

*Anna Maria Jeznach*

## O dysfunkcjonalności szpitali dehumanizacji medycyny i etosie zawodowym pielęgniarek

**Brief considerations on dysfunctional hospitals, the dehumanisation of medicine and the professional ethos of nurses**

*The phenomenal fact of human existence lies human contacts. The world of people is marked above all by the fact that between one being and another occurs something that cannot be found in nature.*

*Martin Buber*

We live in times of a sudden change, or even transformation of civilization. As A. Giddens put it: Modernity differs from all previous forms of social order on account of its dynamism, the degree to which it subverts traditional habits and customs, and its global reach. These are not only external changes. Modernity radically transforms the nature of daily life and changes the most intimate experiences of man. Modernity should be considered on the institutional level, but the transmutations occurring on this level are directly reflected in the life of the individual and, along with that, his identity. (Giddens, 2001, p. 3).

Despite the enormous civilizational advances that have taken place, we can, unfortunately, also observe ongoing dehumanisation in various spheres of social life. I pay particular attention here to the dehumanization taking place in the medical sciences, expressed in their increasing use of technology, the instrumentalization of treatment, instrumentalization of medical staff, depersonalization of doctor-patient and nurse-patient relationships, and even of doctor-doctor and nurse-nurse relationships.

This is revealed in the indifferent treatment of the individual, the disappearance of such human values as solidarity, friendship, respect for human beings or honesty. In place of these values appears indifference, and the instrumental and mechanical treatment of the human being.

The main causes of dehumanisation in the medical sciences are generally regarded as the modern transformation of socio-economic relations as well as the consequences of therapeutic and biological revolutions (Nawrocka 2008, p. 22).

Against the background of civilizational changes and incredible medical advances, there are still quite frequent cases of disturbing phenomena such as: the process of shifting targets; inappropriate communication processes between medical personnel and patients;

insensitive behaviour by hospital staff; and a lack of concern for the professional ethos, whose foundation is morality.

I have allowed myself a number of simplifications, however, my only aim is to provoke reflection in the reader. After all, „We are not simply who we are, but what we do with ourselves” (Giddens 2001).

**Key words:** dysfunctional hospitals → the process of shifting targets, new ethical principles → communicational activity, the dehumanisation of human life → the dehumanisation of medicine, professional ethics, moral convictions, professional ethos of nurses.

*Fenomenalnym faktem ludzkiej egzystencji jest człowiek z człowiekiem. Świat ludzi znamionuje przede wszystkim, że wydarza się między istotą a istotą coś, czego nie znajdzie się w przyrodzie.*

*Martin Buber*

## Dysfunkcjonalność szpitali

Większość społeczeństwa zgadza się ze stwierdzeniem, że instytucje medyczne pełnią szczególną funkcję społeczną – odpowiadają za życie i zdrowie ludzkie. Szczególną rolę odgrywają w tym przypadku szpitale jako wysoko wyspecjalizowane placówki, posiadające bardzo często najnowocześniejszy sprzęt diagnostyczny i terapeutyczny, starające się korzystać z współczesnych osiągnięć medycznych oraz przyczyniające się do rozwoju tej dziedziny wiedzy.

W ostatnich latach obserwujemy zjawisko medykalizacji życia społecznego. Jak zauważa M. Synowiec-Piłat, w szpitalu przychodzimy na świat, w szpitalu coraz więcej ludzi umiera. Od personelu szpitala oczekuje się fachowej i specjalistycznej terapii i opieki (Synowiec-Piłat 2002).

Nie ulega wątpliwości, że szpital to formalna organizacja o zhierarchizowanej strukturze społecznej, o złożonym i sformalizowanym układzie pozycji i ról społecznych. Jego strukturę wyznacza podział obowiązków i przywilejów. Pozycje pracowników są zróżnicowane w zależności od rodzaju wykonywanej funkcji, stopnia odpowiedzialności, zakresu wymaganej lub dozwolonej inicjatywy w pracy, stopnia wymaganych kwalifikacji na danym stanowisku i łatwości wymiany pracownika zajmującego dane stanowisko.

Działalność szpitala jest zawsze zabezpieczona sankcją prawną a także mechanizmami wewnętrznej kontroli. Główne funkcje współczesnych szpitali to: diagnostyczna i lecznicza, pielęgnacyjna i opiekuńcza, prewencyjna, rehabilitacyjna, edukacyjna, naukowo-badawcza.

Należy pamiętać, że szpital jest jednym z systemów globalnego społeczeństwa uzależnionym od różnych instytucji np.: rządowych, ekonomicznych, kościelnych. Niewątpliwie ma to wpływ na jego funkcjonowanie a także może być wyznacznikiem relacji pracowniczych, norm dotyczących zasad przyjmowania pacjentów, sposobów traktowania pacjentów np.: ze względu na istnienie w danym społeczeństwie uprzedzeń i stereotypów (Synowiec-Piłat 2002, s. 129).

Chociaż większość społeczeństwa zgadza się z opinią, że szpitale pełnią bardzo ważną rolę społeczną to jednak występują w nich zjawiska niepokojące a nawet negatywne. Jak podkreśla M. Synowiec-Piłat, szpital jest jedną z instytucji o najbardziej sformalizowanej i zhierarchizowanej strukturze opierającej się na autorytetach. To również instytucja charakteryzująca się dużym stopniem zbiurokratyzowania. Nie chodzi tutaj o niesprawność administracji i arogancję osób zajmujących w niej różne pozycje, ale o rozumienie pojęcia biurokracja na gruncie socjologicznym tzn. o specyficzne formy zorganizowania działania zbiorowego (typ idealny biurokracji Maxa Webera, teoria biurokracji Roberta Mertona).

Struktura biurokratyczna może wywierać na personelu medycznym nieustanną presję w celu podporządkowania się obowiązującym zasadom. Uważa się, że konieczny jest wysoki poziom konformizmu personelu wobec wzorów działania. Taka długotrwała presja może powodować niebezpieczny proces zwany przeniesieniem uczuć z celów (wartości) organizacji na pojedyncze szczegóły zachowań określonych w przepisach (Merton 1982, s. 255–266) – przestrzeganie przepisów na początku pojmowane jako środek przekształca się w cel sam w sobie. Dyscyplina, jak twierdzi M. Synowiec-Piłat, jest wtedy postrzegana nie jako środek zapewniający osiągnięcie określonych celów, lecz jako zasadnicza wartość w organizacyjnym życiu biurokraty. Bardzo często personel medyczny, aby utrzymać swoje stanowisko, albo nie zamykać przed sobą drogi do awansu lub zwiększyć szansę podwyższenia swojej pozycji podporządkowuje się przepisom lub panującym zasadom bez względu na sytuację (Synowiec-Piłat 2002, s. 138).

Do głównych cech świadczących o pojawianiu się negatywnego procesu przeniesienia celów można zaliczyć: niewłaściwe postępowanie lekarzy i pielęgniarek wobec pacjentów, bagatelizowanie przez personel potrzeb chorych i ich uprzedmiotowienie, sytuacje gdy dobro pacjenta zostaje wyparte przez wartości instrumentalne.

Realizując cele i zadania szpitala nie można zapominać o nadrzędnej wartości szpitala tzn. pacjencie. Przecież właśnie dla pacjenta instytucja ta została powołana. Niektórzy zapominają, że personel medyczny jest dla pacjenta a nie odwrotnie. Taka sytuacja często prowadzi do formalizmu (drobiazgowego

przestrzegania ustalonych form, przepisów bez wnikania w ich treść, przesadnej skrupulatności i rytualizmu).

Czasami nawet przestrzeganie przepisów wręcz koliduje z realizacją celów szpitala. Mogą również powstawać konflikty między personelem medycznym a pacjentem, których podłożem jest często bezosobowe traktowanie spraw mających ogromne znaczenie dla chorego i jego rodziny.

Szpital jako instytucja typu biurokratycznego może być źródłem patologii organizacyjnych, które mogą przyczyniać się do powstania zjawisk dysfunkcyjnych. Chociaż wiele sytuacji stresowych jest naturalnym elementem życia szpitalnego to jednak są takie, które mają związek z niewłaściwie przebiegającym procesem komunikacji pomiędzy personelem medycznym a pacjentem. Konsekwencją tego stanu rzeczy jest opóźnienie procesu powrotu do zdrowia.

Badania H. Van der Ploega dowodzą, że do głównych sytuacji stresowych występujących w środowisku szpitalnym pacjenci zaliczają: ból; brak osoby, z którą można przedyskutować swój stan; niedostateczna informacja; lekarze nieudzielający informacji; przyjęcia do szpitala; operacja; skierowanie na dodatkowe konsultacje; traktowanie człowieka jak przypadek, a nie jak chorego; umierający pacjent; „leczenie i czekanie”; lekarze używający niezrozumiałej terminologii, otwarte rany; skutki uboczne stosowanych leków; mówienie o śmierci; znieczulenie miejscowe; odmienne diagnozy stawiane przez różnych lekarzy; brak komunikacji pomiędzy lekarzem a rodziną; badanie lekarskie, które powoduje trudności w oddychaniu (Tobiasz-Adamczyk i in. 1999, s. 86).

Szczególną uwagę chciałabym zwrócić na niewłaściwą komunikację i jej konsekwencje. Część personelu medycznego reaguje negatywnie, kiedy przypomina się o prawidłowym komunikowaniu zwłaszcza z pacjentem. (por. Habermas 1983, s. 41). Niektórzy pewnie nie zdają sobie sprawy lub nie pamiętają, że działania komunikacyjne zostały uznane przez Jurgena Habermasa za nową zasadę etyczną (Russ 2006, s. 52) oprócz istniejących klasycznych zasad etycznych.

Mimo wielu teorii komunikacji (już Platon i Arystoteles zajmowali się komunikacją) model Habermasa należy do tych, gdzie jak twierdzi A. Giza łatwo jest wyjaśnić na czym polega etyka komunikacji (Giza 1993, s. 18).

Najbardziej prosto można wyjaśnić, że każdy akt komunikacji zawiera cztery podstawowe i fundamentalne relacje (mówię „coś”, mówię „o czymś”, mówię „do kogo”, mówię „jakoś”).

Etyka komunikacji opiera się na czterech roszczeniach komunikacyjnych: mówieniu prawdy, na właściwej relacji interpersonalnej; na szczerości; na mówieniu zrozumiałym przez tego do kogo mówimy. Będzie ona

powiązana „ze świadomym uruchamianiem i gotowością do obrony wszystkich czterech roszczeń, które są uzasadnione w stosunku do wszelkich aktów komunikacji” (Giza 1993, s. 19). Roszczenia komunikacyjne mogą się ujawnić z różnym natężeniem, w zależności jakiego typu rozmowę prowadzimy i z kim rozmawiamy. Jak zauważa J. Habermas, nie wystarczy istnienie czterech wyżej wymienionych roszczeń komunikacyjnych i gotowości do ich obrony aby tego rodzaju etyczna komunikacja zaistniała: istnieje konieczność spełnienia dodatkowych warunków: zgadzanie się co do zasad dowodzenia dowodu, wspólnota chociażby szczątkowej przestrzeni dyskursywnej (pewna założona i nie kwestionowana wzajemna zrozumiałość, dzielenie tego samego świata).

Za nieetyczną komunikację należy uznać taką, gdy „ktoś świadomie i jawnie gwałci któreś z owych roszczeń: zachowuje się on nieetycznie wtedy, gdy w sposób oczywisty dokonuje aktów manipulacji, perswazji i nawet przed samym sobą nie udaje, że jest inaczej. Możemy też obserwować sytuację radykalnie odmienną. Człowiekowi wydaje się, że mówi szczerze i rozumiale, podziela pewne zasady, jednak w swoich ocenach bardzo się myli. Taka sytuacja nazywana jest systematycznym zniekształceniem komunikacji” (Habermas 1983, s. 41) (niedyskutowanie, nierozpoznawanie i niepodzielenie zasad). Niestety zbyt często zarówno w życiu społecznym jak i różnych obszarach ludzkiej działalności mamy do czynienia z systemem zniekształconej komunikacji oraz nieetyczną komunikacją (Giza 1993, s. 19). Dotyczy to także placówek opieki medycznej, gdzie oczekiwania i wymagania etyczne są znacznie wyższe niż w innych obszarach życia społecznego i zawodach nie medycznych.

## Dehumanizacja medycyny

Co to jest dehumanizacja? Jakie mamy jej rodzaje? Czy możemy mówić o zjawisku dehumanizacji w medycynie? Jeśli tak, to w jakim zakresie? Na jakim poziomie? Jakie są konsekwencje dehumanizacji w medycynie?

Zdając sobie sprawę z rozległości wymienionych zagadnień postaram się przynajmniej częściowo dokonać próby odpowiedzi na te pytania.

Psychologowie uważają, że proces dehumanizacji chroni człowieka przed pobudzeniem emocjonalnym mogącym sprawiać przykrość, przytłaczać, odbierać siły, zakłócać działanie np. podczas operacji chirurgicznej zdehumanizowane nastawienie do innych ludzi może służyć jako środek przeciwko reakcjom emocjonalnym, może spełniać rolę przystosowawczą (Zimbardo 1996, s. 619).

Istnieją jednak negatywne i destruktywne następstwa dehumanizacji. Jeżeli nie reaguje się na ludzkie cechy innych osób, wtedy bardziej prawdopodobne staje się nieludzkie postępowanie wobec nich. Ludzie o wiele łatwiej stają się nieczuli, obojętni wobec zdehumanizowanych postaci, często ignorują ich prośby, żądania, oczekiwania, wykorzystują ich do własnych celów, a nawet niszczą (ludobójstwa).

Według Ph. G. Zimbardo dehumanizacja pełni następujące funkcje: może być narzucona społecznie, stosowana w samoobronie, dla uzyskania autografikacji albo jako środek pozwalający osiągnąć cel.

Ludzie posługują się następującymi technikami dehumanizacji: (Zimbardo 1996, s. 622).

- zmiana „etykietyki” („żółtek”, „półgłówki”, „mieszaniec”, „gówniarz”, „obcy”, „masy”, „narody słabo rozwinięte”, „mój przypadek”, „mój rejestr”),
- intelektualizacja (np. mówienie o pacjentach w kategoriach chorób „Przyjąłem wczoraj na oddział dwa wyrostki”; „Jutro są dwa pęcherzyki” itd.). Jest to proces czy mechanizm obronny, który zmniejsza lęk w zagrażającej sytuacji przez przekształcenie jej w abstrakcyjny problem lub wyjaśnienie jej w taki sposób, aby owo zagrożenie zmniejszyć (Zimbardo 1996, s. 668),
- izolowanie („szufladkowanie”) – np.: przekonanie, że zasada „nie zabijaj” jest słuszna – z wyjątkiem wojny, kiedy twój kraj rozkazuje zabijać,
- wycofanie się – spędzanie mniej czasu z daną osobą, fizycznie dystansując się od niej lub nie utrzymując kontaktu wzrokowego,
- dyfuzja odpowiedzialności podział, uzyskiwanie, poparcie społeczne, posługiwanie się humorem – pomagają izolacji emocjonalnej.

Głównym przedmiotem moich rozważań chciałabym uczynić dehumanizację w medycynie, ale wcześniej jako istotną uznaję przedstawienie klasyfikacji D. Ratajczyka dotyczącej symptomów dehumanizacji życia ludzkiego (Słomski 2008):

- silna polaryzacja ludzkości na tle posiadania,
- faworyzowanie wartości materialnych kosztem przeżyć wewnętrznych,
- uzależnienie się ludzi od posiadania dóbr doczesnych i hierarchizacja społeczna wg tego kryterium,
- władza połączona z kapitałem,
- komercjalizacja a co za tym idzie infantylicyzacja życia (Baber 2009).

Cechą charakterystyczną zdehumanizowania, jak podkreśla D. Ratajczyk, jest również brak odpowiedzialności za słowo, pochwała przeciętności, getta środowiskowe i korporacyjne, fetyszizm kapitału i dóbr materialnych oraz upadek autorytetów.

Paradoksalnie ogromny postęp cywilizacyjny a tym samym gwałtowny rozwój medycyny wyzwolił symptomy dehumanizacji w tej dziedzinie życia społecznego. Dlatego istnieje nieustanna konieczność podkreślania ważności pacjenta, który jest przede wszystkim chorym człowiekiem. Istnieje również konieczność powrotu do holistycznego podejścia w medycynie (Borys 2008, s. 35).

Wspomniany paradoks, jak akcentuje B. Borys, polega na rozwoju inwazyjnych metod diagnostycznych i terapeutycznych opierających się z jednej strony na skomplikowanej, specjalistycznej aparaturze, a drugiej na wzroście biurokracji, technicyzacji samego procesu leczniczego a nawet dehumanizacji medycyny i usług medycznych (Borys 2008, s. 36). Taka sytuacja sprzyja „sprowadzaniu pacjenta do roli kolejnej pozycji statystycznej lub bezosobowego obiektu procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Człowiek ciężko chory otoczony najnowszą aparaturą medyczną a jest monitorowany w sensie biologicznym i w tym zakresie może czuć się względnie bezpieczny. Obok tej aparatury nie może jednak zabraknąć żywego człowieka (lekarza, pielęgniarki) bo wtedy bardzo zagrożone byłoby poczucie bezpieczeństwa w sensie psychologicznym [...] wspaniałości medycyny paradoksalnie przyczyniają się do dehumanizacji medycyny” (Borys 2008, s. 36).

W mediach i na łamach wielu publikacji podkreśla się ewolucję wzajemnych relacji między personelem medycznym, a pacjentem. Doprowadziła ona do „powstania swoistej bariery pomiędzy lekarzami, a pacjentami” (Letkiewicz 2010). Na temat relacji lekarz–pacjent prowadzone są dyskusje bioetyczne. Według ks. Biesegi istnieją cztery modele takiej relacji (1. legalistyczny, 2. ekonomiczny à konsumencki, 3. negocjacyjny à kontraktalistyczny, 4. religijny).

W pierwszym relacja oparta jest na poziomie lekarz–klient, w drugim lekarz–konsument, w trzecim na prowadzeniu negocjacji lub na zawarciu kontraktu z pacjentem a w czwartym na zobowiązaniu o cechach przyrzeczenia, powinności moralnej i religijnej (Biesega 2006). Myślę, że modele przedstawione przez ks. Biesegę mają również odzwierciedlenie w relacjach pielęgniarek z pacjentami.

Za główne przyczyny dehumanizacji medycyny Zachodu Imieliński uznał (1997, s. 5–10):

- Rozwój medycyny opartej na nauce. Nauka, operując własnymi metodami wyeliminowała z pola widzenia subiektywne aspekty choroby, jako tymi metodami niezmiernalne. W ten sposób zawężyła swe zainteresowania głównie do wymiaru psychologiczno-społeczengo oraz typowego dla człowieka wymiaru noetycznego.

- Doskonalenie metod i zwiększenie ich precyzyjności na ogół odbywa się kosztem zawężenia pola badania. W ten sposób zawężone już tylko do wymiaru biologicznego pole badania ulega kolejnemu zawężeniu i koncentrując się na poszczególnych narzędziach lecz tracąc z pola widzenia człowieka. Sprzyja temu także nadmiar informacji szczegółowych zmuszających do rozdrobnienia medycyny na poszczególne specjalności.
- Mechanizm medycyny. Wyposażenie medycyny w coraz większą ilość różnorodnych aparatów diagnostycznych i terapeutycznych sprawia, że pacjenci dużo czasu spędzają na „obcowaniu z tymi aparatami”. Ponieważ z aparatami trudno o nawiązanie kontaktu emocjonalnego, relacje z nimi nie są w stanie zastąpić międzyludzkich relacji z lekarzem lub pielęgniarką.
- Zaniedbanie wglądu w subiektywne wymiary choroby pociąga za sobą negatywne skutki. Pacjent źle znosi brak spostrzegania i zrozumienia go jako człowieka przez lekarza oraz zwrócenie uwagi wyłącznie na jego narządy ciała.

Właśnie z tych powodów, aby zapobiec negatywnym procesom akcentuje się znaczenie medycyny uniwersalistycznej, interkulturowej, holistycznej, ekolistycznej, partnerskiej, filozoficznej (Imieliński 1997, s. 31–32). Ważne, w takich okolicznościach, jest przyjęcie postawy humanistycznej (humanistyczne widzenie świata i człowieka), która powinna być nieodłącznym składnikiem zachowań wszystkich pracowników zawodów medycznych. Jak słusznie podkreśla A. Nawrocka „jest wynikiem uznania wartości człowieka oraz wyznacznikiem poszanowania godności i praw osoby ludzkiej” (Nawrocka 2008, s. 23).

## Rola i etos zawodowy pielęgniarek

W ostatnich latach zawód pielęgniarki uległ gwałtownym przeobrażeniom. Profesjonalizacja tego zawodu jest skorelowana zarówno z coraz bardziej odpowiedzialnymi zadaniami jak i coraz wyższym poziomem wiedzy i kwalifikacji. Oprócz poczucia przynależności do własnej grupy zawodowej i świadomości celów, pojawiło się zjawisko profesjonalnej specjalizacji.

Istnieją różne poglądy na temat roli, jaką powinno odgrywać pielęgniarstwo we współczesnym systemie ochrony zdrowia; poglądy o zakresie roli instrumentalnej i roli ekspresyjnej (Tobiasz-Adamczyk 2002, s. 100). Współcześnie podkreśla się pełnienie roli ekspresyjnej polegającej na dostrzeganiu psychospołecznych potrzeb pacjenta połączonych z umiejętnością ich zaspokajania (dążenie do zmniejszania napięć i stresu spowodowanego chorobą,



tęsknotą za domem, niepewnością dotycząca stanu zdrowia; dodawanie odwagi i otuchy).

Nie ma też zgodności stanowisk dotyczących zakresu kompetencji i podziału zadań w zespole terapeutycznym, zakresu współdziałania pielęgniarek z lekarzami i innymi pracownikami medycznymi. Jednak „stopień samodzielności i odpowiedzialności w zadaniach pielęgniarek stale wzrasta. Wiele dobrze wykształconych pielęgniarek zajmuje odpowiednie stanowiska w administracji i w zarządzaniu instytucji medycznych” (Tobiasz-Adamczyk 2002, s. 10).

Rola zawodowa pielęgniarek skierowana jest na realizację czterech podstawowych celów:

- zapewnienie opieki i pielęgnacji à cel ratowniczy,
- zaspokajanie innych potrzeb osoby chorej à cel kompensacyjny,
- minimalizowanie negatywnego wpływu tych czynników, które nie mogą być zmienione lub usunięte à cel protekcyjny,
- wpływanie na osiągnięcie bardziej satysfakcjonującego poziomu jakości życia pacjenta à cel promocyjny.

Literatura przedmiotu podkreśla, że nie ma jednego modelu roli zawodowej. Najczęściej mamy do czynienia z wypadkową następujących modeli (Tobiasz-Adamczyk 2002, s. 102):

- modelu pielęgniarki kształtowanego przez szkoły medyczne,
- modelu pielęgniarki funkcjonującego w środowisku zawodowym (w instytucjach medycznych),
- modelu pielęgniarki funkcjonującego w środowisku, z którego pochodzą pielęgniarki,
- modelu pielęgniarki w oczekiwaniach pacjentów,
- modelu pielęgniarki w opinii danego społeczeństwa.

Przeobrażenia w medycynie, a także w pielęgniarstwie powodują wiele nowych zadań i oczekiwań wobec pielęgniarek. Ma to również wpływ na współpracę z lekarzami. Jak zauważa B. Tobiasz-Adamczyk coraz rzadziej mamy do czynienia z pełną dominacją lekarzy w pracy z pielęgniarkami. Najczęściej mamy relacje o charakterze partnerskim. Przyczyniły się do tego osiągnięcia pielęgniarstwa w zakresie wypracowania profesjonalnych modeli opieki pielęgnowania chorych i aktywny udział w realizacji programów edukacji zdrowotnej wśród chorych.

Przedmiotem rozważań będzie etos zawodowy pielęgniarek. Tylko częściowo pojęcie to pokrywa się z zakresem pojęcia „etyka zawodowa”, za którą uznajemy spisane normy odpowiadające na pytanie jak ze względów moralnych przedstawiciele zawodów powinni, a jak nie powinni postępować.

Etyka zawodowa występuje w postaci norm zinstytucjonalizowanych (kodeksy, przysięgi, ślubowania) oraz norm formułowanych jako indywidualne

propozycje, luźne lub stanowiące uporządkowany zespół postulatów (Lazari-Pawłowska 1992).

Od tak rozumianej etyki zawodowej należy odróżnić reprezentowane przez daną grupę zawodową przekonania moralne. Wyróżnia się również moralność zawodową, przez którą rozumie się postępowanie danej grupy zawodowej, oceniane ze względu na kryteria moralne. Należy podkreślić, że te trzy dziedziny tylko częściowo się pokrywają (Lazari-Pawłowska 1992).

Moralność zawodowa pielęgniarek i położnych jest częścią kwalifikacji zawodowych. Kształtuje się poprzez zespół ogólnoludzkich norm moralnych, powinności zawodowych wynikających z charakteru i siły tradycji kultury zawodowej, poprzez normy kodeksu deontologicznego czy założeń określonej przysięgi, przyrzeczenia (Nawrocka 2005, s. 212).

Należy podkreślić, że podobnie jak w zawodzie lekarskim tak i w zawodzie pielęgniarstwie normy etyczne mają szczególne znaczenie ponieważ (Tobiasz-Adamczyk 2002, s. 100):

- przedmiotem pracy pielęgniarki jest człowiek zagrożony chorobą, chory lub powracający do zdrowia,
- pacjenci z pełnym zaufaniem często powierzają swoje najbardziej intymne sprawy pielęgniarkom; pielęgniarka towarzyszy pacjentowi w różnych – często najbardziej tragicznych momentach jego życia,
- błędy pielęgniarki lub nieprzestrzeganie przez nią norm etycznych mogą spowodować poważne następstwa i stanowić zagrożenie nie tylko dla zdrowia ale i dla życia pacjenta,
- pielęgniarka dysponuje w swojej pracy takimi środkami jak leki, narkotyki, trucizny, które użyte niewłaściwie mogą stać się niebezpieczne dla człowieka i otoczenia.

Podstawą filozoficzną norm etycznych w pielęgniarstwie stanowią: etyka troski; etyka chronienia osób (oparta na przypowieści o miłosiernym Samarytaninie, Ewangelia Św. Łukasza 10,30-37); humanistyczna etyka społecznego opiekuna (T. Kotarbiński); psychologiczna etyka logoterapii (Viktora E. Frankla); egzystencjalna etyka społecznej komunikacji (dla pielęgniarek szczególnie znaczenie ma K. Jaspers i G. Marcel); prospołeczna etyka chrześcijańskiego personalizmu (Św. Tomasz; Jan Paweł II; J. Maritain).

Godny podkreślenia jest fakt, że każdy z modeli uwzględnia inne aspekty sytuacji człowieka chorego, sytuacje społeczne i światopogląd ale jak podkreśla S. Kowalczyk, wszystkie posiadają cechę wspólną – autentyczny humanizm stanowiący integralną i niezawodną podstawę każdej prawdziwej troski o człowieka chorego (Kowalczyk 2002, s. 59).

Na szczególną uwagę zasługuje również pojęcie „etosu zawodów medycznych”. Przez to pojęcie rozumiemy określoną moralność, a także znamienne

postawy moralno-etyczne będące afirmacją określonych wartości i charakteryzujące grupę zawodową pracowników zawodów medycznych (Nawrocka 2008, s. 11). Najlepszym sposobem usystematyzowania etosu, nadania mu określonego charakteru, sformułowania określonych zasad postępowania stały się kodeksy deontologiczne (lekarze, pielęgniarce).

Etos pielęgniarce i położnej wyznacza moralność zawodowa, której najwyższą wartością jest dobro pacjenta czyli poszanowanie życia, zdrowia, godności praw i autonomii każdego człowieka.

Najważniejszy jest człowiek chory, stary, podopieczny, cierpiący, niepełnosprawny, oczekujący wsparcia, dobrej opieki pielęgnacyjnej, ale zawsze posiadający godność i wolność. Dlatego należy go traktować z życzliwością, dobrocią i szacunkiem.

Zawód pielęgniarce należy do zawodów zaufania społecznego przez, które rozumie się zawody, których uprawianie jest związane z kontraktem społecznym wynikającym ze szczególnej roli spełnionej w społeczeństwie przez profesjonalistów wykonujących dany zawód.

Za najważniejsze atrybuty „zawodu zaufania publicznego” można uznać:

- powierzanie uprawiającym taki zawód informacji dotyczących życia prywatnego osób korzystających z ich usług,
- uznawanie tych informacji za „tajemnicę zawodową”, która nie może być ujawniona,
- objęcie osób dysponujących taką tajemnicą w przypadku naruszenia istotnych dóbr jednostki w razie jej ujawnienia – immunitetem zwalniającym je z odpowiedzialności karnej za nieujawnienie informacji,
- korzystanie ze świadczeń tych zawodów następuje często w razie wystąpienia realnego albo chociażby potencjalnego niebezpieczeństwa dla dóbr jednostki o szczególnym charakterze (życie, zdrowie, wolność, godność, dobre imię) w związku z czym efekt działania tych zawodów ma szczególne znaczenie dla społeczeństwa,
- reprezentowanie osób wykonujących zawód zaufania publicznego oraz sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem tego zawodu w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony,
- występowanie sformalizowanej deontologii zawodowej.

Zawodom społecznie kwalifikowanym jako „zawody zaufania publicznego” społeczeństwo stawia wymóg posiadania bardzo wysokich kwalifikacji fachowych, a także bardzo wysokich, wyższych niż przeciętne wymogów etycznych, nie narzucanych z zewnątrz, ale tradycyjnie kształtowanych przez samo środowisko zawodowe.

Od kilku lat, wraz ze zmianami prawnymi umożliwiającymi pielęgniarce wybór form zatrudnienia można zaobserwować wiele niepokojących

a nawet patologicznych zjawisk. Niektórzy mówią nawet o triumfie arogancji i bezkarności. Zwłaszcza niekorzystnie odbijają się na bezpieczeństwie pacjentów (praca dyżurowa 32:48h) jednocześnie dwie formy zatrudnienia, kilka miejsc pracy oraz na relacjach międzyludzkich (mobbing, postawy moralne w trzech aspektach pielęgniarka–lekarz; pielęgniarka–pacjent; pielęgniarka–pielęgniarka). Powstaje pytanie czy można przez 32 lub 48 godzin wykonywać z należytą starannością swoje obowiązki i jednocześnie zapewnić bezpieczeństwo pacjentowi? (Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; Ustawa o Zawodzie Pielęgniarki i Położnej, Art. 11).

Nie zamierzam opisywać błędów pielęgniarskich a tym samym przekraczania zasad Kodeksu Etyki Pielęgniarki i Położnej (choć i takie się zdarzają, ostatnio często gdy naczelną wartością stają się pieniądze a nie wartości ogólnoludzkie, humanistyczne). Chciałabym natomiast przypomnieć, że o wartości pielęgniarek (tak jak i lekarzy) decydują nie tylko wiedza i nabyte umiejętności praktyczne ale etos tego zawodu (którego wyrazem jest moralność) i uczucia wyższe – *sumum bonum*, najwyższy szacunek dla zdrowia i życia ludzkiego, uczciwość, poświęcenie i życzliwość. Jak pisał Woy-Wojciechowski „Na temat dobrych manier ani serca, które trzeba okazywać chorym nie ma nic w Kodeksach. Te wartości wynosi się z domu, utrwala w dobrej szkole, a kształtuje przez całe życie” (Woy-Wojciechowski 2010, s. 30–31).

### Streszczenie

Żyjemy w czasach gwałtownych przemian, wręcz transformacji cywilizacji. Jak twierdzi A. Giddens: „Nowoczesne instytucje różnią się od wszelkich wcześniejszych form porządku społecznego ze względu na swoją dynamikę, to, w jakim stopniu podważają tradycyjne zwyczaje i obyczaje, i na ich globalny zasięg. Nie są to jednak tylko zmiany zewnętrzne. Nowoczesność radykalnie przekształca charakter życia codziennego i zmienia najbardziej osobiste doświadczenia człowieka. Nowoczesność należy rozważać na poziomie instytucjonalnym, ale transmutacje zachodzące na tym poziomie znajdują bezpośrednie przełożenie na życie jednostek i co za tym idzie, ich tożsamość” (Giddens 2001, s. 3).

Mimo ogromnego postępu cywilizacyjnego możemy niestety zauważyć postępującą dehumanizację w różnych sferach życia społecznego. Moją szczególną uwagę zwraca dehumanizacja w naukach medycznych wyrażająca się technicyzacją, instrumentalizacją leczenia, instrumentalizacją służb medycznych, depersonalizacją relacji lekarz–pacjent; pielęgniarka–pacjent, a również lekarz–lekarz; pielęgniarka–pielęgniarka.

Przejawia się to obojętnym traktowaniem człowieka, zanikiem takich ludzkich wartości jak: solidaryzm, przyjaźń, szacunek dla osoby ludzkiej, uczciwość. Na miejsce tych wartości pojawiają się obojętność, przedmiotowe i techniczne traktowanie człowieka.

Za główne przyczyny dehumanizacji w naukach medycznych uznaje się współczesne przeobrażenia społeczno-ekonomiczne oraz konsekwencje rewolucji terapeutycznej i biologicznej (Nawrocka, 2008, s. 22).

Na tle zmian cywilizacyjnych, niesamowitego postępu w medycynie nadal dość często istnieją także zjawiska niepokojące takie jak: proces przeniesienia celów; niewłaściwie przebiegający proces komunikacji między personelem a pacjentem; niehumanistyczne postawy pracowników szpitala, brak dbałości o etos zawodowy, którego podstawą jest moralność. Pozwalają sobie na wiele uproszczeń, chciałabym jedynie skłonić czytelników do refleksji. Przecież *Jesteśmy nie tym, czym jesteśmy, ale tym co z siebie zrobimy* (Giddens, 2001).

**Słowa kluczowe:** dysfunkcjonalność szpitali → proces przeniesienia celów, nowa zasada etyczna → działania komunikacyjne, dehumanizacja życia ludzkiego → dehumanizacja medycyny, etyka zawodowa, przekonania moralne, etos zawodowy pielęgniarzek.

## Bibliografia

- Barber B.R. (2009), *Skonsumowani*, Warszawskie Wydawnictwo Literackie Muza SA, Warszawa.
- Borys B. (2008), *Psychologia we współczesnej medycynie*, Poł. Merk lek., XXV, Supl. 1,35.
- Biesiega T. SDB, *Etyka cnót w etyce medycznej*, „Medycyna Praktyczna” 2006, nr 3; „Medycyna Praktyczna Ginekologia i Położnictwo” 2006, nr 4; „Medycyna Praktyczna Chirurgia” 2007, nr 2.
- Giza A. (1993), *Na czym polega etyczna komunikacja*, [w:] Puzynina J. (red.), *Etyka międzyludzkiej komunikacji*, Wydawnictwo Naukowe Semper, Warszawa.
- Glass L. (2001), *Toksyczni ludzie. 10 sposobów postępowania z ludźmi, którzy uprzykrzają ci życie*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań.
- Goffman E.M. (1975), *Charakterystyka instytucji totalnych*, [w:] Derczyński W., Jasińska-Kania A., Szacki J., *Elementy teorii socjologicznych. Materiały do współczesnej socjologii zachodniej*, Warszawa.
- Giddens A. (2001), *Nowoczesność i tożsamość*, PWN, Warszawa.
- Habermas J. (1983), *Teorie socjalizacji. Wybór pism*, red. Z. Krasnodębski, tłum. Z. Krasnodębski, M. Łukasiewicz, Warszawa.
- Imieliński K. (1997), *Humanistyczne aspekty medycyny*.
- Kowalczyk S. (2002), *Filozoficzne podstawy etyki pielęgniarstwa*, [w:] Wrońska I., Mariański J. (red.), *Etyka w pracy pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Czelej, Lublin.
- Letkiewicz S. (2010), *Relacja lekarz–pacjent w dobie komercjalizacji medycyny*, „Przegląd Urologiczny”, nr 11/6(68).
- Lazari-Pawłowska I. (1992), *Etyka. Pisma wybrane*; Ossolineum, Warszawa.
- Merton R. (1982), *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*; Warszawa.
- Nawrocka A. (2008), *Etos zawodów medycznych*, WAM, Kraków.
- Ratajczyk D. (2008), *Ortodoksyjne ideologie XXI w.*, [w:] Słomski W. (red.), *Dürrenmatt Friedrich – dehumanizacja człowieczeństwa*, Wydawnictwo Amber, Warszawa.

- Russ J. (2009), *Współczesna myśl etyczna*; PAX, Kraków.
- Słomski W., (red.) (2008), *Dürrenmatt Friedrich – dehumanizacja człowieczeństwa*, Wydawnictwo Amber, Warszawa.
- Synowiec-Piłat M. (2002), *Funkcjonalność i dysfunkcjonalność instytucji medycznych*, [w:] Barański Jarosław, Piątkowski Włodzimierz (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Atut, Wrocław.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2002), *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Tokarski J. (red.) (1980), *Słownik wyrazów obcych*, PWN, Warszawa.
- Weber M. (1975), *Trzy czyste typy prawomocnego panowania*, [w:] Derczyński W., Jasińska-Kania A., Szacki J., *Elementy teorii socjologicznych. Materiały do współczesnej socjologii zachodniej*, Warszawa.
- Woy-Woyciechowski J. (2010), *Niewidoczne chwasty medycyny*, „Puls” nr 2(178).
- Zimbardo P.G., Ruch F.L. (1996), *Psychologia i życie*, PWN, Warszawa.

### **Dokumenty**

- Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku, Dz.U. Nr 52, poz. 417.
- Ustawa o Zawodzie Pielęgniarki i Położnej z dnia 15 lipca 2011 roku, Dz.U. Nr 174, poz. 1039, Art. 11.