

Wykład wygłoszony podczas XV edycji Gdańskich Spotkań z Etyką Lekarską, które odbyły się 22 kwietnia br. w auli im. prof. Olgierda Narkiewicza w Atheneum Gedanense Novum. Poświęcone były one życiu i działalności Aleksandry Gabrysiak.

Duchowość lekarza

ks. Andrzej Muszala

Wstęp. Duchowość – czym jest?

Według klasycznego rozumienia filozoficzno-teologicznego człowiek jest istotą psychofizyczną – składa się z dwóch wzajemnie dopełniających się elementów: ciała i duszy. Pismo Święte Starego Testamentu preferuje jednak trychotomiczny podział na *basar* (element cielesny), *nefeš* (życie) oraz *rûah* (boskie tchnienie). Również św. Paweł w Nowym Testamencie idzie za koncepcją trójpodziału człowieka na *soma* (ciało), *psyche* (ducha) i *pneuma* (Ducha Świętego – pierwiastek boski, nadprzyrodzony)¹. Jeśliby przyjąć, że dusza ludzka stanowi „sumę” elementów duchowych – zarówno ludzkiego (*psyche*), jak i boskiego (*pneuma*), koncepcja dualistyczna również jest zgodna z myślą biblijną pod warunkiem, iż nie mamy tu do czynienia z dualizmem platońskim (gdzie dusza rozumiana jest jako stojąca w opozycji do ciała), lecz unifikującym – dusza i ciało stanowią dwa wzajemnie dopełniające się komponenty. Z powyższego widać, że element duchowy jest integralną częścią składową każdego człowieka – także lekarza – i nie powinien być w żadnym wypadku pominięty: ani w teorii, ani w praktyce życia. I nie chodzi tu bynajmniej tylko o osoby wierzące – duchowość realizuje się także na poziomie czysto przyrodzonym, chociażby w wyznawanym systemie wartości oraz podejmowanych wyborach.

Czym jednak jest duchowość? Według określenia przyjętego przez Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie *duchowość to wymiar ludzkiego życia będący odniesieniem do transcendencji (Boga) i innych wartości egzystencjalnie ważnych*. Obejmuje ona takie sfery życia ludzkiego jak: 1. Religijność, czyli relację z Bogiem, zwyczaj, praktyki religijne, obrzędy, modlitwę, sakramenty, życie we wspólnocie (dotyczy to osób wierzących); 2. poszukiwanie odpowiedzi na pytania egzystencjalne: o własną tożsamość i godność („Kim jestem?”), o sens życia, cierpienia, śmierci itp. 3. wartości, według których żyje dany człowiek oraz podejmowane na ich podstawie wybory moralne. W naszej analizie skupimy się na wszystkich trzech wymiarach duchowości człowieka, wybierając te elementy, które są ważne dla lekarza (i ogólnie każdego pracownika służby zdrowia). Oprzemy się głównie na tradycji chrześcijańskiej, choć sięgniemy także do tradycji judaistycznej.

Religijność lekarza

Analizując kwestię religijności lekarza, mamy na myśli osobę wierzącą, gdyż wykonywanie praktyk i czynności religijnych zakłada wyznawanie wiary w Boga. W tym obszarze specyficznymi rysami lekarza są: modlitwa oraz głoszenie Ewangelii poprzez szczególny styl **życia, będący realizacją** jego powołania posługi wobec chorych.

Modlitwa lekarza

Lekarz wierzący w istnienie Boga ma świadomość, że wchodzi w kompetencje kogoś Innego, większego, kogoś, kto stoi poza i ponad nim. Tym kimś jest Bóg (Transcendencja), od którego wszystko pochodzi (także życie i zdrowie ludzkie) i ku któremu ostatecznie wszystko zmierza. W spojrzeniu judeochrześcijańskim lekarz widzi siebie jako współpracownika Boga w dziele stworzenia poprzez fakt, iż swoimi czynnościami przyczynia się do powrotu do zdrowia Jego dzieci. W jakimś sensie i on jest dawcą życia, choć oczywiście nie w takim rozumieniu jak Bóg; swoją ograniczoność odczuwa niemal każdego dnia, gdy staje w obliczu nieodwracalnego rozwoju choroby, wobec którego nawet najlepsze metody terapeutyczne okazują się bezsilne. Dlatego modlitwa lekarza ma charakter szczególnie – pozwala lepiej zrozumieć siebie samego i swoje miejsce w planie Bożym. Pozwala także głębiej spojrzeć na pacjenta, na to, co dokonuje się w nim jak i w sercach jego najbliższych. W tym świetle szczególnie adekwatne jawią się dwie formy kontaktu lekarza z Bogiem: Eucharystia oraz modlitwa w ciszy.

Eucharystia jest pokarmem duszy – to Ciało i Krew Chrystusa podarowane przez Syna Bożego, by się z Nim jednoczyć. Ma ona wiele głębokich znaczeń, adekwatnych do różnych aspektów ludzkiego życia. Dla naszej refleksji istotny jest jej wymiar terapeutyczny: jest ona sakramentem uzdrowienia wewnętrznego. Jak pisał starożytny teolog św. Efreem Syryjczyk, *Chrystus-lekarz przyszedł na świat, by uzdrowić go przez swoje Ciało i swoją Krew – lekarstwa życia*². Eucharystia jest zatem specyficznym lekarstwem duszy ludzkiej; działa na nią jak leki przygotowane przez farmaceutów w celu leczenia sfery somatycznej pacjenta. To dzięki niej wytwarza się coś w rodzaju „duchowego przewodu pępowinowego”, przez który Jezus tłoczy w człowieka swoje boskie życie. *Bierz i jedz! Bierz i pij!* – mówi niesłyszalnym głosem. Dokonuje nadprzyrodzonej transfuzji, wlewając w duszę niewidzialną łaskę nadprzyrodzoną. Lekarz, który ją przyjmuje, sam wzrasta

¹ *Sam Bóg pokoju niech was całkowicie uświęca, aby nienaruszony duch (τὸ πνεῦμα) wasz, dusza (ἡ ψυχή) i ciało (τὸ σῶμα) bez zarzutu zachowały się na przyjście Pana naszego Jezusa Chrystusa (1 Tes 5, 23).*

² Efreem Syryjczyk, *Carmina nisibena*, 34.

w życiu duchowym; rozumie także pacjentów, dla których łączność sakramentalna z Jezusem stanowi niezwykle istotny element życia. Niejednokrotnie okazuje się decydująca w procesie powrotu do zdrowia, wlewając wiarę i nadzieję – cnoty kluczowe do podjęcia decyzji współpracy chorego z lekarzem.

W tym miejscu należy postulować, by Eucharystia była przyjmowana przez wiernych pod dwoma postaciami, także pod postacią wina, które w trakcie przeistoczenia staje się Krwią Pańską. Krew w przekonaniu starożytnych Izraelitów była nośnikiem duszy. Skoro rozchodzi się po całym ciełe, transportując tlen i substancje odżywcze, to w jakiś tajemniczy sposób zawiera w sobie życie oraz boskie tchnienie. Przyjąć Jezusa pod postacią chleba i wina oznacza wówczas przyjąć Go całego – zarówno Jego ciało, jak i duszę. Tak napełniony lekarz może następnie lepiej służyć swoim pacjentom, troszcząc się nie tylko o ich ciała, ale i o dusze. Może skuteczniej przekazywać wartości duchowe: dobroć, mądrość, cierpliwość, życzliwość, wiarę, nadzieję, radość, umocnienie, sprawiedliwość. Nieskończoną gamę poruszeń, które rodzą się w najgłębszych pokładach jego duszy.

Duchowy rozwój lekarza warunkowany jest, po wtóre, przez regularne praktykowanie *modlitwy w ciszy*³. Oczywiście każda modlitwa może prowadzić człowieka do pełnej symbiozy z Bogiem, jednak – jak żadna inna – właśnie modlitwa odbywana w milczeniu potęguje w nim (tu: lekarzu) postawę skupienia/koncentracji/wrażliwości na osobie drugiego (tu: pacjenta). Człowiek ciszy otwarty jest na Słowo Boga i niesłyszalne podszepty Ducha Świętego; jego zmysły wewnętrzne (zwłaszcza intuicja) zostają wyostrzone o wiele skuteczniej niż u kogoś, kto przez cały czas ślizga się tylko po zewnętrznej warstwie swej osobowości jak i otaczającego go świata. Świadectwa niektórych lekarzy przekazane piszącemu te słowa niedwuznacznie wskazują, że ci, którzy każdego dnia przez dłuższy czas (30-60 minut) zanurzają się w milczącym trwaniu przed Bogiem, są o wiele bardziej skoncentrowani na tym, co dzieje się w pacjencie, niejednokrotnie potrafią lepiej zdiagnozować chorobę, wychwycić wszelkie niepokojące symptomy (np. podczas operacji) nieuchwytnie dla pozostałego personelu, okazywać więcej cierpliwości i empatii pacjentowi. Milczenie to najważniejszy język Boga. On przemawia w ciszy, kontaktując się z człowiekiem na głębszym poziomie – serca. *Cor ad cor loquitur* (*serce mówi do serca* – John Henry Newman). Bóg właściwie wypowiada tylko jedno Słowo – swojego Syna. W Nim zaś wypowiada wszystko. Także to, co okazuje się tak istotne w posłudze lekarza, a czego nie da się wyczytać w żadnym podręczniku akademickim.

*Jedno Słowo wypowiedział Ojciec Przedwieczny, którym jest Jego Syn, i to Słowo wypowiada nieustannie w wiecznym milczeniu; w milczeniu też powinna słuchać Go dusza*⁴.

Czyż można pozbawić się tak istotnego źródła informacji? „Szósty zmysł”, jakim jest intuicja, tak ważny dla lekarza,

kształtuje się w ciszy serca. Jakże często okazuje się on kluczowy do odnalezienia właściwego tropu w zdiagnozowaniu choroby, a następnie podjęciu właściwej formy terapii!...

Modlitwa w ciszy ma jeszcze drugą zasadniczą cechę: prowadzi człowieka do aktu oddania – uczynienia daru z siebie i ze swego życia. A jest to postawa niezwykle ważna dla kogoś, kto poświęcił swoje życie służbie chorym. Medycyna to nie tylko zawód – to powołanie do pomocy cierpiącym. To zaś wymaga od lekarza nieprzerwanej cierpliwości, życzliwości, zdolności słuchania, otwartości – postaw możliwych do realizacji tylko u kogoś, kto żyje w postawie radykalnego zapomnienia o sobie. Historia zna przykłady lekarzy, których życie spaliło się niczym świeca na ołtarzu, czasem aż do przysłowiowej ostatniej kropli krwi: Albert Schweitzer, Janusz Korczak, Aleksandra Gabrysiak, Wanda Błęńska... i wielu innych anonimowych bohaterów sal szpitalnych, których niezwykle *curriculum vitae* znane jest tylko Bogu. Najważniejszym aktem religijnym człowieka nie jest ani długa modlitwa, ani nabożeństwo, ani nawet codzienne uczestnictwo w Eucharystii, lecz *dar z siebie* – ze swego czasu, serca, życia. Jak Jezus, który *przeszedł przez ziemię czyniąc dobrze i uzdrawiając wszystkich* (Dz 10, 39) aż po ostatni i największy akt ofiarowania siebie na drzewie krzyża. I który w przeddzień swojej męki wypowiedział znamienne słowa: *Nikt nie ma większej miłości od tej, gdy ktoś życie swoje oddaje za (dla) przyjaciół swoich* (J 15, 13). Wcześniej zaś umył nogi swym uczniom, po czym dodał:

Jeżeli Ja, Pan i Nauczyciel, umyłem wam nogi, to i wyście powinni sobie nawzajem umywać nogi. Dałem wam bowiem przykład, abyście i wy tak czynili, jak Ja wam uczyniłem. Zaprawdę, zaprawdę, powiadam wam: sługa nie jest większy od swego pana ani wysłannik od tego, który go posłał. Wiedząc to będziecie błogosławieni, gdy według tego będziecie postępować. (J 13, 12-17)

Jezusowi chodzi o zwykłe, codzienne czyny wykonywane z wielką miłością: podanie kubka wody, kromki chleba, obecność przy chorym, także w więzieniu, okrycie nagiego, dostrzeżenie poranionego i udzielenie mu pomocy... To przysłowiowy wdowi grosz, który dla człowieka wydaje się nie mieć żadnej wartości, zaś w oczach Bożych stanowi największe bogactwo. Ta codzienna życzliwość w drobnych gestach stanowi przejaw „heroicznej miłości”, jeśli wolno posłużyć się pojęciem z dekretu papieskiej Kongregacji Spraw Kanonizacyjnych⁵.

Modlitwa w ciszy może być wsparta także innymi modlitwami, które utrwalają w lekarzu postawę daru z siebie, pogłębiają jego wrażliwość duchową, rozwijają życie wewnętrzne. Wśród nich szczególną rolę odgrywa *lectio divina* – powolne, medytacyjne czytanie Pisma Świętego oraz wartościowych tekstów (szczególnie tych, które zawierają wątki medyczne, jak np. pisma ojców Kościoła: Orygenes, Tertuliana, Bazylego Wielkiego, Grzegorza z Nyssy, Hieronima, Augustyna). Także modlitwy słowne (rózaniec, liturgia

3 Więcej na jej temat patrz: A. Muszala, *Modlitwa w ciszy*, Kraków 2017.

4 Św. Jan od Krzyża, *Zasady miłości*, 21.

5 Por. T. Halik, *Chcę, abys był*, Kraków 2014, s. 237.

godzin) mogą przyczynić się u adepta sztuk medycznych do rozwoju życia w postawie daru, jeśli tylko odmawiane są świadomie, z właściwą postawą ukierunkowania na Boga i potrzeby bliźnich. Dobre drzewo poznaje się po owocach (Mt 7, 16) powiedział Jezus. On działa w duszy, która nie stawia Mu oporów.

Lekarz z wielokrotną skuteczność swojej posługi także, jeśli każdego dnia modli się za swoich pacjentów. W tym kontekście szczególnie godna polecenia jest modlitwa lekarza żydowskiego Majmonidesa⁶, stanowiąca równocześnie judaistyczny kodeks etyki lekarskiej. Lekarz nie tylko powołuje się w niej na Boga (*invocatio Dei*), lecz wprost zwraca się do Niego:

Boże, stworzyłeś ciało człowieka w nieskończonej dobroci. Złączyłeś w nim niezliczone siły, stale działające, jak w wielu urządzeniach, tak aby zachować w całości ten piękny dom zawierający jego nieśmiertelną duszę i siły te działają w największym porządku, zgodzie i harmonii, jakie można sobie wyobrazić. Lecz jeśli słabość lub gwałtowna pasja zakłóca tę harmonię, siły te zadziałają jedna przeciwko drugiej i ciało powraca do prochu, z którego przybyło. Zesłałeś następnie człowiekowi Poślańców, choroby, które zapowiadają zbliżanie się niebezpieczeństwa i nakazałeś mu, by przygotował się na ich zwalczanie. Wieczna Opatrzność wyznaczyła mnie, bym czuwał nad życiem i zdrowiem Twoich stworzeń. Oby miłość do sztuki, którą wykonuję, była dla mnie cały czas motorem mojego działania. Oby nigdy chciwość ani skąpstwo, ani żądza sławy lub wielkiego rozgłosu nie zaprzętały mojego umysłu, gdyż są one wrogami prawdy i dobroczynności i łatwo mogłyby mnie zwiść i sprawić, że zapomniałbym o moim wzniosłym celu czynienia dobra Twoim dzieciom. Obdarz mnie siłą serca i umysłu, tak aby gotowe one były służyć bogatym i biednym, dobrym i złym, przyjaciółom i wrogom i obym w pacjencie moim widział tylko cierpiącego bliźniego. Gdyby lekarze bardziej uczeni ode mnie chcieli udzielić mi rady, obdarz mnie ufnością w posłuszeństwie uznania ich, ponieważ zgłębianie nauki jest bezmierne. Nie jest dane jednej osobie, aby widziała to wszystko, co widzi wielu. Obym był umiarkowany we wszystkim z wyjątkiem zgłębiania wiedzy; obym w tym, co tego dotyczy, był nienasycony; obdaruj mnie siłą i możliwością korygowania tego, czego się nauczyłem, poszerzania zakresu wiedzy, gdyż nie zna ona granic, i umysł ma również nieograniczone możliwości, aby każdego dnia wzbogacać się nowymi zdobyczami. Dzisiaj może odkrywać on swoje wczorajsze błędy, a jutro może zobaczyć w nowym świetle to, co wydawało mu się pewne dzisiaj. O Boże, wyznaczyłeś mnie, abym czuwał nad życiem i śmiercią Twoich stworzeń. Oto jestem, gotowy do wypełnienia mojego powołania.

Amen.

Warto w tym miejscu zauważyć, że także w kręgu chrześcijańskim istniał (do dziś nie tracąc nic ze swej aktualności) tekst przysięgi lekarskiej – zmodyfikowanej wersji tekstu

Hipokratesa, rozpoczynający się od słów: *Przysięgam na Chrystusa, prawdziwego Lekarza i biorę Go na świadka, że...* W przeszłości był on pisany na jednym arkuszu w formie krzyża, zaś lekarz wypowiadał go często przed Bogiem, podobnie jak dziś wiele osób recytuje słowa *Dekalogu* w trakcie codziennej modlitwy.

Głoszenie Chrystusa i Ewangelii – duchowy sens wykonywanego zawodu

W *Ewangelii* św. Łukasza istnieje znany tekst, który szczególnie odnosi się do posługi lekarza i pielęgniarki: przypomnieć o dobrym Samarytaninie.

Pewien człowiek schodził z Jerozolimy do Jerycha i wpadł w ręce zbójców. Ci nie tylko że go obdarli, lecz jeszcze rany mu zadali i zostawiwszy na pół umarłego, odeszli. Przypadkiem przechodził tą drogą pewien kapłan; zobaczył go i minął. Tak samo lewita, gdy przyszedł na to miejsce i zobaczył go, minął. Pewien zaś Samarytanin, będąc w podróży, przechodził również obok niego. Gdy go zobaczył, wzruszył się głęboko: podszedł do niego i opatrzył mu rany, zalewając je oliwą i winem; potem wsadził go na swoje bydło, zawiązał do gospody i pielęgnował go. Następnego zaś dnia wyjął dwa denary, dał gospodarzowi i rzekł: Miej o nim staranie, a jeśli co więcej wydasz, ja oddam tobie, gdy będę wracał. Któryż z tych trzech okazał się, według twego zdania, bliższym tego, który wpadł w ręce zbójców? On odpowiedział: Ten, który mu okazał miłosierdzie. Jezus mu rzekł: Idź, i ty czyn podobnie! (Łk 10, 30-37).

W starożytności chrześcijańskiej – zwłaszcza tradycji aleksandryjskiej – tekst ten często był wykorzystywany do wyjaśnienia zbawczego dzieła Chrystusa. W takiej interpretacji celem przyjscia na świat Syna Bożego – najlepszego Samarytanina – było przywrócenie pełnego zdrowia człowieka, jego duszy jak i ciała. Jezus Chrystus był określany różnymi medycznymi tytułami: arcy lekarz, znakomity lekarz, duchowy Hipokrat⁷, lekarz w najpełniejszym znaczeniu⁸. Nie tylko przywrócił do zdrowia całą ludzkość, lecz wręcz *odrodził ją, stwarzając na nowo*⁹. Przykładem alegorycznej interpretacji przypowieści o dobrym Samarytaninie jest fragment homilii Orygenes: *Któryś z dawnych komentatorów tej przypowieści twierdził, że człowiekiem, który schodził jest Adam; że Jerozolima symbolizuje raj, a Jerycho świat; zbójcy oznaczają wrogie potęgi, kapłan – Prawo, lewita – proroków, Samarytanin – Chrystusa, rany – nieposłuszeństwo, juczne zwierzę – Ciało Chrystusa; „pandochoim”, to znaczy gospoda, która przyjmuje wszystkich, którzy chcą do niej wejść, oznacza Kościół¹⁰.*

Jeśli taki sposób rozumienia tekstu zaaplikować do wytłumaczenia posługi lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych i wszystkich osób troszczących się o chorych, to ich czynności nabierają znaczenia duchowego, upodabniają bezpośrednio do Chrystusa. Podstawowymi dyspozycja-

7 Hieronim, *Komentarz do Ewangelii św. Marka*, 1.

8 Orygenes, *Homilie na Ewangelie św. Mateusza*, 13, 2.

9 Ireneusz, *Adversus haereses*, I, 15-16, 2.

10 Orygenes, *Homilie o Ewangelii św. Łukasza*, 34, 3.

6 Majmonides był lekarzem żydowskim, a równocześnie wybitnym uczyonym i filozofem, żyjącym w Hiszpanii w drugiej połowie XII wieku

mi wstępny, jakimi winni się oni charakteryzować, są: umiejętność dostrzeżenia człowieka znajdującego się w sytuacji zagrożenia życia, wzruszenia się, podejścia i udzielenia mu kompetentnej pomocy. Kolejne czyny medyczne uzyskują swój głębszy, niemal sakralny wymiar: dezynfekcja ran octem winnym staje się obrazem chrztu świętego, namaszczenie ran oliwą jest symbolem Eucharystii, przewiezenie poranionego człowieka do gospody obrazuje transport chorego do/z sali operacyjnej (a głębiej: doprowadzanie bliźnich do Boga i wspólnoty Kościoła), czas nocnego czuwania podarowany przez Samarytanina – całodobowy dyżur przy pacjencie. Dwa denary pozostawione na odchodnym (symbolizujące, zdaniem aleksandryjczyków, Stary i Nowy Testament) – to obraz dobrego słowa skierowanego do pacjenta, które podnosi na duchu (starożytni teologowie mówili o swoistej „logoterapii” – właściwym sposobie rozmawiania z chorymi, wlewającym w nich otuchę i nadzieję – od greckiego *logos* oznaczającego „słowo”, także „Słowo”, którym jest Syn Boży). Obietnica powrotu Samarytanina to nic innego, jak zapowiedź paruzji (ponownego przyjscia Chrystusa na końcu czasów); w przypadku lekarza oznacza ona czujność i gotowość pomocy w każdym czasie.

Podsumowując ten wątek naszej refleksji, można ośmielić się na stwierdzenie, że lekarz głosi Ewangelię w oryginalny sposób – bardziej czynami, wykonywanymi zabiegami, gestami oraz właściwym sposobem odnoszenia się do pacjenta, niż mówieniem wprost o Jezusie. Czasem może wręcz w ogóle nie wypowiadać słowa „Bóg”, „Chrystus”, „wiera” itp., lecz jeśli swoją posługę wykonuje z pełnym zaangażowaniem i nadprzyrodzoną dyspozycją ducha, staje się prawdziwym apostołem posłanym przez Chrystusa, by holistycznie leczyć ludzkie rany – cielesne, jak i duchowe. Jego czyny składają się na swoistą modlitwę nieustającą, Kościół zaś objawia się wszystkim jako „szpital polowy” (obraz tak bliski papieżowi Franciszkowi), realizując swój terapeutyczny wymiar.

Widzę w sposób, że rzeczą, której Kościół dzisiaj potrzebuje najbardziej, jest zdolność do leczenia ran i rozgrzewania serc wiernych. Kościół potrzebuje bliskości. Wyobrażam sobie Kościół jako szpital polowy po bitwie. Nie ma sensu pytać ciężko rannego, czy ma wysoki poziom cukru i cholesterolu! Trzeba leczyć jego rany. Potem możemy mówić o całej reszcie. Leczyć rany, leczyć rany... i trzeba to rozpocząć od podstaw.

(Wywiad z papieżem Franciszkiem, 24.09.2013 r.)

Poszukiwanie odpowiedzi na pytania egzystencjalne

Istotnym przejawem duchowości człowieka jest stawianie sobie pytań egzystencjalnych. Świadczy to o tym, że dana osoba nie porusza się jedynie po opłotkach swojego człowieczeństwa, lecz pragnie wniknąć w najgłębszą istotę swojego życia oraz znaleźć odpowiedź na życiowo istotne pytania: „Kim jestem? Po co każdego dnia trudzę się i zmagam? Czy cierpienie ma sens? Dokąd zmierzam?” I tym podobne.

a. Pytanie o tożsamość lekarza

Poszukując odpowiedzi na pytanie pierwsze – o własną tożsamość („sobość”, jak to określa ks. Robert Woźniak¹¹) – lekarz stwierdza, iż – jak każdy inny – w pierwszym rzędzie jest *człowiekiem*. Jego zadaniem jest praca nad własnym charakterem w celu rozwijania pięknego człowieczeństwa. Na ów ludzki aspekt lekarza zwracał uwagę już Hipokrates w swojej przysiędze, gdy stwierdzał: *W czystości i niewinności świętej zachowam życie moje i sztukę moją*.

Po wtóre lekarz jest wykonawcą specyficznego zawodu, który wymaga ciągłego zgłębiania wiedzy. Winien być *profesjonalistą* (od ang. *profession* – zawód, profesja), czyli odznaczać się fachowością, kompetencją, wykonując dane czynności w sposób zgodny ze sztuką i obowiązującymi w zawodzie normami (np. właściwe zbadanie pacjenta, trafne postawienie diagnozy, wdrożenie skutecznego leczenia). Profesjonalizm obejmuje zasady podstawowe oraz zasady odpowiedzialności zawodowej. Do grupy pierwszej zalicza się: zasada nadrzędna dobra pacjenta, zasada autonomii pacjenta i zasada sprawiedliwości społecznej. Do grupy drugiej włączone są szczegółowe zobowiązania: do kompetencji zawodowej, prawości w stosunku do pacjentów, poufności, zachowania należytego stosunku do pacjentów, polepszania jakości opieki zdrowotnej, poprawiania dostępu do opieki zdrowotnej, sprawiedliwego rozdziału ograniczonych zasobów, pogłębiania wiedzy naukowej oraz utrzymania zaufania przez kontrolę konfliktu interesów¹².

Po trzecie lekarz jest *oparciem dla chorego oraz jego rodziny*, dlatego winien rozwijać umiejętność właściwych relacji z innymi, a przede wszystkim osiąść niełatwą sztukę spotkania z „twarzą bliźniego” (Lévinas), nie uchylając się od rozmów na trudne tematy: *Twarz nie daje się osiąść; wymyka się mojej władzy (...). Twarz do mnie mówi, a tym samym zaprasza do relacji, która nie ma wspólnej miary ani z władzą rozkoszowania się, ani z władzą wiedzy*¹³.

Kształtowanie własnej osobowości, codzienne określanie swej tożsamości, powolne wykuwanie mistrzowskiego sposobu życia poprzez służbę chorym – wszystko to jest przejawem duchowości lekarza i świadczy o jego głębokim życiu wewnętrznym.

b. Pytania o sens życia, umierania i śmierci

Podobnie ważną rolę odgrywa poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o sens choroby, cierpienia, umierania i śmierci. Z rzeczywistościami tymi lekarz spotyka się na co dzień; nie sposób od nich uciec. Narzucają mu się one siłą swej wszechobecności, nie pozwalając pogрузić się w duchowym marazmie. Czy jednak możliwe jest znalezienie nań odpowiedzi? Czy cierpienie (zwłaszcza dzieci i osób niewinnych) ma w ogóle jakiś sens? Cierpienie spada na człowieka niczym kamień zgorzenia, nie oszczędzając nikogo (szczególnie

11 R. Woźniak, *Różnica i tajemnica. Objawienie jako teologiczne źródło ludzkiej sobości*, Poznań, W drodze 2012.

12 Por. R. Horton, *Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millennium: A physicians' charter*, *Lancet* 2002 (359), s. 520-521.

13 E. Lévinas, *Całość i nieskończoność. Esej o zewnętrzności*, Wydawnictwo Naukowe PWN 2012; tematowi temu poświęcona jest w całości trzecia część książki: *Twarz i zewnętrzność*, s. 218-300.

osobę cierpiącą oraz tego, który jej towarzyszy). I albo ktoś uzna, iż skoro jest cierpienie, to Boga nie ma albo dostrzeże w nim jakiś tajemniczy, głęboki, konstruktywny sens. *Tertium non datur*.

Wydaje się, że najbardziej adekwatną odpowiedzią na pytanie o sens choroby, cierpienia, umierania i śmierci jest przyjęcie absurdalnej na pierwszy rzut oka prawdy, że także (a może przede wszystkim) Bóg cierpi... Także Bóg umiera... Teza ta została postawiona przez niektórych myślicieli (H. Jonas, J. B. Metz, W. Gross, K. J. Kuschel) szczególnie po drugiej wojnie światowej, w której miliony niewinnych ludzi zostało w bestialski sposób zamęczonych w obozach zagłady. *Dlaczego Bóg na to zezwolił? Gdzie był wtedy?* – stawiano sobie wówczas te dramatyczne pytania. I nieśmiało zaczęto odpowiadać: *On był w nich wszystkich – właśnie w tych ofiarach prowadzonych na rzeź*. Dopiero po dwudziestu wiekach teologia chrześcijańska ośmieliła się stwierdzić, że Bóg także może cierpieć¹⁴. Że tak dalece wszedł w ludzkie cierpienie, iż uczynił go swoim własnym¹⁵.

Dzieje Boga stają się dziejami cierpienia. [...] Jezus nie pragnął klęski, męki i krzyża. Pragnął odwieść człowieka od grzechu, powodującego ciągle cierpienie; chciał radosnego panowania Boga. A gdy ludzie sprzyjęli się przeciw Niemu („Precz z Nim!”), dobrowolnie zgodził się na mękę i śmierć krzyżową, bez chęci odwetu, aby raz na zawsze przerwać zamknięty krąg zła i cierpienia, a przez to pozbawić go władzy. Nie ma już pochwały cierpienia, ale opór wobec niego [...] Jest Syn, który stając się człowiekiem wszedł bez reszty w nasze ludzkie cierpienie i wprost się w nim zanurzył, aby objawić światu nieskończoną i niepojętą Bożą miłość; jest Duch Święty, który według Rz 8, 26, łączy się z jękami cierpiących stworzeń, jednocześnie jednak w zupełnym opuszczeniu Jezusa na krzyżu podtrzymuje łączność z Ojcem, stając się Duchem zmartwychwstania; i jest Ojciec, który cierpi z powodu Syna i wraz z Synem¹⁶.

Podatność na cierpienie i zdolność umierania uwypukla niepojętość Boga. Nigdy nie będziemy w stanie zrozumieć Go ani logiki Jego działania. On jest Mądrością, która kieruje się swoimi prawami. Wobec tajemnicy Boga cierpiącego rozum kapituluje, by ustąpić miejsca całkowicie oczyszczonej wierze.

Któż tu zaciemnić chce zamiar słowami nierozumnymi?

Czy znane ci prawa niebios, czy wyjaśnisz ich pismo na ziemi?

14 Dla ścisłości należy powiedzieć, że teza Boga cierpiącego jest już *implicite* zawarta w Piśmie Świętym, chociażby w miejscach, gdzie mowa jest o tym, że cierpienie człowieka porusza samego Boga (por. np. Jer 31, 20). Tezę tę głosił w starożytności chrześcijańskiej Orygenes: *W swoim cierpieniu Bóg współcierpi – nie jest nieczuły* (*Selecta in Ezech.*, 16; PG 13, 812); *Sam Ojciec nie jest pozbawiony zdolności cierpienia. Kiedy wzywa się Go, lituje się i okazuje współczucie. Cierpi cierpieniem miłości i staje się takim, jakim z powodu wielkości swej natury być nie może: z naszego powodu bierze na siebie ludzkie cierpienie* (*In Ezech. Hom. 6, 6*, PG 13, 714-715). Także św. Grzegorz z Nazjanzu pisał o Bogu, *który cierpiał* (*ho pathón Theos*; *Oratio 17*, PG 35, 980; *Oratio 38*, PG 36, 325).

15 Por. G. Greshake, *Dlaczego Bóg pozwala nam cierpieć*, Kielce 2008, s. 81.

16 Tamże, s. 85-87.

A Hiob odpowiedział Panu: „Jam mały, cóż Ci odpowiem? – Rękę przyłożę do ust. Raz przemówiłem, nie więcej, drugi raz niczego nie dodam.” (Hi, 38,2. 33; 40, 3-5)

Cierpienie Boga nie jest oznaką Jego słabości czy też niedoskonałości; przeciwnie – dowodzi Jego mocy, która zdolna jest przyjąć wszelkie ludzkie przypadłości. Dowodzi też Jego nieskończonej wolności, przejawiającej się najpełniej w całkowitym darze z siebie. Przekonuje o solidarności Boga Ojca ze swoimi dziećmi i o Jego miłości, która nie waha się iść ku najdalszym horyzontom ludzkiej biedy, choćby miało to być połączone z wejściem na krzyż. Takie spojrzenie na cierpienie pomaga w zrozumieniu podstawowej prawdy o człowieku: powołaniem każdego z nas – niezależnie od wykonywanego zawodu – jest uczynienie ze swego życia daru na wzór Syna Człowieczego, który nie przyszedł, aby Mu służył, lecz aby służyć i dać swoje życie (por. Mt 20, 28). *Nikt z nas nie żyje dla siebie i nikt nie umiera dla siebie* (Rz 14, 7) – stwierdza św. Paweł, a słowa te brzmią ze szczególną mocą w szpitalach, hospicjach, domach, gdzie leżą obłożnie chorzy. Pacjent czyni dar ze swego zdrowia i życia; lekarz – ze swego czasu, serca, kompetencji, fachowości, cierpliwości i troskliwej obecności, czyli – ostatecznie – także ze swego zdrowia i życia. A przecież i on kiedyś zajmie miejsce pacjenta; wówczas jego dar z siebie będzie mógł być oczyszczony w tyglu doświadczenia, by stać się doskonałym całopaleniem. A będzie mógł powtórzyć za Jezusem: *Ofiary ani daru nie chciałeś, aleś Mi utworzył ciało. Całopalenia i ofiary za grzech nie podobały się Tobie. Wtedy rzekłem: „Oto idę, abym spełniał wolę Twoją, Boże”* (Hbr 10, 5-7).

Nic tak bardzo nie upodabnia do Chrystusa, jak cierpiąca niewinność (E. Mounier). Cierpienie nie jest jakąś „zapłatą” ani „mierzwą” przyszłego zbawienia, jak to zarzucał Iwan Karamazow swojemu rozmówcy, lecz upodobnieniem się do Chrystusa – uosobionego daru z siebie. Chore dziecko, doświadczony ogromnym bólem pacjent, umierający człowiek – każdy z nich jest niewinnym barankiem, składającym się jako „zertwa” miłości. Nie zawsze rozumie on ów akt (choć nie można tego wykluczyć), lecz przecież nie o zrozumienie tutaj chodzi, bo miłości nie da się logicznie wytłumaczyć inaczej jak tylko tym, że chce się ona dawać bez miar i spalać dla tego, kogo kocha. Tylko głęboko duchowy lekarz potrafi to pojąć, zaakceptować, zintegrować ze swoim życiem¹⁷.

Wartości, którymi żyje człowiek – wybory w sferze etycznej

Trzecim wymiarem duchowości człowieka jest życie według wartości oraz podejmowanie właściwych wyborów moralnych. W przypadku lekarza chodzi tu o postępowanie wysoce moralne według prawidłowo ukształtowanego sumienia oraz norm szczegółowych zawartych w *Kodeksie Etyki Lekarskiej*. Nie sposób ich tu wszystkich wymienić i omówić; zatrzymajmy się zatem nad tym, co najistotniejsze¹⁸.

17 Więcej na temat sensu choroby, cierpienia i śmierci patrz: A. Muszala, *Przewodnik po cierpieniu*, Kraków 2016.

18 Od kilku lat w *Medycynie Praktycznej* co miesiąc publikowane są komentarze do poszczególnych artykułów *Kodeksu Etyki Lekarskiej*. Odsyłamy do

Najważniejszą zasadą etyczną obowiązującą lekarza jest troska o integralne dobro pacjenta. Pacjent – jako osoba – jest celem medycyny oraz wszelkiego działania klinicznego.

Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem. Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady.

(Kodeks Etyki Lekarskiej, art. 2)

Dążeniem medycyny jest *zdrowie, czyli właściwe funkcjonowanie organizmu człowieka jako całości; funkcjonowanie organizmu zgodnie ze specyficzną dla niego sprawnością, doskonałością*¹⁹. Dlatego zadaniem lekarza jest najpierw postawienie trafnej diagnozy, a następnie wdrożenie czynności mających na celu przywrócenie zdrowia pacjentowi. Powinien to czynić zgodnie z wszelkimi zasadami sztuki lekarskiej, unikając jakichkolwiek działań szkodliwych (*primum non nocere*) lub wykraczających poza jego kompetencje. Oprócz stosowania metod terapeutycznych lekarz winien też uczestniczyć w zapewnianiu pacjentowi szeroko rozumianej opieki duchowej. Jest to wyrazem holistycznego podejścia do osoby chorego oraz przeświadczenia, że leczy on człowieka, a nie tylko „przypadek chorobowy”. Jak pisał jeden z nestorów polskiej etyki medycznej, Teodor Heiman:

*Medycyna ma za zadanie pomagać ludziom chorym oraz potrzebującym pomocy. Jej problemem właściwym jest i pozostanie nie choroba, lecz człowiek chory. Znaczenie medycyny leży właśnie w tym przedmiocie – w człowieku, którego dobra najwyższe – zdrowie i życie ma ona strzec i ochraniać*²⁰.

W terminalnej fazie choroby lekarzowi pozostaje łagodzenie jej skutków oraz towarzyszenie umierającemu człowiekowi. Śmierć nie jest porażką ani lekarza, ani medycyny – nie można jej bowiem ostatecznie zapobiec. Ludzkie życie jest – jak pisał M. Heidegger – *byciem ku śmierci*. Do rutynowych działań medycznych wobec pacjenta zbliżającego się do kresu swej ziemskiej egzystencji należą: opieka pielęgniacyjna, nawadnianie i żywienie, łagodzenie bólu totalnego i innych dolegliwości – czyli zwyczajne postępowanie lecznicze dostosowane do stanu chorego. Ponieważ człowiek w stanie terminalnym znajduje się w szczególnej sytuacji umierania, w wielu przypadkach lekarz staje się członkiem zespołu opieki paliatywnej, którego celem jest osiągnięcie najlepszej możliwej jakości życia chorego i jego bliskich. Lekarz powinien autentycznie interesować się chorym, okazywać głęboką empatię i nie dopuszczać w swoim postępowaniu pośpiechu. Błędem lekarskim byłoby negowanie nieuchronności śmierci i stosowanie uporczywej terapii, nieadekwatnej do stanu zdrowia pacjenta, używając środków

nieproporcjonalnych, tzn. niebezpiecznych, zwiększających cierpienie pacjenta, nieprzynoszących mu istotnych korzyści. Z drugiej strony lekarz nie może zaniechać stosowania środków proporcjonalnych (zwyczajnych); gdyby tak czynił jego postępowanie byłoby formą eutanazji biernej. Podobnie niedopuszczalne jest jakiegokolwiek celowe skrócenie życia pacjenta przez podanie śmiertelnie działającego farmaceutyku (eutanazja czynna). Od takiego działania odcinał się już Hipokrates: *Nikomiu, nawet na żądanie, nie dam śmiertelności trucizny ani nikomu nie będę jej doradzał*. Lekarz jest sługą życia, w żadnym wypadku nie może być łączony z praktykami śmiertelnościami.

Podsumowując, celem działania lekarza (jak i każdego pracownika służby zdrowia) nigdy nie może być:

1. działanie dążące do bezpośredniego uśmiercenia pacjenta (także w okresie prenatalnym);
2. zaniechanie leczenia, gdy nie ma do tego podstaw;
3. zaniechanie opieki nad pacjentem;
4. jakiegokolwiek szkodliwe działania wobec pacjenta (np. niekompetencja zawodowa, udział w torturach);
5. zmienianie natury ludzkiej (np. poprzez tworzenie chimer zwierzęco-ludzkich, operacje plastyczne zmieniające płęć, kolor skóry lub inne istotne elementy osoby ludzkiej);
6. przedkładanie celów naukowych, społecznych, ekonomicznych czy politycznych ponad dobro pacjenta (np. szkodliwe eksperymentowanie na pacjencie, korupcja, przedkładanie zysku ekonomicznego nad dobro pacjenta, udział w ludobójstwie)²¹.

Wiedza nie jest wartością najwyższą, której wszystkie inne musiałyby być podporządkowane. Wyżej, w skali wartości, stoi osobiste prawo jednostki do życia fizycznego i duchowego, do swojej nietykalności psychicznej i funkcjonalnej. Osoba jest miarą i kryterium dobroci i zła w każdym działaniu ludzkim.

(Jan Paweł II, *Przemówienie do chirurgów*, 1992 r.)

Rola duchowości lekarza w odniesieniu do pacjentów i ich rodzin

Właściwie rozwinięte życie duchowe lekarza stanowi istotny element profesjonalnego podejścia do pacjenta oraz jego rodziny. Okazuje się kluczowe na wielu etapach terapii, począwszy od postawienia trafnej diagnozy poprzez właściwie podjęte leczenie aż po towarzyszenie w ostatnich chwilach życia pacjenta. Choroba (zwłaszcza ciężka, nieuleczalna), jest „sytuacją graniczną”, w której zwykle wali się dotychczasowy uporządkowany świat człowieka. Chory oczekuje wówczas od lekarza nie tylko pomocy medycznej, ale zrozumienia, cierpliwego wysłuchania, duchowego wsparcia, dobrej rady, czasem pomocy modlitewnej. Przeżywa bowiem swoje cierpienie nie tylko w wymiarze biologicznym, psychicznym i społecznym, ale również w duchowym, najgłębszym, tam gdzie dokonują się najważniejsze decyzje. Teren ten nie może być obcy lekarzowi.

nich w celu szczegółowego zaznajomienia się z poszczególnymi normami etycznymi, obowiązującymi w sumieniu lekarza.

19 L.R. Kass, *The end of Medicine and the Pursuit of Health*, w: L. R. Kass, *Toward a More Natural Science*, New York, 1985, s. 174.

20 T. Heiman, *Etyka lekarska: obowiązki lekarza*. Warszawa, 1917, s. 1.

21 Por: A. Muszala, *Jaki jest cel medycyny*, w: *Medycyna Praktyczna* 10 (20013), s. 124.

Często chory będzie szukał wsparcia duchowego w pierwszej kolejności u personelu medycznego, który się nim opiekuje. Lekarz lub pielęgniarka może być dobrym partnerem do rozmowy o problemach duchowych, nieraz lepszym niż rodzina czy inni bliscy. Nie oczekuje również gotowych odpowiedzi, lecz jedynie obecności i spokojnego wysłuchania. Wiele badań wykazało, że obecność potrzeb duchowych nie zależy od tego, czy pacjent uważa się za osobę religijną. Zwraca się również uwagę na potrzebę rozróżnienia między potrzebami religijnymi (sakramenty, rytuały) a duchowymi (rozmowy na tematy egzystencjalne, głęboka relacja z Bogiem, z drugim człowiekiem itd.). Towarzyszenie drugiej osoby oraz „pokój duchowy” mogą być istotniejsze w czasie umierania niż decyzje odnośnie do resuscytacji, zagadnienia finansowe czy społeczne. Potrzeby duchowe nie dotyczą jedynie okresu umierania. W piśmiennictwie można znaleźć wiele doniesień na temat tego, że duchowość pomaga pacjentom radzić sobie z długotrwałym ciężarem choroby, odnaleźć pewność siebie, sens życia oraz dobre samopoczucie pomimo zmęczenia i bólu. Z badań ankietowych wśród pacjentów onkologicznych, psychiatrycznych oraz osób niepełnosprawnych wynika, że od 30% do 80% z nich uznaje swoją religię za bardzo ważne źródło wsparcia w radzeniu sobie z chorobą²².

22 M. Klimasiński, M. Płocka, N. Neumann-Klimasińska, J. Pawlikowski: Czy lekarze powinni udzielać wsparcia duchowego swoim pacjentom – przegląd

Duchowość lekarza to temat nowy w medycynie, a zarazem stary jak stara jest sztuka leczenia. Cieszyć się należy z tego, że doczekał się oficjalnego uznania w ramach medycyny akademickiej oraz pierwszych opracowań w języku polskim²³. Jest on także integralną częścią założeń programowych Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie (www.ptodm.org.com). ■

Ks. Andrzej Muszala (ur. 1963 r.) – dr hab. teologii, prof. Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie, dyrektor Międzywydziałowego Instytutu Bioetyki UPJPII, kierownik Poradni bioetycznej przy UPJPII w Krakowie. Autor książek z zakresu bioetyki, etyki medycznej i duchowości (m.in.: *Modlitwa w ciszy, Modlitwa w czynie, Kim jest Bóg, którego dotykam, Jak modlił się Jezus, Przewodnik po cierpieniu, Embrion ludzki w starożytnej refleksji teologicznej*). Redaktor *Encyklopedii bioetyki*. Opiekun duchowy wspólnoty „Pustelnia”. Od 1996 r. prowadzi rekolekcje o modlitwie w ciszy w pustelni św. Teresy z Lisieux w Beskidach (pustelnia.pl)

badań: *Medycyna Praktyczna* 3 (2017), s. 128-129.

23 M. Klimasiński, M. Płocka, N. Neumann-Klimasińska, J. Pawlikowski: Czy lekarze powinni udzielać wsparcia duchowego swoim pacjentom – przegląd badań, w: *Medycyna Praktyczna* 3 (2017), s. 128-133; Ch. M. Puchalski, *Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta*, w: *Medycyna Praktyczna* 5 (2016), s. 116-124.

NOWI DOKTORZY

Na Wydziale Lekarskim

Stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny uzyskali:

lek. Dorota Katarzyna FILARSKA – kierownik Działu Radioterapii Gdynskiego Centrum Onkologii, praca pt. *Wyniki radiochemioterapii uzupełniającej po radykalnym leczeniu operacyjnym raka żołądka*, promotor – dr hab. Rafał Tomasz Dziadziuszko, prof. nadzw. GUMed. Rada Wydziału Lekarskiego 22 czerwca 2017 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny,

lek. Monika Marta KONCZALSKA – asystent Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii GUMed, praca pt. *Dermatozy żeńskich zewnętrznych narządów płciowych w materiale Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2009-2016*, promotor – dr hab. Magdalena Maria Lange. Rada Wydziału Lekarskiego 22 czerwca 2017 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny,

lek. Małgorzata SZMIGIERO-KAWKO – starszy asystent UCK, Katedra i Klinika Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii GUMed, praca pt. *Analiza wybranych czynników u dzieci z nowo rozpoznaną cukrzycą typu 1 i ich wpływ na przebieg kliniczny choroby*, promotor – prof. dr hab. Małgorzata Myśliwiec. Rada Wydziału Lekarskiego 22 czerwca 2017 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny,

lek. Lidia WOŹNIAK-MIELCZAREK – asystent Katedry i Kliniki Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca GUMed, praca pt. *Ocena układu krążenia u pacjentów z zespołem Marfana*, promotor – dr hab. Robert Sabiniewicz. Rada Wydziału Lekarskiego 22 czerwca 2017 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny,

lek. Mateusz Tomasz ZAMKOWSKI – młodszy asystent Oddziału Chirurgii Ogólnej Powiatowego Centrum Zdrowia Kartuski, praca pt. *Porównanie wyników operacji przepuklin pachwinowych z użyciem siatki samomocującej z klasycznym zabiegiem metodą Lichtensteina w populacji powiatu kartuskiego*, promotor – dr hab. Wojciech Jan Makarewicz. Rada Wydziału Lekarskiego 22 czerwca 2017 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny.

Na Wydziale Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej

Stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny uzyskała

lek. Anna KUNA – uczestnik SSD przy Zakładzie Parazytologii Tropikalnej, praca pt. *Analiza przypadków malarii w aspekcie leczenia, powikłań, profilaktyki oraz epidemiologii tej choroby*. Rada Wydziału Nauk o Zdrowiu z OP i IMMiT 29 czerwca 2017 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny. ■