

Maria Wałęska-Siempńska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**O PRZYWRÓCENIE RANGI ZAŁOŻEŃ ETYCZNYCH
W MEDYCYNIE WSPÓŁCZESNEJ
ETYCZNO-ANTROPOLOGICZNE ARGUMENTY PRZECIW
PRZEDMIOTOWEMU TRAKTOWANIU PACJENTA***

Współcześnie dyskusje o etyce lekarskiej dotyczą problemów transplantacji narządów, aborcji, eutanazji. W ramach relacji lekarz – pacjent mniej uwagi poświęca się „przyziemnym problemom”, jakimi są finansowe pokusy lekarzy wymuszających od pacjentów pieniądze za wykonane usługi i zabiegi medyczne, czy przyjmowanie nieformalnej zapłaty za leczenie w publicznej służbie zdrowia. Te fakty są dobitnym przykładem dehumanizacji wspomnianej wyżej relacji w sferze wypełniania indywidualnych obowiązków zawodowych, dehumanizacji, na którą nie ma przyzwolenia ani w kodeksie etyki zawodowej, ani ogólnoludzkiej. Sokrates uważał, że działanie moralnie złe do tego stopnia uwłacza godności działającego, iż źródło swe może mieć wyłącznie w niewiedzy moralnej człowieka. Wykluczał bowiem, by człowiek świadomie chciał urągać samemu sobie (za: Styczeń, Merecki 1996: 9–10).

Wartości etyczne, które sprawiają, że zawód lekarza jest zawodem szczególnym, nie są dane, ale stanowią cel każdego, kto go uprawia. Broniąc wartości humanistycznych w medycynie podkreślam znaczenie humanitaryzmu, które – za A. Schweitzerem – rozumiem jako prawdziwie ludzkie odnoszenie się człowieka do człowieka, traktowanie pacjenta uwzględniające jego godność i potrzeby.

Z jednej strony rozważania niniejsze zostały zainspirowane dyskusją o współczesnych problemach etycznych medycyny, jakie toczą się na łamach różnych czasopism lekarskich, z drugiej strony odstępstwem od wartości etycznych w praktyce lekarskiej. Zwracam uwagę na kontekst ekonomiczny,

* Praca wykonana w ramach badań statutowych Katedry Historii Medycyny i Farmacji UM nr 503-625-1.

który zdominował niezbywalne wartości etyczne, konstytuujące wzór osobowy lekarza. Skoro w praktyce codziennej w naszym kraju ekonomia dominuje również w medycynie, to i dobro pacjenta, jakim jest jego zdrowie i życie, zostało zredukowane do wymiaru ekonomicznego.

Występuję tu jednocześnie w roli realnego i potencjalnego pacjenta, a także w roli nauczyciela akademickiego prowadzącego zajęcia dydaktyczne (z historii medycyny, farmacji i stomatologii) w Uniwersytecie Medycznym w filozoficzno-etycznej perspektywie, kierującej edukację studentów medycyny ku wartościom etycznym¹. Perspektywa ta odsłania zawartą w medycynie intencję humanistyczną, sprowadzającą się do troski o pacjenta, cierpiącego człowieka, który sam nie jest sobie w stanie pomóc.

Medycyna ulegała w dziejach różnym formom dehumanizacji. Niektóre z nich były spowodowane czynnikami obiektywnymi wpisanymi w postępek tej dyscypliny. W XIX i XX w. odkrycia w dziedzinie mikrobiologii wyjaśniły etiologię wielu chorób epidemicznych przewyższając dotychczasową bezradność człowieka w tym zakresie. Dzięki pierwszym lekom biologicznym, jakimi były szczepionki, można było zapobiec wielu takim chorobom. Zauważalny jest także postęp w XIX-wiecznej chirurgii. Jeśli się udało odkryć przyczyny chorób zakaźnych, zakażeń przyrannych, gorączek połogowych, to zaczęto wierzyć, że w każdym przypadku jest realnie możliwe odkrycie przyczyny choroby. Wiara ta znalazła także poparcie w farmakoterapii, którą zapoczątkowało wspomniane odkrycie leków biologicznych, czyli licznych szczepionek, oraz leków przeciwgorączkowych, przeciwrumatycznych i znieczulających. Następnie odnotowujemy rozwój chemioterapii zapoczątkowanej przez Paula Erlicha, a także sulfonamidoterapii i antybiotykoterapii. Wszystkie te zjawiska spowodowały ewolucję postawy lekarza: wcześniej sceptyka terapeutycznego, a teraz optymistę wierzącego, że wszelkie choroby można rozpoznać i skutecznie leczyć. Zatem najważniejsze było rozpoznanie choroby, pacjenta zaś traktowano jako jednostkę chorobową. Ważne było leczenie chorego narządu np. chirurgiczne. Chory narząd przesłaniał chorego człowieka. W wieku XX odkrycie specjalistycznej aparatury medycznej ratującej i podtrzymującej życie, respiratorów, maszyn do dializ, aparatury do oddychania, jeszcze bardziej utrwaliło przekonanie, że każdego pacjenta da się wyleczyć i przedłużyć mu życie za wszelką cenę, nawet

¹ Por.: M. Wałęska-Siemińska, 2000: 100. Bardzo ważne jest pogłębianie u studentów uczelni medycznej postawy humanizmu, kształtującej się przez obserwację zachowań etycznych lekarzy pracujących na co dzień w szpitalach i klinikach. Jest to konieczne, aby móc utwierdzać się w przekonaniu, że znakiem rozpoznawczym zawodu lekarza jest bezinteresowność w działaniu wobec potrzebującego pacjenta – spolegliwość opiekuństwa, a nie koniunkturalizm i przedmiotowe nastawienie (*Kodeks Etyki Lekarskiej*, 1994, art. 78). Lekarze, którzy nauczają studentów lub szkolą lekarzy, powinni swoim postępowaniem dawać studentom i młodym lekarzom będącym pod ich opieką przykład godny naśladowania.

łamiąc zasadę etyczną „przede wszystkim nie szkodzić”. Postęp w medycynie, obserwowany na przestrzeni wieków, z jednej strony nieodzowny i konieczny, wpisywał więc w medycynę właściwości dehumanizujące relacji lekarz – pacjent. Redukcja pacjenta do jednostki chorobowej nadawała ważność chorobie, tworząc z niej niezależny byt ontologiczny. Wystarczająca była zasada leczenia choroby, a nie chorego, a w medycynie widziano przede wszystkim naukę przyrodniczą, teoretyczną, a nie praktyczną, sztukę leczenia. A jeśli współcześnie dochodzi do tego podporządkowanie się wykładni ekonomicznej, to medycyna dehumanizuje się jeszcze bardziej. Zrywa się pierwotna relacja między lekarzem a chorym, oparta na zaufaniu i współczuciu, połączona w osobową więź człowieka cierpiącego z niosącym mu pomoc. Zapomina się, że podstawową funkcją zawodu lekarza była i jest terapia, pojmowana zgodnie ze swym greckim źródłosłowem, gdzie *therapeuo* znaczyło: „służę, otaczam troską, niosę pomoc”. Człowiek dobry i mądry był zdaniem XIX-wiecznej polskiej szkoły medycyny, filozofii i etyki, jedynym godnym akceptacji wzorem osobowym lekarza. O założycielu tej szkoły, Tytusie Chałubińskim, pisał Henryk Sienkiewicz:

Gdy zbliżał się do łóżka chorego, wówczas zbliżał się nie tylko bystry i genialny lekarz, który jednym rzutem oka rozpoznał chorobę [...] i brał ją jak atleta za gardło, ale zbliżał się wspaniały mędrzec, filantrop, szczery i zacy przyjaciel. I chory czuł to, że przychodzi do niego nie tylko zimna wiedza, ale zarazem i bliźnia dusza, że mu daje współczucie nie zaczerpnięte z doktryny, ale z gorącego serca (za: Petrozolin-Skowrońska 1981: 6–7).

Z przytoczonego cytatu widać, że dla twórców tej szkoły naczelną zasadą było okazywanie choremu bezinteresownej troski, utożsamianej z chrześcijańskim miłosierdziem. Według nich w interesującej nas relacji lekarz – pacjent, dominować powinny uczucia altruizmu, współczucia, empatii, miłosierdzia i zaufania. Stały się one niezbywalnym wyposażeniem lekarza w relacji z pacjentem. Władysław Biegański adresuje do wszystkich lekarzy prośbę, aby pamiętali, że medycyna narodziła się z niedoli, a jej rodzicami chrzestnymi były miłosierdzie i współczucie (Biegański 1957: 66).

Chory jest bliźnim, uczestniczącym we wspólnocie cierpiących i przypominającym, że ten, kto dziś jest lekarzem, jutro sam może być pacjentem. Silnie podkreślana była w pismach szkoły asymetryczność relacji lekarz – pacjent. To lekarz jest dobroczyńcą, filantropem odpowiadającym na wołanie o pomoc. Pacjent ze swym nieszczęściem, jakim jest choroba, powierza się całkowicie lekarzowi. Ten stosunek widziany jest jako „stosunek cierpiącego do zbawcy, co mu ulgę niesie”. Pouczający jest przy tym postulat, że lekarz

przynajmniej na chwilę obecności przy chorym zawieszać winien swe jednostkowe pragnienia i dążenia, natomiast całą sprawność umysłu wyteżać w kierunku czynienia dobra cierpiącemu (Biegański 1957: 82).

Relacja lekarz – pacjent przeobraża się w relację Ja – Ty, której istotą jest współczucie, miłosierdzie i odpowiedzialność (Pędziwiatr 1999: 25).

Podkreślając intencję humanistyczną w medycynie, wskazując na to, że medycyna nie jest tylko nauką przyrodniczą, opisową, lecz jej rzeczywisty cel, sens, sprowadza się do niesienia pomocy człowiekowi choremu. Jeśli redukujemy problemy zdrowia pacjenta do kwestii ekonomicznych, to tym samym lekarz uwalnia się od odpowiedzialności za pacjentów. Odczuwają oni obecnie niedostatki tkwiące w tak zorganizowanej służbie zdrowia, która stwarza możliwości skrajnie utylitarnej traktowania pacjenta. Sytuacja priorytetu ekonomii nad medycyną nie może sprzyjać pacjentowi, gdyż powoduje niehumanitarną reglamentację usług, utrudnianie, a wręcz niemożność dostania się do lekarza specjalisty, do szpitala na operację, niedostępność wielu badań diagnostycznych, zmuszanie pacjentów do korzystania z płatnych usług, wypieranie egalitaryzmu leczenia na rzecz elitaryzmu i komercjalizacji. Mimo tej sytuacji, wielce niekorzystnej dla pacjenta, gdzie podaż świadczeń medycznych nie zaspokaja potrzeb ludzi chorych, medycyna nie może odejść od podstawowego założenia, że zdrowie i życie każdego pacjenta jest wartością samoistną, a lekarze nie mogą tłumaczyć swojego niegodnego postępowania wobec pacjenta obiektywnymi czynnikami występującymi w służbie zdrowia.

Przejdę teraz do opisanego kilku przykładów relacji lekarz – pacjent, odbiegających od zasad kodeksu deontologii lekarskiej.

Państwowe miejsce pracy, oddział szpitalny albo klinikę uniwersytecką lekarz wykorzystuje do wykonywania prywatnej praktyki związanej z oczekiwaniem od pacjenta zapłaty. Niektórzy lekarze żądają wręcz od pacjenta gratyfikacji finansowych na każdym etapie leczenia. Podam przykład znany mi osobiście. Lekarz podstawowej opieki medycznej nie uznaje za wskazane skierowania pacjenta do specjalisty (miasto powiatowe), bądź skierowania pacjenta na badania metodą gastrokopii, co w efekcie prowadzi do opóźnionego zgłoszenia się pacjenta na oddział chirurgii onkologicznej i zbyt późnego przeprowadzenia operacji żołądka z przyczyn nowotworowych. Jak stwierdził pacjent, „lekarz czekał na pieniądze” w zamian za skierowanie na specjalistyczne badania diagnostyczne.

Każdy kontakt lekarza z pacjentem to spotkanie szukającego pomocy z wybawcą z nieszczęścia. Odsłaniając swoje cierpienie pacjent nie zawsze spotyka się z ludzkim – podmiotowym postępowaniem. Do najbardziej instrumentalnych zachowań należy wymuszanie pieniędzy od pacjenta za zajęcie się nim, przyjęcie go do szpitala czy przeprowadzenie poważnej operacji chirurgicznej. Jest to dodatkowe źródło zysków lekarza osiągnięte kosztem chorego człowieka. Lekarzom zabiegowym, różnych specjalności i w różnych szpitalach, czasami brakuje elementarnego humanitaryzmu wobec pacjenta.

Powołam się na wymowny przykład z praktyki chirurgicznej. Lekarz – chirurg, zapewnia przed operacją strapionego pacjenta, że on właśnie będzie go operował. Pacjent czuje się uspokojony i bezpieczny. Byłoby to postępowanie wielce chwalebne, jak nim na pewno zresztą nieraz jest. Ale w tym opisywanym przypadku lekarz nie postępuje bezinteresownie, jego zapewnienie ma sugerować pacjentowi wręczenie gratyfikacji finansowej, która zasili jego kieszeń. Lekarz uchodzi tutaj za dobroczyńcę, lecz szkoda, że nie ma czystych intencji i nie kieruje się przede wszystkim dobrem pacjenta. W przypadku, który opisuję, ów lekarz był przy operacji pacjenta jedynie w początkowej jej fazie, usypiania anastezjologicznego, po czym zlecił przeprowadzenie głównego etapu zabiegu swojemu podwładnemu. Może się zdarzyć, że lekarz umówiony z pacjentem na operację nie wywiązuje się z obietnicy z przyczyn niezależnych (jest jeszcze gdzieś indziej zaangażowany zawodowo), złem jest, że nie poinformował pacjenta, iż nie operował go osobiście, choć przyjął od niego nielegalne honorarium. Ucieka się do przebiegłości, stara się zdążyć na czas wybudzenia pacjenta z narkozy, aby ten był przeświadczony, że operował go ów właśnie specjalista, który przyjął nielegalne honorarium, zapłatę podwójną za wykonywany zabieg. Postaw lekarzy nastawionych na wymuszanie na pacjentach dodatkowych zysków za świadczoną pomoc medyczną można by wskazać więcej.

To prawda, że pacjenci, nieraz sami proponują lekarzowi dodatkowe gratyfikacje. Przykładem może być pacjentka skierowana na operację onkologiczną. Przed operacją była bardzo niespokojna, przeświadczona o tym, że jeśli „nie da”, to lekarze nie zajmą się nią odpowiednio. Wszystkie chore na jej sali „dały” już pieniądze. Ona także to zrobiła, bo jak stwierdziła: „chciałam mieć to za sobą. Dałam i uspokoiłam się psychicznie, poczułam się bardziej bezpiecznie”.

Chciałabym w dalszej części artykułu wskazać, że postawa praktykowana obecnie wśród lekarzy nie ma odpowiedników w polskiej tradycji etyki lekarskiej i nie jest zgodna zarówno z etyką zawodową, jak i pewnymi założeniami humanitaryzmu.

Wspomnianej wyżej sytuacji, wykorzystywania chorych, cierpiących, instrumentalnego ich traktowania nie da się usprawiedliwić niskimi zarobkami lekarzy, dużą ilością dodatkowych prac i obowiązków, pełnionymi funkcjami, złą organizacją pracy, znaczną liczbą zabiegów. Źle zorganizowana służba zdrowia, usługi medyczne, do których pacjenci mają utrudniony dostęp, nie usprawiedliwiają odstępstw lekarzy od etyki zawodowej, sprzeniewierzenia się własnej godności czy sumieniu. W relacji lekarz – pacjent wykorzystuje się sytuację cierpiącego, bezradnego, przerażonego swoim stanem chorobowym pacjenta, wykorzystuje się ludzką słabość, chorobę jako źródło dodatkowych zysków dla lekarza. Lekarz jest jedyną kompetentną osobą, w którą pacjent wierzy i ufa, że może mu ona pomóc. A tymczasem lekarz uzależnia swoje

działania lecznicze wobec pacjenta od nieformalnego honorarium. Pacjent w tej relacji nie ma wyboru, ponieważ zdrowie i życie są wartością najwyższą, spełnia zatem oczekiwania lekarza. Niektórzy lekarze nie mają skrupułów, wykorzystują sytuację losową człowieka poszukującego pomocy i oparcia. Miłosierdzie, współczucie, troska o pacjenta zostają zastąpione motywami materialnymi. Takie praktyki stosuje się nawet wobec nieuleczalnie chorych na nowotwory pacjentów!

W dziejach medycyny jednym z podstawowych problemów była dostępność opieki lekarskiej. W wydanej w Polsce w 1775 r. konstytucji szpitalnej po raz pierwszy każdy obywatel, biedny czy bogaty, miał zagwarantowane prawo do bezpłatnej opieki szpitalnej. Zasada ta okazała się jednak bardzo trudna do realizacji. Jest to problem ciągle otwarty, a współcześnie przybrał nową postać. Priorytety ekonomiczne w medycynie pociągnęły za sobą różne formy dehumanizacji: utrudnione, albo wręcz niemożliwe dostanie się do specjalisty, nieprzyjęcie do szpitala, odmawianie skierowań na specjalistyczne badania diagnostyczne. Przyjmując pieniądze od pacjenta i od tego uzależniając swoje nim zainteresowanie, lekarz kieruje się nie dobrem pacjenta, ale swoim własnym.

Lekarz to zawód szczególnego zaufania społecznego.

Wszak ludzie składają w ręce lekarza najwyższe dobro, jakim jest zdrowie i życie. Mają zatem prawo oczekiwać, że ze swej strony dołoży on wszelkich starań i wykorzysta posiadaną wiedzę, by jak najpełniej sprostać tym oczekiwaniom [...] Dlatego więc jest to zawód wyjątkowy, nieporównywalny z innymi, i chociaż stanowi także sposób zarobkowania – bo lekarz musi się z czegoś utrzymać – to stanowi również, a może przede wszystkim, rodzaj posłannictwa. W tym przypadku nie bójmy się patosu, bo to jest powołanie, posłannictwo. Bez tych elementów medycyna staje się bezduszna (Bogusz 1991: 4).

Lekarze mają wysoki prestiż i pozycję społeczno-zawodową. To zawód, od przedstawicieli którego oczekuje się „czegoś więcej” niż tylko fachowej wiedzy i sprawności technicznych, nie tylko bycia ekspertem, ale bycia człowiekiem dobrym, przyzwoitym. Powiązanie kompetencji zawodowych z wartościami moralnymi stanowi o szczególnym prestiżu lekarza. Tymi wartościami etycznymi ubogacającymi lekarza jest bezinteresowność działania, wrażliwa osobowość kierująca się empatią wobec pacjenta. Jeśli nawet ideał dobrego człowieka i dobrego lekarza jest trudny do realizacji, nie zwalnia to lekarza od próby podjęcia tego wyzwania. Jedną z norm deontologicznego kodeksu lekarskiego z roku 1925 brzmi: „Bądź łagodny z tymi, którzy cierpią. Pomagaj im. Ich interes góruje nad twoim” (Jesionowski 1971: 155).

Zaakcentowałam wyżej ten szczególny przejaw braku humanitaryzmu w relacji lekarz – pacjent, zredukowanie pacjenta do roli źródła dodatkowych zysków dla lekarza. Jak już wcześniej zaznaczałam, sytuacja jest tu szczególna, bo mamy do czynienia z człowiekiem nieszczęśliwym, chorym, zdezorientowanym i bezradnym. Środowisko lekarskie nie może usprawiedliwiać się

i pocieszać, że w innych zawodach praktyki łapówkarskie są również stosowane. Nie można też usprawiedliwiać nieetycznego zachowania lekarzy patologią współczesnych zjawisk ekonomicznych i redukcją medycyny do ekonomii. „Lekarz jest wystawiony na pokuszenie brania łapówki, a ponieważ jest – jak każdy człowiek – ułomny, to ulega szatanowi” (*Skończył się czas...*, 2000: 9).

„Lekarzy zawsze powinna cechować gotowość i chęć niesienia pomocy, połączona z pokorą wobec chorych ludzi” (Bogusz 1991: 4). Medycyna jest nie tylko zawodem, ale powołaniem do niesienia ulgi w cierpieniu. Podobnie jak medycyna wyrosła ze współczucia dla cierpiącego człowieka, zawód lekarza wyrasta z tej intencji.

Rozważmy kantowski argument na rzecz podkreślanego przez nas humanitaryzmu w relacji lekarz – pacjent. Kant nazywa radykalnym złem tkwiącą w człowieku skłonność do tego, aby na pierwszym planie stawiać własną pomyślność i szczęście, na drugim postępowanie moralne, o ile jest ono środkiem prowadzącym do tego celu. Kantowski imperatyw etyczny: „Postępuj tylko według takich zasad, które mogą się stać powszechnym prawem moralnym lub prawem przyrody” przestrzega, że branie przez lekarza za leczenie pacjenta nielegalnych gratyfikacji nie może stać się prawem moralnym. Kłóci się to też z drugą zasadą imperatywu kategorycznego, a mianowicie: „postępuj zawsze tak, abyś drugiego człowieka uważał również za cel, nigdy wyłącznie za środek” (Kant 1984: 51–52). Jeśli redukuje się pacjenta do wartości instrumentalnej, to nadaje mu się status rzeczy. Pacjent nie jest rzeczą, ale zawsze celem samym w sobie. Kiedy wobec chorego, cierpiącego, a zarazem bezbronniego w obliczu choroby człowieka, lekarze formułują oczekiwania ekonomiczne, to jest to sprzeczne z ideą człowieczeństwa cenioną zarówno w sobie, jak i w drugim człowieku. Koncepcja humanizmu etycznego Kanta nakazuje traktowanie człowieka, a w tym przypadku chorego, jako wartości autotelicznej, celu samego w sobie, wartości, a nie narzędzia manipulacji. Kant daje wskazówki mówiąc, że człowiek chory, wymagający troski i opieki, „nie jest rzeczą”, ale zawsze celem samym w sobie.

Paradygmatem etyki lekarskiej dla polskiego lekarza są cały czas aktualne wskazania etyczne – już wcześniej przeze mnie podkreślane – XIX-wiecznej polskiej szkoły historii i filozofii medycyny.

Chciałabym na koniec w świetle tej tradycji podać w wątpliwość stwierdzenie, że „skończył się dla medycyny czas Judymów” (*Skończył się czas...*, 2000: 6–9), tak jakby ten wzór osobowy był anachroniczny, nieprzystawalny do naszych czasów, niepotrzebny. To nie jest prawda. Czas ludzi oddanych, świadczących posługę innym, otwartych na potrzeby ludzi cierpiących, chorych, niepełnosprawnych, ludzi bezinteresownie działających dla dobra drugiego człowieka nigdy się nie kończy. Tacy ludzie są potrzebni. Szczególnie teraz, gdy stwierdzamy pogarszający się stan zdrowia społeczeństwa, na

skutek biedy, ubóstwa społecznego, bezrobocia. Dobrzy lekarze, po prostu dobrzy ludzie, jak ich nazywali Biegański, Nusbaum, Szenajch, są wśród nas – nie oczekują gratyfikacji pieniężnych, niosą bezinteresowną pomoc, traktując każdego potrzebującego pomocy jako bliźniego, pochylają się nad chorym, wczuwają się w jego stan, starają się nie dopuszczać do potęgowania cierpienia, część swego cennego czasu oddają drugiemu, współuczestnicząc z chorym w dźwiganiu granicznych doświadczeń choroby, nieraz nieuleczalnej. Cóż otrzymują w zamian? Ubogacają w sposób autentyczny własne człowieczeństwo, czerpiąc radość z tego, że są potrzebni i pożyteczni. Wolą „być” niż „mieć”. Może z nich bierzmy przykład.

BIBLIOGRAFIA

- Biegański W., 1957, *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, Warszawa.
 Bogusz J., 1991, *Lekarz to zawód i... powołanie*, „Gazeta Lekarska”, nr 8.
 Jesionowski M., 1971, *Historia stomatologii polskiej*, Warszawa.
 Kant I., 1984, *Uzasadnienie metafizyki moralności*, tłum. M. Wartenberg, Warszawa.
Kodeks Etyki Lekarskiej, 1994, Warszawa.
 Petrozolin-Skowrońska B., 1981, *Tytus Chałubiński*, Warszawa.
 Pędziwiatr M., 1999, *Ideal lekarza polskiej szkoły filozofii medycyny jako wzór osobowy dla lekarza rodzinnego*, [w:] *Spoleczne aspekty reformowania służby zdrowia. Doświadczenia Polski i Chin*, red. D. Walczak-Duraj, Łódź.
 Styczeń T., Merecki J., 1996, *ABC etyki*, Katolicki Uniwersytet Lubelski, Lublin.
Skończył się czas dla Judymów? Dyskusja prowadzona przez R. Golańskiego, 2000, „Panaceum” [Pismo Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi], nr 2 (78); 3 (79).
 Wałęska-Siempińska M., 2000, *Przekaz historii medycyny jako przesłanie dla medycyny (Historia medycyny i jej rola w humanizacji medycyny)*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, t. 63, z. 3–4.

Maria Wałęska-Siempińska

FOR THE REINSTATEMENT OF ETHICAL VALUES IN CONTEMPORARY MEDICINE ETHICAL-ANTHROPOLOGICAL ARGUMENTS AGAINST THE DEHUMANIZATION OF THE PATIENT

The aim of the study is to draw attention to ethical problems in medicine observed in the physician – patient relation. In some cases this relation is characterized by the phenomenon of dehumanization, especially when the patient is treated like an object. It means, among other things, that an economic purpose is more important the patient's good, his/her health and life. The ethical argumentation of the Polish 19th century School of History, Philosophy and Ethics in Medicine presented in the article postulates subjective treatment of the patient and provision of selfless care and help in disease.