyk, przez proste gesty (podanie jogurtu, owoców, szklanki wody itp.). W mojej posłudze duchowej zauważam niejednokrotnie, że „dotyk” daje choremu poczucie bezpieczeństwa; co sprawia, że nie czuje się samotny w chorobie i ma siłę walki o zdrowie. Lecz, aby wykonywać owe „podstawowe gesty ludzkie”, personel medyczny powinien dbać przede wszystkim o stały rozwój swojej własnej osobowości i pozostać otwarty na zdobywanie wartości, które pozwolą mu ukierunkować się na te „gesty” i zrobić wysiłek, aby je nieustannie wybierać. Z tego punktu widzenia „stawanie się osobą” jest wydarzeniem, które musi być stale aktualizowane. W swoich analizach Tadeusz Biesaga stwierdza, że wspólne dobro ludzkie, znajdujące się w centrum relacji lekarz – pacjent, wymaga rozwagi i roztropności w odniesieniu do postępu medycznego i możliwości technicznych¹⁴.

W związku z tym personel medyczny odgrywa znaczącą rolę w jakości dialogu w przestrzeni medycznej. Jego zaangażowanie zakłada „dobre życie” dla innych, co jest zasadniczo pojęciem dobra wspólnego. Poprzez dobro wspólne w jego ontologicznej doskonałości jesteśmy w stanie przeciwstawić się wszelkim błędom antropologicznym, które oddzielają człowieka od jego natury, od jego podstawowych praw i pozbawiają go całej tradycji filozoficznej. W ten sposób dochodzimy do praktycznego spostrzeżenia dotyczącego medycyny, a mianowicie, że działania medyczne muszą uwzględniać dwa wymiary, które idą ze sobą w parze: wymiar techniczny i wymiar teleologiczny¹⁵. W ten sposób unika się manipulacji życiem ludzkim i potwierdza się, że medycyna odwołuje się do norm, zgodnie z którymi człowiek jako osoba i jego godność znajdują się w centrum decyzji. Wynika z tego, że personalistyczna afirmacja człowieka umożliwia powrót do obiektywnej prawdy o człowieku, tak aby działał on w zgodzie z samym sobą w społeczeństwie, które jest podstawowym miejscem jego spełniania i naturalną drogą, na której ma on się rozwijać. Relacja lekarz – pacjent, o której wspomnieliśmy jest jednym z najbardziej znaczących momentów tego spełnienia.

¹⁴ Por. T. Biesaga, *Dobro pacjenta celem medycyny i podstawą etyki medycznej*, „Studia Philosophiae Christianae”, 40(2004), s. 153–165.

¹⁵ Por. P. Znyk, *Od komunikacji do manipulacji*, Kezmarok 2008, s. 105–113.

4. „BYCIE DLA DRUGIEGO” I JEGO PRAKTYCZNE IMPLIKACJE

Na poziomie wymiaru społecznego (a zatem również medycznego) osoba jest nieustannie wzywana do humanizowania relacji międzyludzkich. Człowiek bowiem „jest osobą”, ale także „staje się osobą” poprzez konkretne czyny w relacjach międzyludzkich (także poprzez cnoty, wartości). W tym znaczeniu proces „stawania się osobą” trwa całe życie. W sferze wspólnotowej osoba jest nie tylko dla siebie, ale i dla innych; jest to osoba, która umożliwia innym dążenie do szczęścia. Pokazuje to przykład społeczeństwa rodzinnego. Członek rodziny swoim słowem i czynem pomaga innym członkom spełniać się. Istnieje wtedy wzajemna zależność między sobą i wszyscy są odpowiedzialni za szczęście, do którego dążą. W tej logice wartości i cnoty umożliwiają ściślejsze powiązanie dwóch wymiarów: jednostki i osoby. Chory zatem nie jest zwykłą jednostką, ale i osobą. Postawa personelu, jego słowa i gesty sprawiają, że rozróżnienie między „jednostką a osobą” staje się mniej wyraźne, pod warunkiem, że człowiek opiera swoje życie na cnotach i na innych wartościach. Jak zauważa słusznie Yves Floucat, to rozróżnienie zostaje zniesione, gdy osoba wchodzi w relację z Bogiem. Napięcie, które wynika z dwubiegowości – osoba i jednostka, zostaje rozwiązane już w doczesności¹⁶. To przede wszystkim dzięki typowo ludzkim zdolnościom, życiu cnotami i zaangażowaniu człowieka w budowę społeczeństwa owo podobieństwo człowieka-osoby do Osoby boskiej staje się coraz bardziej widoczne. Innymi słowy, proces ucłowieczenia nie może być ciężarem do dźwigania, ale źródłem doskonalenia się człowieka i naturalną drogą jego rozwoju osobowego.

W wyniku naszych analiz w oparciu o wizję personalistyczną świata stwierdzamy, że na płaszczyźnie społecznej człowiek afirmuje siebie w takim stopniu, w jakim uczestniczy w moralnym rozwoju społeczeństwa. Osoba, afirmując określone wartości w społeczeństwie (w medycynie), afirmuje swoją własną specyfikę egzystencjalną, co pozwala jej dążyć do własnego spełnienia. Wartości i cnoty, na których osoba ludzka opiera swoje działania i decyzje są miarą personalizacji rzeczywistości, przede wszystkim relacji człowieka z samym sobą i z innymi. Prowadzi to do ważnego spostrzeżenia, że relacja między osobą a dobrem i konkretnymi wartościami nie opiera się na przymusie, lecz raczej na miłości do owych wartości (dobro wspólne, godność osoby ludzkiej), które są fundamentem życia społecznego. Pojawia się tu moment „przywłaszczenia sobie wartości”, uznania wartości jako „moje własne”. Wówczas kierują one działaniem człowieka, humanizują relację pacjent – personel medyczny poprzez więź duchową, a nie tylko ekonomiczną czy materialną.

¹⁶ Por. Y. Floucat, *Jacques Maritain ou la fidélité à l'Éternel*, Paris 1996, s. 118.

Człowiek rozwija się integralnie o tyle, o ile zapewnia spójność między duchem a materią i rozumem. Podstawowym problemem współcześnie jest zniekształcenie i zaniedbanie tej relacji. Fakt koncentracji tylko na elemencie materialnym (pieniądz, dobre zarobki, życie na coraz to wyższym poziomie itd.), powoduje, że człowiek stawia siebie samego w centrum, tym samym zaniedbuje drugiego człowieka. Antropocentryzm prowadzi do nihilizmu, a nawet do negacji człowieka przez niego samego¹⁷. Dlatego też otwarcie się na sferę duchową (wartości, cnoty, religijność) jest momentem stabilizacji egzystencjalnej człowieka i jego rozwoju. Takie holistyczne ujęcie powoduje, że człowiek (tutaj: personel medyczny) jest pozytywnie ukierunkowany na drugiego człowieka i stara się mu pomóc w potrzebie (w chorobie, w doświadczeniu bólu). Jakość relacji w przestrzeni medycznej jest zależna zatem od sposobu życia, jaki obiera sobie personel medyczny: antropocentryczny czy teocentryczny. Ten drugi pozwala istocie ludzkiej rozwijać wymiar wewnętrzny, co ma konkretne przełożenie na relacje do samego siebie i do drugiego człowieka. Rozumienie teocentryczne jest użyteczne, ponieważ ukazuje człowieka nie tylko ontologicznie, ale i aksjologicznie jako tego, który otwiera się na instancję boską poprzez swojego ducha. Dzięki temu czyn ludzki jest otwarty na cel nadprzyrodzony; na to, aby dać mi szczęście, a także na to, aby zrodzić pewne dobro. Tak ukierunkowany czyn zapewnia atmosferę zaufania i miłości do chorego. Jest „dialogiem” opartym o silny fundament konkretnych wartości. Na przykład w Holandii osoby starsze boją się mówić o swojej chorobie, ponieważ jednocześnie boją się, że zostaną poddane eutanazji. Taka postawa stwarza atmosferę strachu, lęku. Ten przykład pokazuje nam przedmiotowe traktowanie drugiego człowieka. Jest zatem różnica między dobrym czynem wykonanym z czystego humanizmu, antropocentryzmu (kierować się interesem partykularnym, zyskiem i profitami), a czynem wykonanym w oparciu o wartości, o cnoty i z miłości do osoby chorej. Należy zatem odróżnić humanizm jednostki od humanizmu osoby. Relacja pacjent – personel zależy od intencji, którą kieruje się i od celu, który chce się osiągnąć (cel naturalny i nadprzyrodzony). Nie wystarczy zatem czynić dobre uczynki, ale dobre uczynki trzeba czynić dobrze, w czym pomaga nam otwarcie się na wymiar boski, ponieważ kreuje on dobro transcendentne, wpisane w naturę istoty ludzkiej. Tylko takie dobro jest „w pełni dobre” dla wszystkich ludzi bez wyjątku. W przeciwnym razie, jeżeli ujęcie teocentryczne jest zniekształcone, dochodzi do wynaturzeń zarówno czynów jak i pojęć. Jako przykład podajemy stowarzyszenie francuskie ADMD (L’association pour le droit de mourir dans la dignité), dla którego eutanazja jest „godną” formą śmierci. Tutaj słowo „godność” zostało całkowicie wynaturzone, tak aby usprawiedliwić eutanazję i przedstawić jako dobry sposób zakończenia życia. Powyższy przykład pokazuje całkowite przekształcenie pojęć tak, aby usprawiedliwić czyny moralnie

¹⁷ Por. R. Maritain, *Les grandes amitiés*, Paris 1949, s. 79–80.

złe. Takie formy aberracji prowadzą do kreowania nowej rzeczywistości, opartej na subiektywizmie i indywidualizmie¹⁸. Przyjęte bowiem klasyczne normy postępowania są przedstawiane jako nieaktualne, natomiast akcentowany jest aspekt utylitarny, konsumpcyjny i produktywny.

5. KONSTITUTYWNE ZNACZENIE PORZĄDKU OD „POZNANIA” DO „DZIAŁANIA”

Aby uniknąć owego niebezpieczeństwa zniekształcania rzeczywistości i pojęć, z pomocą przychodzi francuski filozof Jacques Maritain. W swojej analizie czynu ludzkiego Maritain wyjaśnia, że działanie ludzkie zakłada ontologiczne ujęcie bytu. Trzeba „być”, a dopiero potem „działać”. Oznacza to, że działanie jest na miarę danego bytu. Taki porządek pozwala zachować spojrzenie obiektywne i realne, ponieważ czyn ludzki koresponduje z prawdą o człowieku¹⁹. Kierując się taką logiką stwierdzamy, że czyn ludzki nie jest zaprogramowany, ale uporządkowany z faktu, że znajduje on swoje źródło w człowieku – bycie racjonalnym i substancjalnym. Owe ontologiczne fundamenty działania ludzkiego są naszym zdaniem zasadniczym i konstytutywnym elementem ekologii człowieka, prądu społecznego zbudowanego na antropologii realistycznej, która sytuuje człowieka w miejscu centralnym w świecie stworzeń. Wielka wartość tego założenia ekologii człowieka polega na tym, że wszelkie transformacje społeczne i osobowe służą rozwojowi jednocześnie człowieka pojedynczego jak i wszystkim ludziom. Uważamy zatem, iż ten współczesny kierunek myśli antropologicznej ekologii człowieka jest bardzo potrzebny, aby ochronić istotę ludzką przed różnymi formami redukcjonizmu i deprecjonowania godności osoby ludzkiej.

W tej logice oś od „poznać” do „działać”, pozostając zawsze na rzecz typowo ludzkich tendencji, oznacza solidną podstawę odkrywania prawdy w odniesieniu do poszukiwań nad istotą ludzką. Obowiązkiem człowieka dzisiaj jest poszukiwanie prawdy, aby zharmonizować się z nią w działaniach, w czynach. Człowiek jest zatem wezwany do „szczerości” wobec siebie i do odpowiedzialności za siebie. Jest to wysiłek, który prowadzi człowieka do odkrycia samego siebie, swojej godności i swojej odpowiedzialności moralnej. Można to osiągnąć tylko dzięki ogromnemu wysiłkowi, który często jest porównywany do formy ascezy. Ale jest to jedyna metoda kształtowania i formowania siebie poprzez korzystanie

¹⁸ T. Biesaga, *Pojęcie osoby a jakość życia we współczesnej bioetyce*, w: *Ocalić cywilizację – ocalić ludzkie życie*, red. Z. Morawiec, Kraków 2002, s. 53–64; K. Chabros, *Zagrożenia godności terminalnie chorego we współczesnej cywilizacji zachodniej*, „Warszawskie Studia Teologiczne”, 26(2013)1, s. 261–284.

¹⁹ Por. J. Maritain, *Antimoderne*, w: *Œuvres Complètes tom II*, red. J.-M. Allion, M. Hany, R. Mougél, M. Nurdin, H. Schmitz, Fribourg-Paris 1987, s. 1025.

z własnych zdolności intelektualnych i wolitywnych, a nie poprzez poszukiwanie prawdy o człowieku „poza człowiekiem”, np. poprzez rozwiązania techniczne, gdyż to, co jest dopuszczalne technicznie, nie zawsze jest dopuszczalne moralnie. Człowiek musi być świadomy swojego bogactwa (swoich możliwości intelektualnych, egzystencji w oparciu o cnoty). W świecie swojej podmiotowości człowiek, poprzez wysiłek intelektualny i wolitywny, staje się coraz bardziej świadomy tego, co jest w nim samym. Jeśli odkryje on na nowo swoją tożsamość, wszystkie jego żądania wolności, godności i praw człowieka będą miały na celu jego spełnienie i realizację, a nie zubożenie jego istoty. Uważamy, że wszelkie takie roszczenia są całkowicie uzasadnione. W rezultacie afirmacja człowieka w jego metafizycznych wymiarach nie tylko mu nie zagraża, ale daje mu możliwość ponownego odkrycia jego własnej integralności. Wynikające z tego odkrycie człowieka nie może w żaden sposób generować cierpienia. Oczywiście, należy to powtarzać bardzo często: odkrycie bogactwa człowieka nie dzieje się bez wysiłku. Niemniej jednak to odkrycie pozwala człowiekowi na spełnienie się w sobie i w społeczeństwie. Nawet jeśli jest to wyzwanie, to jego realizacja zapewnia integralny rozwój człowieka. Jak dobrze zauważył Maurice Nédoncelle, siła personalizmu polega na ciągłym odkrywaniu sposobów postępowania, dzięki którym działanie człowieka nie sprzeciwia się jego naturze, lecz ukazuje ogromną wartość i szczególne miejsce człowieka w otaczającym świecie stworzeń²⁰. Dla dzisiejszego człowieka fundamentalne znaczenie ma to, że koncepcja personalistyczna gwarantuje możliwość działania człowieka zgodnie z jego własną naturą. Ma to szczególnie oddźwięk współcześnie, ponieważ działanie w oparciu o wymiar osobowy zakłada patrzenie na innych jak na „siebie”, a w konsekwencji zakłada również te same prawa dla innych, co dla „siebie”, takie jak: nienaruszalność ciała, autonomia wyboru, prawo do życia, wolność religijna itd. Innymi słowy, tak rozumiany akt zakłada prawo do działania zgodnie z własną naturą. Tak pojęty akt skłania człowieka do poszanowania godności własnej i tym samym godności innych.

Badania nad człowiekiem widzianym przez pryzmat personalizmu ukazują konieczność introspektywnego spojrzenia człowieka na samego siebie. W naszej pracy w szpitalu wyraźnie dostrzegamy, że „spojrzenie w głąb siebie” lekarza, pielęgniarki, kapelana ma wpływ na jego relacje z pacjentami. To odkrycie pokazuje, że sposób, w jaki człowiek postrzega siebie, jest takim samym sposobem, w jaki postrzega innych, co ma niepodważalne konsekwencje dla relacji międzyludzkich. Człowiek, który widzi siebie jako osobę, zachowuje się jak osoba i w ten sam sposób patrzy na innych. Ten moment internalizacji własnej podmiotowości wpływa na jakość relacji interpersonalnych. Z drugiej strony, jeśli ktoś dehumanizuje drugą osobę poprzez swoje czyny lub słowa, to jednocześnie dehumanizuje samego siebie. Wynika z tego, że personel medyczny, który oschle i powierzchow-

²⁰ M. Nédoncelle, *Vers une philosophie de l'amour et de la personne*, Paris 1957, p. 265.

nie traktuje chorego, jednocześnie taki sam stosunek ma do siebie samego. Traktując pacjenta jako osobę, uznaje również siebie jako osobę. Postrzeganie człowieka jako osoby przez pryzmat personalizmu pozwala zobaczyć człowieka w jego złożoności fizycznej i duchowej. Owo integralne ujęcie istoty ludzkiej ma znaczący wpływ na to, że dialog z pacjentem ma charakter partnerski²¹. W ten sposób lekarz widzi w pacjencie nie tylko jego ciało, ale także jego duchowość, jego historię życia, jego egzystencjalną kruchość. Pacjent odkrywa przed nami również wartości ludzkie. Przez swoje cierpienie, przez swoją kruchość i przez swoją historię życia uczy nas dokonywania typowo ludzkich czynów. Personalizm pomaga nam zatem dostrzec wymiar duchowy jako konstytutywny dla spotkania „personel medyczny – pacjent”. Co więcej, rozumienie personalistyczne pozwoliło nam odkryć obraz człowieka niedoskonałego. W obecnym stanie rzeczy dostrzegamy tendencję do programowania wszystkiego, do bycia doskonałym dzięki własnym umiejętnościom technicznym, podczas gdy analiza myśli personalistycznej wskazuje na etykę, która uważa człowieka nie za doskonałego, ale za takiego, który zmierza do doskonałości. Należy jednak doprecyzować, że akcentowanie wymiaru duchowego nie jest dla nas jakąś formą elitaryzmu. Nie negujemy wymiaru materialnego. Podkreślamy raczej fakt „stawania się osobą” w przestrzeni materialnej. Oznacza to, że człowiek musi z jednej strony zaakceptować niedoskonałości w swoim życiu, a z drugiej strony pozostać stale otwarty na „doskonalenie się”; tak, aby relacja z chorym była rzeczywiście komunikacją. Naszym zdaniem, „powrót człowieka do samego siebie”, aby przyjrzeć się własnym zdolnościom intelektualnym i wolitywnym, oraz relacja do dobra wspólnego i do wartości ponadczasowych (miłość, godność) stanowią dwa punkty odniesienia, które są fundamentem relacji zaufania do chorego. Jak podkreśla Krzysztof Bochenek, wartości, a szczególnie dobro wspólne wyzwała w człowieku pragnienie i zdolność realizowania wartości osobowych, dzięki czemu człowiek chroni samego siebie, drugiego człowieka i wspólnotę²². Silny fundament wartości, którymi kieruje się personel medyczny powoduje, że jego działania medyczne nie są powierzchowne, lecz ukierunkowane na dobro pacjenta. Ponadto kierowanie się wartościami powoduje, iż personel uczłowiecza owe relacje i udoskonala sam siebie. Wartości i cnoty implikują przecież dążenie do doskonałości i do ciągłego rozwoju swojej osobowości²³. Na przykład kierując się miłością i przyjaźnią międzyludzką zawsze stworzymy, jako personel medyczny, minimalne warunki, odpowiadające godności ludzkiej. Przyjaźń, miłość międzyludzka i wartości wpływają zasadniczo na

²¹ Por. A. Zembala, *Modele komunikacyjne w relacjach lekarz – pacjent*, „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ – Nauki Ścisłe”, 2(2015)11, s. 41; K. Szewczyk, *O bezsensie i potrzebie konstruowania modeli relacji lekarz – pacjent*, „Krytyka Lekarska”, (2009)2–3, s. 17–38.

²² Por. K. Bochenek, *Personalizm jako wyznacznik chrześcijańskiej wizji społeczeństwa optymalnego*, „Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy”, (2009)14, s. 27–38.

²³ Św. Tomasz z Akwinu, *De Regimine principum*, I, 14.

cel działania. Każdy czyn ma przecież cel, który jest określony, jeszcze przed wykonaniem czynu (np. ogień płonie: celem jest spalanie, ale ten cel jest określony jeszcze przed działaniem spalania).

PODSUMOWANIE

Troska o postrzeganie człowieka jako całej osoby jest podstawowym obowiązkiem, wymagającym stałego wysiłku formacji duchowej. W ten sposób widzimy, że każdy wymiar ludzki, duchowy (wewnętrzny) i cielesny (fizyczny), jest niezbędny, a nawet konstytutywny we właściwym dialogu personelu medycznego z osobą chorą. Nie możemy zatem podkreślać jednego kosztem drugiego, tym samym zaniedbując holistyczne spojrzenie na człowieka. W konkluzji naszych analiz stwierdzamy zatem, że globalne, integralne, a zatem personalistyczne spojrzenie na istotę ludzką pozwala zawsze podkreślać człowieka w każdej decyzji medycznej; co nie zawsze jest takie oczywiste i łatwe. Ponadto ujęcie całościowe człowieka wymaga ze strony personelu medycznego wysiłku intelektualnego i duchowego, który trwa przez całe życie. Niemniej jednak ów wysiłek pozwala nie tylko odkryć bogactwo osoby ludzkiej, ale także nieustannie podkreślać wartość każdego człowieka w działaniu medycznym, a przede wszystkim ucłowieczając relację między personelem medycznym a pacjentem. Personalistyczne ujęcie człowieka pomaga zatem nie tylko zobaczyć obiektywną prawdę o istocie ludzkiej, ale także wykonywać konkretne, typowo ludzkie działania, mające swoje źródło w naturze człowieka. Dlatego w niniejszej pracy kładziemy nacisk na konkretny wysiłek formacji i kształtowania wartości, jakie należy pielęgnować ze strony personelu medycznego. Ten wysiłek pozwoli wypracować taką postawę (empatii, szacunku), która ułatwi dialog z chorym. W konsekwencji personel medyczny nie tylko afirmuje teoretycznie godność chorego, ale sam zachowuje się godnie w relacji do siebie samego i pokazuje ową godność w kontakcie z pacjentem, szczególnie w działaniu. Naszym zdaniem w przestrzeni medycznej dialog zależy od tego wysiłku, jaki wkłada się (zarówno personel medyczny, jak i pacjent), aby zaspokoić potrzeby danej osoby i pomóc jej w obliczu cierpienia.

Relacja między personelem medycznym a pacjentem ma zatem charakter naturalny i, właściwie ukształtowana, stanowi podstawę komunikacji. Ponadto wymiar dialogu ukazuje człowieka, który jest z natury „dla drugiego człowieka”, szanując jego autonomię. Szczególnie istotny jest fakt, że dając się choremu personel medyczny jednocześnie otrzymuje dar w postaci poczucia sensu swojego powołania. Jest to relacja dar – kontra-dar, którą wyraźnie zaakcentowaliśmy w naszych badaniach. Zatem dialog z pacjentem jest momentem afirmacji człowieka i miejscem odkrycia integralności bytu ludzkiego. Relacja z osobą chorą zależy więc od tego, jakie wartości reprezentuje personel medyczny, a także od

tego, jak sam człowiek jest rozumiany. Analizowane przez nas personalistyczne ujęcie człowieka otwiera perspektywę relacji między personelem medycznym a pacjentem, opartą na niezbywalnej godności każdej istoty ludzkiej, szacunku i zaufaniu.

Bibliografia

Barański J., Steciwko A., *Wzajemne zrozumienie oraz współpraca lekarza i pacjenta – panorama problemów*, w: *Relacja lekarz-pacjent*, red. J. Barański, A. Steciwko, Wrocław 2013, s. 3–12.

Biesaga T., *Dobro pacjenta celem medycyny i podstawą etyki medycznej*, „Studia Philosophiae Christianae”, 40(2004), s. 153–165.

Biesaga T., *Personalizm a pryncypalizm w bioetyce*, w: *Podstawy i zastosowania bioetyki*, red. T. Biesaga, Kraków 2001, s. 43–55.

Biesaga T., *Pojęcie osoby a jakość życia we współczesnej bioetyce*, w: *Ocalić cywilizację – ocalić ludzkie życie*, red. Z. Morawiec, Kraków 2002, s. 53–64.

Bochenek K., *Personalizm jako wyznacznik chrześcijańskiej wizji społeczeństwa optymalnego*, „Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy”, (2009)14, s. 27–38.

Buber M., *Ja i TY. Wybór pism filozoficznych*, Warszawa 1992.

Buber M., *Problem człowieka*, Warszawa 1993.

Chabros K., *Zagrożenia godności terminalnie chorego we współczesnej cywilizacji zachodniej*, „Warszawskie Studia Teologiczne”, 26(2013)1, s. 261–284.

Floucat Y., *Jacques Maritain ou la fidélité à l'Éternel*, Paris 1996.

Gara J., *Filozofia dialogu i jej implikacje pedagogiczne*, „Pedagogia Christiana”, 1(2010)25, s. 137–148.

Lendzion A., *Koncepcja podmiotu osobowego w personalizmie Jacques'a Maritaina*, „Roczniki Pedagogiczne”, 2(2010)38, s. 5–20.

Makara-Studzińska M., *Komunikacja z pacjentem*, Lublin 2012.

Maritain J., *Antimoderne*, w: *Œuvres Complètes tom II*, red. J.-M. Allion, M. Hany, R. Mougél, M. Nurdin, H. Schmitz, Fribourg-Paris 1987.

Maritain R., *Les grandes amitiés*, Paris 1949.

Mizak J., *Godność osoby cierpiącej jako podstawowa kategoria aksjologiczna w relacji lekarz – pacjent*, „Teologia i Moralność”, 13(2013)1, s. 195–210.

Nédoncelle M., *Vers une philosophie de l'amour et de la personne*, Paris 1957.

Niessen F., *Pourquoi et comment penser la contribution de la foi chrétienne à la bioéthique*, w: *Repères chrétiens en bioéthique. La vie humaine, du début à la fin*, red. F. Niessen, O. De Dinechin, Paris, 2015 s. 51–91.

M. Rusin, *Podmiotowość pacjenta w interakcji fizjoterapeuta – pacjent*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogiki i Administracji w Poznaniu”, (2007)3, s. 199–209.

Satir V., *Selbstwert und Kommunikation*, w : *Przygoda z komunikacją*, red. W. Walker, tłum. J. Mańkowska, Gdańsk 2001, s. 142–163.

Szary S., *Znaczenie i godność ludzkiego ciała w praktyce medycznej*, „Hygeia Public Health”, 49(2014)2, s. 222–224.

Szewczyk K., *O bezsensie i potrzebie konstruowania modeli relacji lekarz – pacjent*, „Krytyka Lekarska”, (2009)2-3, s. 17–38.

Św. Tomasz z Akwinu, *De Regimine principum*, tłum. M. Martin-Cottier, Paris, Éd. Egloff, 1946.

Św. Tomasz z Akwinu, *Summa Theologiae*, tłum. A.-M. Rouget, Les Editions du Cerf, Paris, 1984–1986.

Wilczek-Rużyczka E., *Komunikowanie się z chorym psychicznie*, Warszawa 2019.

Zembala A., *Modele komunikacyjne w relacjach lekarz – pacjent*, „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ – Nauki Ścisłe”, 2(2015)11, s. 35–50.

Znyk P., *Od komunikacji do manipulacji*, Kezmarok 2008.