

Ks. prof. Waldemar Chrostowski
 Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Kształcenie lekarzy jako proces przekazywania wartości

W ostatnich latach obserwujemy groźne zjawisko postępującej erozji i niszczenia autorytetów. Osoby, zawody i zajęcia cieszące się szczególnym uznaniem społecznym nie tylko nie mogą liczyć na „taryfę ulgową”, lecz przeciwnie – stały się przedmiotem kontestacji, oskarżeń czy wręcz nagonki. To zjawisko nie ominęło lekarzy i środowiska medycznego.

Gwałtownie spada zaufanie do zawodu i pracy lekarza, poważnie nadszarpnięte przez negatywną propagandę prowadzoną w środkach masowego przekazu i w Internecie. Nasuwa się pytanie: Jak skutecznie przezwyciężyć tę sytuację? Co należy zrobić po stronie środowiska lekarskiego, które na pewno nie zasługuje na nadszarpniętą reputację, lecz z drugiej strony powinno sprostać zagrożeniom, które ją kreują i mają na nią wpływ. Jeden z aspektów, na który trzeba zwrócić uwagę, dotyczy procesu kształcenia przyszłych medyków oraz dokształcania i samokształcenia lekarzy. Wymaga to określenia i przekazywania wartości stanowiących trwały fundament tożsamości i pracy dobrego lekarza

Kim jest człowiek?

Pod adresem lekarzy najczęściej są wysuwane dwa zarzuty. Pierwszy oskarża wielu z nich o brak empatii wobec pacjenta, drugi – być może powszechniejszy – o traktowanie zawodu i pracy lekarskiej jako drogi do zdobycia i pomnażania wysokiego statusu majątkowego czy fortuny. Oba zarzuty są przez lekarzy odpięane stwierdzeniami, że w kontaktach z personelem medycznym pacjenci i ich rodziny są nadmiernie roszczeniowi, co nie rzadko przybiera formę awantur. Zdarza się, że między chorymi, którzy w dużej mierze kształtują opinię o lekarzach i leczeniu, a lekarzami rośnie mur niezrozumienia i wrogości. Same pieniądze, wobec

oskarżeń o przesadną interesowność, nie uzdrowią służby zdrowia. Istnieje pilna potrzeba odbudowywania zaufania jako warunek pozytywnej zmiany wzajemnego nastawienia i polepszenia rezultatów leczenia. Jedno z najpilniejszych zadań polega na przeprowadzeniu zmian w procesie kształcenia (i samokształcenia) lekarzy tak, by były respektowane wartości duchowe i moralne, którymi powinni kierować się w swej pracy, a także w kontaktach z chorymi i ich rodzinami. Karta Pracowników Służby Zdrowia zawiera stwierdzenie, że lekarz nie jest sędzią życia i śmierci, a w jego działaniach ma się wyrażać profesjonalizm i człowieczeństwo. Studia medyczne i proces kształcenia przyszłych lekarzy powinny uwzględniać obydwie perspektywy.

Na pierwszy plan wysuwa się sprawa antropologii, czyli całościowej wizji człowieka. Wraz z bezprecedensowym postępem medycyny, jaki dokonał się

dzięki wynalezieniu i wdrażaniu nowoczesnych narzędzi, metod i procedur medycznych, lekarze stanęli wobec całkowicie nowych wyzwań światopoglądowych, z którymi często sami sobie nie radzą. Współczesna wiedza, zwłaszcza dynamiczny postęp nauki o mózgu (neuronauka), a także biologii, genetyki, psychologii i innych nauk, zakwestionowały tradycyjną wizję człowieka i filozoficzno-teologiczne pojęcie duszy, której przypisywano takie funkcje jak samoświadomość, rozumność, wola, charakter, jaźń czy pamięć. W ostatnich latach pojawiła się i okrzepła dziedzina nazwana *embodied cognition*, czyli „ucieleśnione poznanie”, która pojęcie duszy zupełnie odrzuca, nie motywując tego wrogością wobec religii ani chęcią atakowania wiary chrześcijańskiej. Funkcje, jakie przypisywano duszy, są postrzegane jako pozostające w integralnych związkach z ciałem czynności mózgu i ludzkiej psychiki. Lekarze są na pierwszym froncie spotykania się z tego rodzaju poglądami, nie tyle na drodze studiowania najnowszych nurtów filozoficznych i światopoglądowych, ile w obliczu konkretnych sytuacji obserwowania, diagnozowania i leczenia pacjentów.

Ten stan rzeczy uzasadnia konieczność przygotowania studentów medycyny do wyzwań światopoglądowych, którym najpierw oni sami muszą sprostać. Zanim staną przy łóżku chorego i zastosują odpowiednie procedury medyczne, powinni nauczyć się patrzenia na człowieka w wymiarze jego cielesności oraz duchowym. Tradycyjny podział, który dzieli człowieka na ciało i duszę, z wielu względów jest nie do utrzymania. Wywodząc się nie z Biblii (!), ale z filozofii starożytnej przeniesionej na grunt teologii jako wiary szukającej zrozumienia, dominuje w chrześcijaństwie, co świadczy, że filozofia i teologia chrześcijańska wymagają głębokiej reinterpretacji, która pozwoli wierze w Boga zyskać nowe życiodajne impulsy. Studenci medycyny i lekarze powinni być zaznajomieni z wartościowymi nurtami wielowiekowych dociekań i debat filozoficzno-teologicznych, które pozwolą pogłębić perspektywę antropologiczną. W ten sposób łatwiej unikną groźnych kryzysów wewnętrznych, skutkujących syndromem zawodowego wypalania się i utraty poczucia sensu tego, czym się zajmują, oraz bardziej wszechstronnie

podejdą do chorego, stosując odpowiednio procedury medyczne i respektując te elementy jego osobowości, na które on sam ma największy wpływ.

Istnieje wielka potrzeba poznawania nie tylko historii medycyny, lecz także historii filozofii i historii teologii. Ponieważ świat staje się „globalną wioską” i lekarze coraz częściej mają do czynienia z chorymi wyznającymi różne światopoglądy i religie, ich wiedza na tematy filozoficzno-teologiczne nie może ograniczać się do chrześcijaństwa ani własnego kręgu kulturowego. Ma to swoją drugą stronę: lekarze, którzy są chrześcijanami, powinni nabierać coraz większej pewności swej wiary po to, by skutecznie poradzić sobie z dylematami, na które najpełniejszą odpowiedź daje właśnie chrześcijaństwo. Należy więc postulować włączenie do programu studiów na wydziałach medycznych dobrych – to bardzo ważne! – teologów, którzy opierając się na Biblii i Tradycji chrześcijańskiej, sprostają złożonym wyzwaniom światopoglądowym, przedstawiając je i rozwiązując z perspektywy wiary chrześcijańskiej.

Dylematy antropologiczne pozostają w ścisłym związku z kwestią istnienia człowieka po śmierci. Filozofia i teologia chrześcijańska ujmują ją tak: kiedy ciało umiera, wtedy dusza żyje nadal i zapewnia ciągłość relacji z Bogiem aż do powszechnego zmartwychwstania ciała. W kontaktach z terminalnie chorymi i umierającymi oraz wobec innych dramatycznych zdarzeń wiara lekarzy w życie po śmierci bywa wystawiana na ciężką próbę. Tradycyjne ujęcie chrześcijańskie zachowuje wartość, ale pytanie o stan człowieka po śmierci jest bardzo trudne i na płaszczyźnie czysto filozoficznej, a tym bardziej medycznej, niemożliwe do rozwiązania. Chrześcijaństwo, opierając się na orędziu Starego i Nowego Testamentu, dobitnie podkreśla wiarę w życie wieczne, lecz nie precyzuje żadnych szczegółów. Fundament wiary w życie pośmiertne stanowi zmartwychwstanie Jezusa Chrystusa, na którym opiera się wiara w nasze zmartwychwstanie.

Godność i potrzeby człowieka chorego

Jakość kształcenia lekarzy i personelu medycznego nie może ograniczać się do

poszerzania obszaru badań naukowych i procedur medycznych oraz intensyfikowania współpracy z otoczeniem społeczno-gospodarczym. Proces kształcenia, otwarty na wyzwania i możliwości, jakie daje współczesny świat i postęp medycyny, powinien w takim samym stopniu respektować trwałe i niezmiennne wartości. Ich rozpoznawanie i przyjęcie nie wynika wyłącznie z przyswojonej wiedzy, aczkolwiek jest niezbędna, lecz wymaga osobistego zaangażowania i samodzielnej decyzji kandydatów na lekarzy. Praca, która ich czeka, wymaga odpowiedniego, większego niż w innych zawodach, przygotowania duchowego, które jest warunkiem osiągnięcia coraz pełniejszej ludzkiej dojrzałości.

Najważniejsze kryterium niesienia pomocy i leczenia stanowi prawda o świętości życia i godności osoby ludzkiej. Pojęcie „świętości” nie ma wyłącznie charakteru religijnego, a więc nie sprowadza się do kwestii wiary, bądź niewiary w Boga. Wyraża inność, odmienność, czyli absolutną inność i odmienność człowieka względem wszystkich innych form i przejawów życia. Z kolei względem godności sprawia, że chory nigdy nie może być postrzegany i traktowany przedmiotowo. Jedną z największych wad lekarza jest bezduszność, łatwa do zaobserwowania przez tych, których on leczy. Studia medyczne, ukazując i pogłębiając u młodych ludzi świat wartości, powinny uczyć wrażliwości rozumianej w kategoriach racjonalnych i etycznych, a nie tylko emocjonalnie – chociaż emocji nie da się całkowicie wyłączyć, a tym bardziej wykluczyć. Ponieważ lekarze nieustannie stają wobec trudnych problemów medycznych i moralnych, aby im sprostać potrzebują pomocy ze strony przedstawicieli tych dziedzin, które respektują, a w dzisiejszym świecie też bronią, prawdy o świętości życia i godności człowieka.

Znana formuła głosi: „Lekarz leczy, a Bóg uzdrawia”. W pewnych okolicznościach i sytuacjach lekarz musi uznać swoją niemoc. Może to skutkować głębokimi wewnętrznymi kryzysami, za którymi idzie bunt wobec wiary religijnej albo postępujące zubożenie i frustracja. Dotyczy to zwłaszcza leczenia osób terminalnie chorych. Żadne działania medyczne ani ich zaniedbanie (nie odnosi się to jednak do

zaniechania uporczywej/daremej terapii) nie mogą prowadzić do śmierci pacjenta. W tym względzie sumienie lekarza powinno być wyjątkowo wyczulone. Każde ludzkie życie trzeba ratować tak długo, jak długo lekarz jest przekonany, że może przyjąć ze skuteczną pomocą. Jednak do Polski przenikają tendencje, które zadomowiły się w Europie zachodniej, np. w Holandii. Normą staje się tam wspomagane samobójstwo lub zabójstwo usprawiedliwane skróceniem cierpienia chorego, bądź przesłankami społecznymi, jak uznanie chorego za zbyt ciężki ciężar dla jego rodziny czy otoczenia. Czynności eutanazyjne w postaci eutanazji czynnej albo biernej bywają podejmowane bez wiedzy i zgody tych, którzy są ich ofiarami, ale wtedy nie jest to eutanazja, lecz zabójstwo. To podejście, stanowiące przejaw krańcowego utylitaryzmu i postawy relatywistycznej, odzwierciedla dotkliwy dramat współczesnej ludzkości doświadczającej tragicznego panoszenia się „cywilizacji śmierci”. Na drugim biegunie sytuują się dylematy związane z tzw. terapią uporczywą, którą lepiej jest określać jako „terapia daremna”, czyli taka, która nie rokując żadnej poprawy ani nie dając żadnych szans na wyzdrowienie, przedłuża i powiększa cierpienia chorego. Kształcenie lekarzy nie może omijać tych zasadniczych kwestii moralnych, bo medycyna pozbawiona moralności staje się nieludzka. Akty eutanazyjne przyjdą z większą łatwością wtedy, gdy zabraknie fundamentu w postaci wartości, które chronią pacjentów nie mniej niż lekarzy przed zgubnymi skutkami niemoralnych zachowań i procedur.

Przekonanie, że możliwości w zakresie wyleczenia chorego zupełnie się wyczerpały, nie oznacza – być może poza rzadkimi przypadkami – przegranej lekarza. W procesie kształcenia na wydziałach medycznych, obok zdobywania wiedzy na temat aktualnej wiedzy medycznej, stanu pacjenta i rokowań, które go dotyczą, bardzo ważne miejsce przypada przygotowaniu kandydatów do poradzenia sobie z najtrudniejszymi i najbardziej stresującymi sytuacjami. Nie bez znaczenia jest właściwe kształtowanie ich sumienia, również w tym, co dotyczy wpływu na polepszenie jakości życia osób terminalnie chorych. Chodzi o podtrzymywanie i rozwijanie opieki podstawowej, jak nawadnianie,

odżywianie, zapobieganie odleżynom, podawanie środków usmierzających ból i przeciwpalnych, a także – co nie mniej ważne – respektowanie duchowych potrzeb i oczekiwań pacjenta. Często dotkliwsze niż ból fizyczny jest dla niego cierpienie duchowe, związane z dylematami i wątpliwościami o charakterze egzystencjalnym oraz samotnością. Istnieje pogląd, że taka pomoc jest zarezerwowana dla kapłanów szpitalnych i duchownych wzywanych do chorych. Jednak i w tej dziedzinie rola lekarzy i personelu medycznego jest kluczowa i nie do zastąpienia, mogą bowiem osiągnąć to, czego nie osiągnie kapłan czy najbliższa rodzina. Aby tak się stało, sami muszą wcześniej, najlepiej zanim podejmą pracę z chorymi, być odpowiednio przygotowani do sprostania roli, jaka ich czeka. W procesie kształcenia należy więc uwzględnić nie tylko aspekty psychologiczne i psychiatryczne, lecz także duchowe. Chory nigdy nie powinien czuć się opuszczony ani osamotniony, co szczególnie dotyczy osób terminalnie chorych i takich sytuacji, gdy lekarze podejmują decyzję o rezygnacji z uporczywej terapii. Zważywszy na powtarzalność takich sytuacji, wymagającą bliskości lekarza przy kolejnych chorych, musi on być przygotowany do ponawianej obrony przed stresem. Nabywanie tej sprawności powinien zapoczątkować okres przygotowywania się do zawodu lekarza i niesienia ulgi chorym.

Istnieje jeszcze jedno pole procesu kształcenia przyszłych lekarzy, które – jak się wydaje – pozostaje zaniedbane. Chodzi o dobre przygotowanie do pracy zespołowej, a właściwie wspólnotowej. Specjalizacja w medycynie poszła tak daleko, że jest niemożliwe, by jeden lekarz mógł rzetelnie zdiagnozować i leczyć pacjenta. Istnieje wielka potrzeba budowania i wzmacniania zaufania w środowisku lekarskim i medycznym, co oznacza szacunek dla innych lekarzy oraz ich sugestii i działań. Dotyczy to szczególnie trudnych przypadków i zdarzeń, gdy potrzebne jest podjęcie ważnej, być może rozstrzygającej dla losu pacjenta, decyzji. Każda taka sytuacja powinna być rozważana indywidualnie, to jest ze skupieniem całej uwagi na cierpiącym człowieku, a zarazem wspólnie, czyli przez konsylium medyczne. Wprawdzie jest to wymóg odgórny, przewidziany stosownymi

procedurami, ale jego praktyczna realizacja zależy od charakteru i usposobienia lekarza oraz jego cech osobowościowych. Opinia konsylium nie zwalania lekarza z obowiązku podjęcia decyzji i odpowiedzialności za nią. Fakt, że coraz więcej lekarzy nie potrafi podjąć tej odpowiedzialności, może wskazywać na brak odwagi z ich strony. Także i w tym względzie niezbędne jest zatem przygotowanie polegające na kształtowaniu w kandydatach do zawodu lekarza umiejętności i chęci życzliwej współpracy z innymi lekarzami oraz z pacjentem.

Kilka wątków biblijnych

Tytułem przykładu potwierdzającego przydatność spojrzenia filozoficzno-teologicznego w procesie kształcenia lekarzy przywołajmy wybrane aspekty perspektywy biblijnej. W Starym Testamencie „lekarz” (hebr. rōphe) określa osobę, która zawodowo zajmuje się leczeniem. Rzeczownik pochodzi od czasownika rāphāh, „uzdrawiać”, bo na tym polega rola i zadanie lekarza. Swoje umiejętności i siły powinien spożytkować na uzdrawianie innych, przynosząc ulgę w cierpieniach i lecząc. Biblijne spojrzenie na lekarza i jego posługę wynika z przeświadczenia o godności i świętości ludzkiego życia. Człowiek zdrowy powinien zaakceptować życie jako wielką wartość, która kieruje uwagę na Boga, Stwórcę i Dawcę wszelkiego życia. Praca lekarza ma zatem wymiar religijny i tak powinna być postrzegana przez niego oraz innych. Lekarz stanowi ogniwo między Stwórcą a pacjentem, a stając się narzędziem Boga, naśladuje Go w miłosierdziu i dobroci względem ludzi.

Na samym początku Pisma Świętego, w Księdze Rodzaju, Bóg został porównany do lekarza. Ten wątek znajdujemy w barwnym opowiadaniu o stworzeniu świata i człowieka. Bóg stworzył mężczyznę, umieścił go w ogrodzie Eden i dał mu pierwsze przykazanie, które zapewniało mu życie, po czym stwierdził: „Nie jest dobrze, żeby mężczyzna był sam”. Mężczyzna nie zdawał sobie sprawy ze swego położenia i nie postrzegał samotności jako ograniczenia i zagrożenia. Bóg dodał: „Uczynię mu zatem odpowiednią dla niego pomoc”. Następuje piękny obraz przyprowadzenia do mężczyzny różnych istot żywych.

W spotkaniu z nimi uświadamia on sobie własną tożsamość. W tym miejscu pojawia się obraz Boga jako lekarza i to potrójnej specjalności: „Wtedy to Pan sprawił, że mężczyzna pogrążył się w głębokim śnie” – Bóg jako anestezjolog; „a gdy spał, wyjął jedno z jego żeber” – Bóg jako ortopeda; „i miejsce to zapelniał ciałem” – Bóg jako chirurg. Dalej czytamy: „Po czym Pan Bóg z żebra, które wyjął z mężczyzny, zbudował niewiastę”. Biblia Hebrajska używa tutaj czasownika *bānāh*, „zbudować”, tego samego, który występuje w opisach budowy świątyni jerozolimskiej.

W Księdze Wyjścia Bóg przedstawia się jako lekarz. Izraelici po długich zmaganiach z faraonem i jego potęgą wyszli pod wodzą Mojżesza z niewoli egipskiej. Z Bożą pomocą przeszli przez Morze Czerwone i wyśpiewali dziękczynną pieśń chwały. Ale droga przez pustynię miała przynieść nowe niebezpieczeństwa. Najpierw zabrakło wody i spragniony tłum podniósł bunt, w którym znalazło wyraz zwątpienie w sens podjętej wędrówki. Kolejne interwencje Boga wyrażały pedagogię, która osiągnęła apogeum u stóp góry Synaj, gdzie Izraelici otrzymali Dziesięć Przykazań. Jednak trzeba było wysiłku, aby ów wielki dar się nie zmarnował. Mojżesz powtórzył zebrany słowa Boga: „Jeśli wiernie będziesz słuchał głosu Pana, twego Boga, i wykonywał to, co jest słuszne w Jego oczach; jeśli będziesz dawał posłuch Jego przykazaniom i strzegł wszystkich jego praw, to nie ukarzę cię żadną z tych plag, jakie zesłałem na Egipt, bo Ja, Pan, jestem twoim lekarzem”. Bóg przedstawia się jako lekarz (hebr. *rōp̄he*, „uzdrowiciel”) – i to nie tylko pojedynczego człowieka, lecz całego narodu. Niewola w Egipcie jak choroba toczyła go, nie pozwalając w pełni być sobą. Chory nie zawsze zdaje sobie sprawę z powagi swego położenia. Aby zażegnać niebezpieczeństwo, należy postawić prawidłową diagnozę. Lecz skuteczność leczenia Izraelitów zakłada współpracę z ich strony. W takim spojrzeniu znajduje wyraz doświadczenie starożytnych lekarzy, którzy oczekiwali od pacjentów czynnej współpracy. Nie chodzi jedynie o zastosowanie się do otrzymanych wskazówek, lecz o więź zaufania między chorym a lekarzem. Bóg jako lekarz Izraelitów pragnie dla nich dobra, lecz muszą Mu oni zaufać.

W Księdze Ozeasza, który żył i nauczał w VIII wieku przed Chrystusem, mocne wezwania do nawrócenia otwiera zachęta: „Chodźcie, powróćmy do Pana!/On nas zranił i On też uleczy, /On to nas pobił, On ranę przewiąże”. Leczenie jako powinność lekarza i przewiązywanie ran jako powinność personelu medycznego odsłaniają ważny aspekt natury i działania Boga. W tej samej starotestamentowej księdze pojawia się myśl, która przypomina wątek z Księgi Wyjścia. Zapowiadając kary za wzgardzoną miłość, prorok nawiązuje do wyjścia Izraelitów z Egiptu i drogi przez pustynię. Efraim, największe z pokoleń, stanowi symbol całego nieposłusznego narodu: „A przecież ja uczyłem chodzić Efraima,/na swe ramiona ich brałem;/ oni zaś nie rozumieli, że przywracałem im zdrowie” (Oz 11,3). Słychać tutaj echo słów: „Ja, Pan, jestem twoim lekarzem”. Podczas wygnania babilońskiego, w drugiej połowie VI wieku przed Chrystusem, prorok, którego nauczanie zostało włączone do Księgi Izajasza, postrzega swoją misję na podobieństwo

mną,/bo Pan mnie namaścił./Posłał mnie, abym głosił dobrą nowinę ubogim, /bym opatrywał rany serc złamanych,/ żebym zapowiadał wyzwolenie jeńcom i więźniom swobodę”. Właśnie ten tekst został odczytany przez Jezusa w synagodze w Nazarecie, po czym Jezus stwierdził: „Dziś spełniły się te słowa Pisma, które słyszeliście”. Przedstawił siebie na wzór lekarza, odkrywając istotny aspekt swej Boskiej tożsamości i wymagając od słuchaczy takiego zaufania, jakie pacjent winien okazywać lekarzowi. Odpowiadając na zarzuty, iż zadaje się z celnikami i grzesznikami, Jezus odpowiedział: „Nie potrzebują lekarza zdrowi, lecz ci, którzy się źle mają. Nie przyszedłem, aby powołać sprawiedliwych, ale grzeszników” (Mk 2,17).

Wzruszające porównanie lekarza do Boga znajduje się w Psalmie 147, który stanowi hymn dziękczynny ludzi wybawionych z wielkiego zagrożenia. Rozpoczynają go słowa: [Pan] buduje Jeruzalem,/ leczy złamanych na



Ks. prof. Waldemar Chrostowski

lekarza ma dwa odniesienia. Jedno, duchowe, polega na podnoszeniu „złamanych na duchu”, co przypomina współczesną pracę psychologów, psychiatrów i psychoterapeutów, natomiast drugie dotyczy ciała i przypomina pracę lekarza i kwalifikowanej pielęgniarki.

Motyw posługi lekarza pojawia się też w Jezusowej przypowieści o miłosiernym Samarytaninie. Przynosi ona odpowiedź na pytanie postawione przez uczonego w Piśmie, który wiedział, że przykazanie miłości Boga i bliźniego jest pierwszym i najważniejszym przykazaniem, ale zapytał „A kto jest moim bliźnim?”. Jezus opowiedział przypowieść. Człowiek, który schodził z Jerozolimy do Jerycha i wpadł w ręce zbójców, nie doczekał się pomocy kapłana ani lewity. Nie dlatego, że obaj byli źli, ale ponieważ spieszyli się do swoich kultowych obowiązków i chcieli uniknąć nieczystości rytualnej, jaka spada na tych, którzy dotykają ciał zabitych i rannych. Kult został postawiony ponad moralność. Dopiero pewien Samarytanin, „wędrując, przyszedł również na to miejsce. Gdy go zobaczył, wzruszył się głęboko”. U początku

posługi, której szczegóły zostaną wymienione, znajduje się współczucie. To ono powinno towarzyszyć działaniom podejmowanym przez lekarza. Samarytanin „podeszedł do niego i opatrzył mu rany, zalewając je oliwą i winem, potem wsadził go na swoje bydlę, zawiózł do gospody i pielęgnował go”. Te czynności odzwierciedlają kolejne etapy posługi lekarza: obecność przy chorym, pierwsza pomoc, przyniesienie ulgi w cierpieniu, troska o chorego, zabezpieczenie go i stworzenie mu godnych warunków do leczenia. Samarytanin i Żydzi byli rozdzieleni barierą zastarzałej wrogości. Konsekwentnie, lekarz w spotkaniu z chorym powinien zaniechać wszelkich osobistych animozji i uprzedzeń, ofiarnie niosąc pomoc każdemu, kto jej potrzebuje.

Tradycja wczesnochrześcijańska utrzymuje, że Łukasz, autor trzeciej Ewangelii kanonicznej, pochodził z Antiochii nad Orontesem i był lekarzem. Potwierdza to fakt, iż w jego Ewangelii natrafiamy na mnóstwo terminów medycznych oraz opisy chorób i słabości dokładniejsze niż w paralelnych tekstach pozostałych Ewangelii. Łukasz

doskonale znał ograniczone możliwości przedstawicieli swojego zawodu, a także skutki, jakie może sprawiać ślepe zaufanie wobec nich. Opisując działalność Jezusa na terenie Galilei wspomina następujące wydarzenie. „A pewna kobieta, która od dwunastu lat cierpiała na wpływ krwi, całe swe mienie wydała na lekarzy, z których żaden nie mógł jej uleczyć”. Zaufała Jezusowi, „podeszła z tyłu i dotknęła frędzli Jego płaszcza, a natychmiast ustał jej wpływ krwi”. Wcześniejsze zaufanie do lekarzy, skończyło się dla niej całkowitym zubożeniem. Zaufanie do Jezusa przyniosło nieoczekiwany rezultat pełnego odzyskania zdrowia.

Wybrane przykłady świadczą, jak ważne i pomocne może być włączenie problematyki światopoglądowej, religijnej i teologicznej w proces kształcenia lekarzy. Zważywszy na dawne, motywowanie politycznie, zaniedbania, a także na aktualne, niezwykle silne promowanie relatywizmu, nie jest to łatwe, ale właśnie dlatego jest tym bardziej potrzebne – lekarzom oraz chorym, których leczą.



Miłosierny Samarytanin (grafika) Werner van den Valckert (Niderlandy, 1585–1627)