

Katolicki Uniwersytet Lubelski
Jana Pawła II
Wydział Teologii
Instytut Teologii Moralnej
Nr albumu: 138898

Ks. Jakub Kapelak

**Troska o zdrowie i życie człowieka w sytuacjach granicznych.
Studium teologicznomoralne**

Rozprawa doktorska napisana
w Instytucie Teologii Moralnej
przy Katedrze Bioetyki Teologicznej
pod kierunkiem
Bpa dra hab. Józefa Wróbla, prof. KUL

LUBLIN 2018

SKRÓTY	5
WSTĘP	7
I. TROSKA O ZDROWIE I ŻYCIE JAKO IMPERATYW MORALNY	13
1. Zdrowie i życie jako dar	14
1.1. Wymiar biblijny	14
1.1.1. Przesłanki Starego Testamentu	15
1.1.2. Przesłanki Nowego Testamentu	22
1.2. Wymiar filozoficzno-teologiczny	29
1.3. Wymiar aksjologiczny	33
2. Etos lekarsko-medyczny w służbie zdrowia i życia	38
2.1. Rozwój etosu lekarsko-medycznego na przestrzeni wieków....	39
2.2. Współczesny kształt etosu lekarsko-medycznego	48
3. Podstawowe wymiary troski o zdrowie i życie	60
3.1. Wymiar indywidualny	60
3.2. Wymiar społeczny	63
II. RATOWANIE ZDROWIA I ŻYCIA LUDZKIEGO W NAGŁYCH PRZYPADKACH	72
1. Sposoby podtrzymywania życia	72
2. Medycyna ratunkowa	82
2.1. Historia medycyny ratunkowej	82
2.2. Zadania medycyny ratunkowej	89
3. Medycyna reanimacyjna	95
3.1. Historia medycyny reanimacyjnej	95
3.2. Współczesne sposoby reanimacji	100

III. TROSKA O ŻYCIE CZŁOWIEKA W POSTACI UPORCZYWEJ TERAPII	109
1. Uporczywa terapia z perspektywy biomedycznej	109
1.1. Uporczywa terapia jako praktyka biomedyczna	110
1.1.1. Natura uporczywej terapii	110
1.1.2. Rozwój historyczny.....	114
1.1.3. Aktualny stan.....	123
1.2. Możliwości medycyny a kres uporczywej terapii	125
1.2.1. Medycyna u kresu życia	126
1.2.2. Kwestia świadomości pacjenta	134
1.2.3. Opieka paliatywna	137
1.3. Śmierć jako kres uporczywej terapii	146
1.3.1. Problem definicji śmierci.....	147
1.3.2. Śmierć z perspektywy medycznej.....	152
2. Uporczywa terapia z perspektywy bioetycznej	162
2.1. Refleksja etyczna nad uporczywą terapią z perspektywy historycznej	163
2.1.1. Starożytność	163
2.1.2. Okres patrystyczny	170
2.1.3. Średniowiecze.....	175
2.1.4. Okres usamodzielnienia się teologii moralnej i czasy nowożytne.....	178
2.2. Współczesne stanowiska laickie	182
2.2.1. Stanowiska radykalne	182
2.2.2. Stanowiska umiarkowane	185
2.2.3. Stanowiska permissywne.....	190

2.3. Stanowisko Magisterium Kościoła	195
2.3.1. Podział środków.....	197
2.3.2. Wymiar moralny aplikacji środków medycznych	202
2.3.3. Wobec stanów życia wegetatywnego	208
2.3.4. Uporczywa terapia a eutanazja.....	217
2.4. Rola pacjenta, lekarza i rodziny w podjęciu decyzji.....	228
2.4.1. Rola pacjenta	228
2.4.2. Rola lekarza	232
2.4.3. Rola rodziny	238
ZAKOŃCZENIE.....	243
BIBLIOGRAFIA.....	249

SKRÓTY

- AA - Sobór Watykański II. Dekret o apostołstwie świeckich *Apostolicam actuositatem*. Rzym 1965.
- AAS - „Acta Apostolicae Sedis”. Rzym 1909-
- CA - Jan Paweł II. Encyklika *Centesimus annus*. Rzym 1991.
- ChL - Jan Paweł II. Adhortacja apostołska *Christifideles laici*. Rzym 1988.
- DH - Jan Paweł II. List apostołski *Dolentium hominum*. Rzym 1985.
- DV - Kongregacja Nauki Wiary. Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania. Odpowiedzi na niektóre zagadnienia *Donum vitae*. Rzym 1987.
- EG - Franciszek. Adhortacja apostołska *Evangelii gaudium*. Rzym 2013.
- EV - Jan Paweł II. Encyklika *Evangelium vitae*. Rzym 1995.
- FC - Jan Paweł II. Adhortacja apostołska *Familiaris consortio*. Rzym 1981.
- HV - Paweł VI. Encyklika *Humanae vitae*. Rzym 1968.
- IB - Kongregacja Nauki Wiary. Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*. Rzym 1980.
- JPIns - *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*. T. 1-28. Rzym 1979-2005.
- KDK - Sobór Watykański II. Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym *Gaudium et spes*. Rzym 1965.
- KKK - *Katechizm Kościoła Katolickiego*. Poznań 2002².
- KPSZ - Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*. Rzym 1995.
- LdR - Jan Paweł II. List do Rodzin *Gratissimam sane*. Rzym 1994.
- MM - Jan XXIII. Encyklika *Mater et magistra*. Rzym 1961. W: *Dokumenty nauki społecznej Kościoła*. Red. M. Radwan, L. Byczewski, A. Stanowski. Cz. 1. Lublin-Rzym 1987 s. 221-268.

- NKPSZ - Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*. Rzym 2016.
- PVIIIns - *Insegnamenti di Paolo VI*. T. 1-16. Rzym 1965-1979.
- QA - Kongregacja Nauki Wiary. Deklaracja o przerywaniu ciąży *Questio de abortu*. Rzym 1974.
- RH - Jan Paweł II. Encyklika *Redemptor hominis*. Rzym 1979.
- SD - Jan Paweł II. List apostolski o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia *Salvifici doloris*. Rzym 1984.

WSTĘP

Bioetyka jako nauka interdyscyplinarna obejmuje swym zainteresowaniem zagadnienia związane między innymi z najnowszymi dokonaniem medycyny. Przeprowadza ona etyczną ocenę działań medycznych, jednocześnie musi także mierzyć się z kwestią realnych ograniczeń służby zdrowia. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera żywa obecnie dyskusja na temat troski o zdrowie i życie ludzkie w sytuacjach granicznych. Medycyna, która staje wobec realnej bliskości śmierci pacjenta, musi odpowiedzieć na podstawowe pytania, związane z zasadnością prowadzonej terapii. Jest to temat niezwykle aktualny i coraz chętniej podejmowany w obszarze nauk medycznych. Liczne publikacje, które staną się materiałem źródłowym dla tej pracy, świadczą nie tylko o dynamicznym rozwoju samych technik leczenia, ale także wzmożonej refleksji nad celowością ich stosowania. Choć obowiązkiem każdego lekarza jest działanie na rzecz ratowania i przedłużania ludzkiego życia oraz poprawa jego jakości, to aplikacja tego zobowiązania nie jest jednowymiarowa. Wiązą się z nią podstawowe problemy dotyczące zarówno kryterium wartościowania danego życia, jak i stosowanych metod leczenia. Współczesne rozwiązania prawne, zarówno te na poziomach krajowych, jak i międzynarodowych, próbują w jakimś stopniu sprostać temu zagadnieniu i stworzyć ramy dopuszczalnego działania. Jednak jakakolwiek kodyfikacja zagadnień związanych z troską o zdrowie i życie ludzkie w sytuacjach granicznych, narażona jest na zarzut uogólnienia wynikający z nie uwzględnienia prawdziwej złożoności problemu. Te trudności nieobce są tym, którzy zajmują się zarówno naukowym opisem działań medycznych, jak i ich etyczną oceną. Nie brak zatem opinii, że jakiegokolwiek ostateczne rozwiązanie tej kwestii jest niemożliwe, a wszelkie dotychczasowe badania naznaczone są często niezamierzonym subiektywizmem¹.

Troska o zdrowie i życie człowieka nie może wiązać się jedynie z wyznaczeniem granic takiej, czy innej terapii. Choć, z perspektywy praktyki medycznej, niezbędne są regulacje prawne pozwalające stworzyć pewne zasady, w ramach których mogą poruszać się przedstawiciele służby zdrowia, to nie mogą one zwalniać

¹ Por. R. Budziński. *Wstęp*. W: *Uporczywa terapia we współczesnej medycynie*. Red. R. Budziński. Pelplin 2016 s. 9-11.

z pogłębionej refleksji nad każdym indywidualnym przypadkiem. Aby tak się nie stało, niezbędna jest wiedza na temat zarówno funkcjonowania organizmu w całej jego fizjologicznej złożoności, jak również poznanie tego, co jest istotą człowieczeństwa. Obszar badawczy dotyczący troski o zdrowie i życie człowieka musi zatem uwzględniać zarówno perspektywę biomedyczną, jak i ocenę bioetyczną stosowanych terapii. Jedynie poruszając się na obu tych płaszczyznach, można stworzyć spójną wizję współczesnej medycyny, fundamentem której jest godność każdego pacjenta. Taki też jest cel tej pracy. Ma to być impuls do podjęcia tematu troski o zdrowie i życie człowieka w sytuacjach granicznych, który uwzględniać będzie oba te obszary.

W pierwszej kolejności należy podkreślić obowiązek troski o zdrowie i życie człowieka, który jest imperatywem moralnym. Znajduje on swoje odzwierciedlenie zarówno w nauczaniu Kościoła, jak i we współczesnym etosie lekarsko-medycznym, dlatego oba te obszary zostaną uwzględnione w niniejszej pracy. Źródłem eklezjalnej troski o zdrowie i życie należy doszukiwać się już w Starym Testamencie, w którym odnaleźć można przykłady zastosowania fundamentalnego polecenia *Dekalogu* „nie zabijaj”. Ta prawda zostaje rozwinięta w nauczaniu Jezusa Chrystusa, którego dobrowolna śmierć za wszystkich ludzi, podkreśliła wartość życia każdego człowieka. Biblijno-teologiczna analiza tego zagadnienia, poszerzona o refleksję filozoficzną, pozwoli wykazać jego charakter teologiczno-filozoficzny. Gdy życie traktowane jest jako święte, staje się najwyższą wartością, której z całą stanowczością należy bronić. Nie bez znaczenia jest także aksjologiczny wymiar ludzkiego życia i to, co się z nim wiąże. Jakość życia, choć nie jest wartością samą w sobie, odgrywa olbrzymią rolę przy podejmowaniu decyzji o rezygnacji z leczenia, dlatego nie sposób jej pominąć. Z tego względu, ten ważny aspekt ludzkiej egzystencji również zostanie poddany ocenie etycznej. Równoległe do rozwoju nauczania Magisterium Kościoła na temat wartości zdrowia i życia, kształtował się etos lekarsko-medyczny. Analiza z perspektywy historycznej pozwoli wykazać mechanizm jego przeobrażenia, który dokonywał się wraz z udoskonalaniem technik leczenia. Ponadto wskazane zostaną nie tylko występujące podobieństwa, ale także różne zakresy odpowiedzialności etycznej lekarzy oraz pozostałych pracowników służby zdrowia. Obowiązek troski o zdrowie i życie nie jest jednak zarezerwowany jedynie dla tych, którzy zawodowo zajmują się medycyną, ale ma

on wymiar powszechny. Z tego względu, w dalszej części pracy przeanalizowane zostaną zarówno osobiste, jak i społeczne zakresy tej moralnej odpowiedzialności.

Nie sposób omawiać zagadnienie troski o zdrowie i życie w sytuacjach granicznych, bez odwołania się do najnowszych osiągnięć z dziedziny medycyny ratunkowej i reanimacyjnej. Celem zobrazowania złożoności problemu, niezbędna będzie analiza zarówno historycznych, jak i aktualnych sposobów leczenia. Medycyna ratunkowa, która staje się współcześnie medycyną pierwszego kontaktu i jednym z najbardziej dynamicznie rozwijających się obszarów służby zdrowia, nabrała instytucjonalnych kształtów dopiero w XX w. Jednak troska o zdrowie i życie człowieka, który uległ nagłemu wypadkowi, sięga początków ludzkości, co pozwoli wykazać historyczna analiza tego zagadnienia. Podobnie medycyna reanimacyjna, choć jej dynamiczny rozwój przypadł na XX w., swoimi korzeniami sięga starożytnych prób przywracania oddechu i krążenia krwi. Na największą uwagę zasługują jednak najnowsze sposoby podtrzymywania ludzkiego życia, których udoskonalenie zrodziło szereg nieznanych wcześniej problemów moralnych. Analiza tych wszystkich elementów troski o zdrowie i życie w sytuacjach granicznych, którym próbuje podołać współczesna medycyna, będzie miała na celu wykazanie obszarów wciąż domagających się aktualnej oceny etycznej.

Sytuacje krańcowe ludzkiego życia rodzą wiele dylematów moralnych, wśród nich bez wątplenia ważne miejsce zajmuje kwestia zaniechania stosowania uporczywej terapii. Dotyczy ona podstawowych pytań: kiedy można zgodzić się ze stwierdzeniem, że dalsze leczenie, nie tylko nie przynosi już żadnej korzyści, ale staje się źródłem realnego cierpienia dla pacjenta? Jakie obowiązki moralne wiążą się z posługą lekarza, a jaka w tym momencie jest rola rodziny? Na ile to pacjent, a na ile wykwalifikowany pracownik służby zdrowia powinien podjąć decyzję o zaniechaniu leczenia? Są to pytania, na które nie ma łatwych odpowiedzi, lecz trzeba ich poszukiwać, gdyż tylko wtedy troska o człowieka rozumiana całościowo będzie w pełni realizowana. Problem uporczywej terapii stał się w ostatnich latach przedmiotem ożywionej dyskusji, nie tylko w obszarze nauk medycznych, ale także szeroko pojętej myśli etycznej i teologicznej. Przyczyną wzmożonego zainteresowania tym aspektem medycyny jest przede wszystkim udoskonalenie technik i metod leczenia. Współczesne sposoby terapii diametralnie różnią się od tych stosowanych nie tylko kilkaset, ale i kilkadziesiąt lat temu.

W obliczu tak dynamicznego rozwoju medycyny, konieczne jest, aby podążała za nią adekwatna ocena etyczna.

Również Kościół, jako depozytariusz moralnej nauki powierzonej mu przez Boga, staje przed wyzwaniem związanym z odczytywaniem znaków czasu. Choć głoszona przez niego obiektywna prawda nie ulega dezaktualizacji, to każda epoka domaga się właściwej jej aplikacji. Różnice dotyczą także etycznej oceny stosowanych zabiegów medycznych, gdyż wraz z udoskonalaniem technik, a co za tym idzie zmniejszaniem lub zwiększaniem ryzyka śmierci oraz podkreślaniem lub dezawuowaniem w nich godności człowieka, moralność tych czynów ulega zmianie. Konieczność ciągłego uściślenia etycznej refleksji jest szczególnie widoczna w przypadku stosowania uporczywej terapii. Zaproponowana analiza moralnych i teologicznych aspektów tego zagadnienia wiązać się będzie z próbą całościowego spojrzenia na nie, zarówno z perspektywy Kościoła jak i tych, którzy nie podzielają katolickiej nauki moralnej. Wykazanie istotnych różnic między poszczególnymi stanowiskami, a także opis najnowszych dokonań medycyny na polu ochrony i przedłużania życia człowieka, powinno pomóc w zrozumieniu tego ważnego dla współczesnego świata problemu. W tym celu zostanie dokonana krytyczna analiza zgromadzonego materiału i sformułowanie właściwych wniosków.

W pracy zostaną wykorzystane zarówno dokumenty Magisterium Kościoła dotyczące zagadnień związanych z uporczywą terapią, jak również laickie publikacje oraz prawne kodyfikacje dotyczące tej kwestii. Szczegółowej analizie zostaną poddane nie tylko starożytne kodeksy, ale także najnowsze przepisy prawa międzynarodowego oraz tego, które obowiązuje jedynie w Polsce. Materiał, który będzie wykorzystany w tej pracy oparty jest w dużej mierze na literaturze anglojęzycznej, co związane jest przede wszystkim z żywą dyskusją na temat sytuacji granicznych ludzkiego życia, która jest stale obecna w amerykańskim społeczeństwie. To właśnie system prawny Stanów Zjednoczonych związany z zaniechaniem uporczywej terapii jest wzorem dla wielu kodyfikacji w systemach krajowych oraz dla legislacji międzynarodowej. Podobnie, analiza dokumentów Magisterium Kościoła pozwoli dostrzec rozwój myśli moralnej na przestrzeni wieków, a także jej szczególne zintensyfikowanie w XX i XXI w. Nauczanie papieży – w tym zwłaszcza Piusa XII, Pawła VI, Jana Pawła II, Benedykta XVI, a także najnowsze wypowiedzi Franciszka – potwierdza, że kwestia troski o człowieka

u kresu jego życia jest fundamentalnym zobowiązaniem moralnym. Niezwykle ważne znaczenie mają ponadto dokumenty wydawane przez poszczególne instytucje Stolicy Apostolskiej, takie jak: Kongregację Nauki Wiary, Papieską Radę Cor Unum, Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia i Papieską Akademię Nauk.

Jak wskazano, kwestia uporczywej terapii jest obecnie niezwykle aktualna, stąd duża część pracy zostanie jej poświęcona. Należy na nią spojrzeć zarówno z perspektywy samej biomedycyny, jak i bioetyki. Istotne jest, aby w obliczu dynamicznego rozwoju technik podtrzymujących życie, wskazać te elementy praktyki medycznej, które mogą mieć daremny charakter. Z tego względu w pierwszej mierze zostanie omówiona natura uporczywej terapii, która balansuje pomiędzy obowiązkiem ochrony życia i troski o godność każdego człowieka. Jednak, to co w danym miejscu i czasie może być zakwalifikowane jako działanie nieproporcjonalne, nie musi być za takie uznane w innych okolicznościach. Dlatego konieczna będzie analiza rozwoju praktyki medycznej w tym zakresie, oraz wykazanie zależności między zmianami zachodzącymi w sposobie leczenia, a określeniem granicy dozwolonej terapii. Ułatwi to także późniejszą interpretację aktualnych osiągnięć sztuki lekarskiej. Współczesna medycyna coraz częściej staje przed wyzwaniem troski o ludzi znajdujących się na granicy życia i śmierci, stąd zasadną będzie próba odpowiedzi na pytanie, czy kres jej możliwości jest jednocześnie kresem uporczywej terapii? Aby właściwie sformułować sąd w tej sprawie, konieczne będzie poznanie medycznych uwarunkowań powiązanych z ewentualną decyzją dotyczącą odstąpienia od leczenia. Z tego powodu analizie zostanie poddana kwestia śmierci człowieka, jej definicji i sposobów orzekania oraz problem świadomości pacjenta i jego decyzyjności w związku z prowadzoną terapią.

Perspektywa bioetyczna dotycząca problemu uporczywej terapii nie ma jednego oblicza, dlatego koniecznym elementem – oprócz analizy historycznej – będzie zbadanie zarówno stanowiska Magisterium Kościoła, jak i teorii laickich. Ta druga grupa składa się z reprezentantów trzech podstawowych środowisk: radykalnego, umiarkowanego i permissywnego, stąd bazując na takim podziale, zostaną wykazane różnice w podejściu do problemu uporczywej terapii. Magisterium od czasu Piusa XII, uważanego za pioniera bioetycznego nauczania Kościoła, wielokrotnie podejmowało kwestię troski o człowieka u kresu jego życia.

Najważniejszymi elementami kościelnego nauczania dotyczącymi uporczywej terapii są: podział na środki proporcjonalne i nieproporcjonalne, wymiar moralny ich aplikacji, a także kwestia podejścia do osób w stanie życia wegetatywnego. Dlatego te obszary zostaną poddane osobnej analizie. O aktualności tego tematu świadczy wydany dokument Zespołu Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych, który dotyczy uporczywej terapii i jest próbą zwrócenia uwagi na nowe problemy pojawiające się wraz z rozwojem medycyny². Sygnalizowana przez to gremium potrzeba klarownego wyjaśniania pojęć w tej kwestii, zostanie zaspokojona poprzez analizę definicji eutanazji i uporczywej terapii oraz wskazanie zasadniczych różnic, które charakteryzują te dwie rzeczywistości. Pozwoli to lepiej zrozumieć zadania poszczególnych uczestników włączonych w proces podejmowania decyzji o kontynuowaniu leczenia. Każdy z nich, zarówno lekarz, rodzina, jak i sam pacjent ma w nim swoje ważne miejsce i żadnego z nich nie można pominąć.

Spojrzenie na zagadnienie troski o zdrowie i życie człowieka jako na problem teologicznomoralny, pozwoli wyakcentować argumenty zarówno stricte konfesyjne, które dla człowieka wierzącego stanowią podstawę moralności, jak i te, które nie czerpią z doświadczenia Boga, ale opierają się na odczytywanym przez człowieka prawie naturalnym. Godność osoby ludzkiej jako fundament etyki stanowi punkt wyjścia także w debacie o zaniechaniu uporczywej terapii. Przeprowadzone badania sondażowe wykazały, że nie tylko wśród osób niewierzących, ale także pośród tych, którzy deklarują swój związek z Kościołem, istnieje duża nieznamość nauczania Magisterium w tej kwestii³. Właściwemu rozeznawaniu powinności moralnych nie sprzyja ponadto częste mylenie pojęć i nieumiejętność rozróżnienia eutanazji, będącej świadomym przzerwaniem życia, od zaniechania uporczywej terapii, która rozumiana jest jako nieprzedłużanie w sztuczny sposób procesu umierania. Podjęta praca ma na celu wyjaśnienie rodzących się wątpliwości, a ponadto ma być próbą całościowego ujęcia tematu, który będzie uwzględniał zarówno aspekt teologiczny, jak i moralny związany z kresem ludzkiego życia.

² Por. Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych. *O leczeniu daremnych chorych poddawanych intensywnej terapii*. Warszawa 2018.

³ Por. B. Roguska. *Zaniechanie uporczywej terapii – Komunikat z badań CBOS*. Warszawa 2013.

I. TROSKA O ZDROWIE I ŻYCIE JAKO IMPERATYW MORALNY

Ludzkie zdrowie nie jest jedynie brakiem choroby, lecz obejmuje całego człowieka, dotyczy jego sfery biologicznej, ale także tej wymykającej się poza doświadczenie empiryczne. Człowiek jako istota duchowo-cieleśna powinien być świadomy swojej godności i tego wszystkiego, co z niej wynika. Jednym z jego podstawowych obowiązków jest troska o zachowanie zdrowia, która rozumiana jest jako imperatyw moralny. Nie ma on jednak, tak jak to jest w przypadku życia, charakteru absolutnego, stąd to etyczne zobowiązanie może mieć różny charakter. Życie jako wartość najwyższa nie podlega gradacji ze względu na okoliczności i domaga się wszelkiej formy jego ochrony. Każdy człowiek, niezależnie kim jest i w jakiej znajduje się kondycji psychofizycznej, ma prawo do życia i nikt nikogo tego prawa pozbawić nie może.

Zdrowie i życie są wartościami rozumianymi jako dar, który dla osoby wierzącej pochodzi bezpośrednio od Boga. Nie mają one jednak jedynie konfesyjnego charakteru, gdyż prawda o konieczności ochrony tych podstawowych dóbr wyłania się z refleksji nad prawym naturalnym, która dokonuje się także na gruncie laickiej filozofii. Osobami szczególnie odpowiedzialnymi za troskę o zdrowie i życie człowieka są pracownicy służby zdrowia, wśród których najważniejszą rolę odgrywają lekarze. Konieczne jest zatem przeprowadzenie adekwatnej refleksji etycznej nad obowiązkami przedstawicieli zawodów medycznych, aby w ten sposób uwydatnić ich szczególne znaczenie w procesie leczenia. Troska o zdrowie i życie nie ma jednak charakteru stricte profesjonalnego, gdyż wymiar zarówno indywidualnej, jak i społecznej troski o te podstawowe wartości, dotyczy każdego człowieka.

1. Zdrowie i życie jako dar

Pismo święte wyraźnie uczy, że egzystencja człowieka jest dobrem w swej wartości znacznie przewyższającym życie zwierząt i innych bytów stworzonych. Nic zatem dziwnego, że ta prawda znajduje się w centrum nauczania teologii katolickiej i jest szczególnie eksponowana w wypowiedziach Magisterium Kościoła. Tego przesłania nie należy jednak traktować jako charakterystycznego tylko dla antropologii chrześcijańskiej, gdyż podobne stwierdzenia odnaleźć można również w wypowiedziach etyków niepowołujących się na autorytet Boga. Choć powszechnie przyjmuje się życie za wartość podstawową, to tę rzeczywistość rozumie się w różny sposób. We współczesnej debacie najczęściej przeciwstawia się sobie świętość i jakość życia człowieka, których właściwe zdefiniowanie jest kluczem do zrozumienia fenomenu ludzkiej egzystencji.

1.1. Wymiar biblijny

Często pojawiają się tezy, w których próbuje się udowodnić, że Pismo święte jako księga konfesyjna nie może być źródłem inspiracji dla współczesnej bioetyki. Z takim podejściem nie zgadza się amerykański etyk Michael Schooyans, który stwierdza, że Biblia jest swoistym „światłem dla ludzkości wszystkich czasów, którego nie można trzymać pod korcem, gdyż nieraz tylko ono pozwala człowiekowi zrozumieć ostateczny sens życia, cierpienia oraz umierania”, a mówiąc o pustym grobie Jezusa podkreśla, że obok wielu prawd dogmatycznych wypływa z niego także niezwykle przesłanie o charakterze bioetycznym⁴. W jakim zatem stopniu Pismo święte może być pomocne w rozumieniu życia i zdrowia jako daru? Jan Paweł II w Liście apostolskim *Salvifici doloris* pisze, że „Pismo święte jest wielką

⁴ *L'Évangile face au désordre mondial*. Paryż 1997 s. 9; por. M. Schooyans. *La dérive totalitaire du libéralisme*. Paryż 1995 s. 305 (cyt. za A. Muszala. *Medycyna a globalizacja. Michela Schooyansa krytyka globalistycznej polityki antynatalistycznej*. Kraków 2003 s. 203, 208). Na temat religijnego uzasadnienia wartości ludzkiego życia pisze także W. Bołoz (*Życie w ludzkich rękach*. Warszawa 1997 s. 35-37). Ciekawe są także wnioski prawosławnego teologa A. Aleksiejuka, który na podstawie lektury Pisma świętego wypracował pojęcie etosu lekarskiego (por. A. Aleksiejuk. *Biblijno-teologiczne spojrzenie na posługę i etos lekarski*. [Http://cerkiew.info/pl/biblioteka/artykuly/97,800](http://cerkiew.info/pl/biblioteka/artykuly/97,800) [dostęp: 9.01.2017]).

księgą o cierpieniu”⁵. W nim ponadto znajduje się wiele przesłanek dotyczących życia społecznego, a jedną z bardziej znanych, jest tzw. „złota reguła”, czyli „wszystko, co byście chcieli, aby wam ludzie czynili, to i wy im czyńcie” (Mt 7,12)⁶. Nie jest to jednak zasada charakterystyczna tylko dla chrześcijaństwa, gdyż podobne zalecenia pojawiają się we wszystkich wielkich religiach⁷. W wielu miejscach Pisma świętego znaleźć można odniesienie do zdrowia i życia rozumianych jako dar otrzymany od Boga. W Biblii Tysiąclecia słowo „zdrowy” (lub „zdrowie”, „zdrów”) występuje 113, a „życie” 980 razy⁸, przy czym pojęcia te znajdują się tak w Starym, jak i w Nowym Testamencie. Pismo święte jednoznacznie wskazuje na życie jako dobro podstawowe, dane przez Boga człowiekowi w darze. Trudno w nim jednak znaleźć sformułowanie, które można by potraktować jako jednoznaczną definicję biologicznego wymiaru życia człowieka⁹.

1.1.1. Przesłanki Starego Testamentu

„Patrz! Kładę dziś przed tobą życie, szczęście, śmierć i nieszczęście [...]. Wybierajcie więc życie, abyście żyli wy i wasze potomstwo” (Pwt 30,15.19). Ten, pochodzący z ostatniej Księgi Mojżesza fragment Pisma świętego jest często nazywany „bazą źródłową” dla wszystkich, którzy zajmują się biblijną refleksją nad

⁵ SD nr 6.

⁶ Por. także Tb 4,15.

⁷ Judaizm: „Tego, czego sam nienawidzisz, nie rób bliźniemu” (*Talmud*, Shabbat 3id); Islam: „Żaden z was nie będzie wierzącym, dopóki nie będzie pożądał dla swojego brata tego, czego sam pożąda dla siebie” (*Sunnah*); Buddyzm: „Nie krzywdź innych w sposób taki, który Tobie wydałby się krzywdzący” (*Udana-Varga* 5,18); Konfucjanizm: „Nie rób innym tego, czego sam nie chciałbyś, aby Tobie zrobiono” (*Analekta* 15,23); Taoizm: „Traktuj zwycięstwo swojego sąsiada jak własne zwycięstwo, a jego porażkę jako własną porażkę” (*Tai Shang Kan Ying P'ien*); Zoroastryzm: „Taka natura jest dobra sama w sobie, która powstrzymuje Ciebie od robienia innym tego, co nie jest dobre dla Ciebie” (*Dadisten-i-dinik* 94,5) (cyt. za H.P. Dunn. *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*. Tarnów 1997 s. 20-21).

⁸ Por. J. Flis. *Konkordancja Starego i Nowego Testamentu do Biblii Tysiąclecia*. Warszawa 2004 s. 1868,1968-1974.

⁹ Por. H. Skorowski. *Życie*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 694; por. także E. Schockenhoff. *Etyka życia. Postawy i nowe wyzwania*. Opole 2014 s. 143. Szczegółowej analizy hebrajskich pojęć określających „życie” i naturę człowieka dokonał R. Kiełtyka (*Wartość (nie)chcianego życia. Status antropologiczny płodów i noworodków anencefalicznych*. Kraków 2008 s. 42-51).

wartością ludzkiego życia¹⁰. To z niego można odczytać jednoznaczny zamysł Boga wskazujący na życie ludzkie jako wartość nadrzędną i niepodważalną. Jednocześnie w tym fragmencie jasno widać to, co znajduje potwierdzenie w wielu innych miejscach Starego Testamentu, a mianowicie, że to Bóg jest ostatecznym źródłem wszelkiego życia¹¹. Samo jednak pojęcie „życie” występujące na kartach Pisma świętego różni się od współczesnego rozumienia tego słowa. Wynika to z charakterystycznej mentalności semickiej, która – w przeciwieństwie do kultury greckiej – nie rozróżnia tej kategorii na trzy rodzaje (życie ciała, duszy i ducha), ale pojmuje ją jako swoistą jedność. Biblijne pojęcie „życia” z samej swej natury odwołuje się do Boga, który jest jego jedynym źródłem¹².

Ludzka egzystencja różni się jakościowo od życia zwierząt. Prawdę tę najwyraźniej ukazuje Księga Rodzaju w opisie stworzenia świata. Człowiek ukazany jest jako korona stworzenia i zwieńczenie aktu kreacji, które Bóg nazwał „bardzo dobrym” (por. Rdz 1,31a)¹³. W omawianym kontekście warto zwrócić uwagę na zasadnicze różnice w opisie poszczególnych elementów powstającego świata. Zwierzęta zostały stworzone każde „według swego rodzaju” (por. Rdz 1,11-12.21.24-25), a człowiek „na obraz i podobieństwo” samego Boga (Rdz 1,26-27). Na uwagę zasługuje także opis istnienia dwóch rodzajów sił, które mają Boży mandat, by rządzić światem: ciała niebieskie, które mają wyznaczać czas (por. Rdz 1,14-19) i człowiek, któremu oddano panowanie nad całym stworzeniem (por. Rdz 1,28)¹⁴. Władza przekazana ludziom wynika z faktu, że są oni uczynieni na obraz i podobieństwo Boga.

¹⁰ Por. Schooyans. *L'Évangile face* s. 304. Cyt. za Muszala. *Medycyna a globalizacja* s. 205.

¹¹ Stary Testament dostarcza wiele takich stwierdzeń, wśród których warto wymienić m.in. Rdz 1,26 i Mdr 2,23-24.

¹² Por. J. Wróbel. *Człowiek i medycyna. Teologiczne podstawy ingerencji medycznych*. Kraków 1999 s. 33-34.

¹³ Bardzo wyraźnie tę prawdę podkreślał Jan Paweł II (por. EV 34; por. także J. Wróbel. *U źródeł myśli bioetycznej Jana Pawła II w 25-lecie pontyfikatu*. „Roczniki Teologiczne” 51:2004 z. 3 s. 26-30; J. Barcik. *Na obraz i podobieństwo. Godność człowieka w chrześcijańskim doświadczeniu wiary*. W: *Ku rozumieniu godności człowieka*. Red. G. Hołub, P. Duchliński. Kraków s. 225-247).

¹⁴ J. Lemański. *Ekskurs 1: Imago Dei*. W: J. Lemański. *Księga Rodzaju. Rozdziały 1-11*. Cz. 1. Częstochowa 2013 s. 185.

Prawda o *imago Dei* na przestrzeni wieków wywoływała liczne dyskusje wśród teologów i po dziś dzień jest różnie interpretowana¹⁵. Człowiek jest obrazem Boga przede wszystkim ze względu na życie, które od niego otrzymał. Wynika to m.in. z późniejszego zakazu przelewania ludzkiej krwi właśnie ze względu na ten „obraz”, który w nim cały czas jest¹⁶. Najważniejsze jednak przesłanie, które w omawianym kontekście wypływa z prawdy o *imago Dei*, to prawo do współrzędzenia światem. Jest to częsty argument, którym posługują się zwolennicy eutanazji negujący pojęcie życia jako wartości nienaruszalnej. Według takiego myślenia, człowiek na mocy władzy „czynienia sobie ziemi poddanej”, ma prawo sam tworzyć również własną „historię moralności”¹⁷.

Istotny w starotestamentalnym ujęciu tematyki życia jest pochodzący z *Dekalogu* zakaz zabijania (por. Wj 20,13) i – bazujący na tym prawie, a obecny w całym Starym Testamencie – szacunek względem życia. Oczywiście, różnie rozumiano ten przepis i tworzono doprecyzowujące go kodyfikacje, jednak najważniejsze przesłanie jest jedno: życie jako dar Boga jest święte i nienaruszalne. Piąte przykazanie – choć użyte hebrajskie słowo *rāsaḥ* w innych miejscach Pisma świętego odnosi się głównie do nieświadomego zabicia drugiej osoby – wskazuje na wartość życia ludzkiego i broni je przed lekkomyślnym odebraniem¹⁸. Na tę prawdę zwraca uwagę Jan Paweł II, który pisze, że „Pismo Święte rzeczywiście ukazuje człowiekowi przykazanie «Nie będziesz zabijał» jako nakaz Boży (Wj 20, 13; Pwt 5, 17). Znajduje się ono [...] w *Dekalogu*, w samym sercu Przymierza, zawartego przez Boga z ludem wybranym; ale było obecne już w pierwotnym przymierzu, które Bóg zawarł z ludzkością po oczyszczającej karze potopu, wywołanej przez rozprzestrzenianie się grzechu i przemocy (por. Rdz 9, 5-6). [...] Życie ludzkie ma zatem charakter święty i nienaruszalny, w którym odzwierciedla się nienaruszalność samego Stwórcy”¹⁹. Z tej prawdy wynika zatem

¹⁵ Por. tamże s. 182-183; por. także Bołoz. *Życie w ludzkich rękach* s. 35-37; A. Bartoszek. *Człowiek w obliczu śmierci i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*. Katowice 2000 s. 122-126. Na szczególne kontrowersje związane z tym zagadnieniem zwraca uwagę E. Schockenhoff (*Etyka życia* s. 145-147).

¹⁶ Por. M. Filipiak. *Biblia o człowieku. Zarys antropologii biblijnej Starego Testamentu*. Lublin 1979 s. 83; por. także L. Melina. *Kurs bioetyki. Ewangelia życia*. Kraków 2016 s. 79-82.

¹⁷ J. Wawrzyniak. *Etyka eutanazji. Studium filozoficzno-aksjologiczne*. Poznań 2016 s. 494.

¹⁸ Por. J. Lemański. *Księga Wyjścia*. Częstochowa 2009 s. 429-430.

¹⁹ EV 53.

obowiązek bronienia życia jako wartości podstawowej dla istnienia człowieka, czego wyrazem jest przykazanie *Dekalogu*.

Pod koniec Starego Testamentu zmienia się znacząco perspektywa patrzenia na ludzkie życie. Wraz z rozwojem wiary w życie pozagrobowe, ziemską egzystencja przestaje być wartością najwyższą. Wizja nadchodzących czasów mesjańskich sprzyjała wierze, że wraz z końcem ziemskiego życia „sprawiedliwi będą w ręku Boga” (Mdr 3,1), ponieważ „zmartwychwstaną” (2 Mch 12,44). Starotestamentalna wizja rajy różniła się od tej głoszonej przez Jezusa. Często miała bardzo materialistyczne podłoże, a nowe życie było raczej kontynuacją starego, bez jego fundamentalnej przemiany. Dopiero w Nowym Testamencie ta niejasna jeszcze wtedy prawda, że śmierć staje się nie tyle unicestwieniem, co raczej przejściem z dotychczasowej egzystencji na znacznie wyższy poziom bytowania, zostaje ukazana w pełni²⁰.

W Starym Testamencie w wielu miejscach podejmowana jest kwestia ludzkiego zdrowia, które oznaczają hebrajskie terminy *shālōm*, *marpê*, *rif'ôt*, *ischyō*²¹. Hebrajskie rozumienie wyrażenia *shālōm* najczęściej tłumaczy się poprzez „pokój”, jednak jego znaczenie jest o wiele szersze. W psalmie 38 oznacza zdrowie fizyczne („Nie ma w mym ciele nic zdrowego” – Ps 38,4). Podobnie rozumieć można także fragment księgi Izajasza: „Ale Ja go ulecę i pocieszę i obdarzę pociechami jego samego i pogrążonych z nim w smutku” (Iz 57,8)²². W Starym Testamencie odnaleźć można ponadto fragmenty, które wprost odnoszą się do popularnych wtedy praktyk lekarskich. Zabiegi o charakterze medycznym nieobce są m.in. prorokowi Izajaszowi, który próbuje pomóc Ezechiaszowi: „Wtedy Izajasz powiedział «weźcie placek figowy!» Gdy wzięli i położyli na wrzód, [Ezechiasz] wyzdrowiał” (2 Krl 20,7) oraz Rafaelowi, który leczył Tobiasza: „Potrzyj żółcią ryby jego oczy, a lekarstwo wygryzie i ściągnie bielmo z jego oczu” (Tb 11,8). O stosowaniu najprostszych leków przeczytać można w wielu księgach Starego Testamentu (por. m.in. Iz 1,6; Jer 8,22; Mdr 7,20), przy czym wyraźnie potępia się

²⁰ Por. P. Ostański. *Historiozbawcza wizja starości w Piśmie świętym. Studium egzegetyczno-teologiczne*. Poznań 2007 s. 595.

²¹ Jedynie *shālōm* wprost odnosi się do pojęcia „zdrowia”, pozostałe trzy to bardziej określenie „uleczenia”, „wyzdrowienia”, bądź „siły życiowej”.

²² Por. Wróbel. *Człowiek i medycyna* s. 153-154.

to wszystko, co może mieć charakter magiczny (np. 2 Krl 1,1-4; 2 Krn 16,12²³). W Księdze Syracha odnaleźć można pochwałę wygłoszoną w stosunku do lekarza, któremu należy się „cześć za jego posługę” (Syr 38,1) i „podziw” (Syr 38,3), bo jego mądrość i wiedza pochodzi od Boga i On go stworzył (por. Syr 38,12). Bóg ponadto jest Stwórcą wszelkich lekarstw (por. Syr 38,4.7) i – co wyraźnie zostało podkreślone – jedynym źródłem uzdrowienia (por. Syr 38,2).

Nie sposób zajmować się tematyką życia i zdrowia bez przeanalizowania biblijnych rozważań na temat ludzkiej choroby i cierpienia. Również i w Starym Testamencie nie brak fragmentów obrazujących postawy ludzi wobec trudnych sytuacji życiowych. Wśród swoistych biblijnych bohaterów cierpienia można wymienić Abrahama, Tobiasza i Hioba. Każdy z nich w inny sposób go doświadcza i inaczej je przeżywa. Abraham znajdujący się w obliczu zbliżającej się śmierci swojego syna (którego sam ma złożyć Bogu w ofierze – por. Rdz 22,1-19) jest obrazem bliskich, którzy towarzyszą człowiekowi w przeżywaniu jego odchodzenia z tego świata. Ojciec pogodził się z wolą Boga i z bólem serca towarzyszył dziecku w jego – jak wszystko na to wtedy wskazywało – ostatniej życiowej drodze. Tę opisaną w księdze Rodzaju wędrówkę można porównać do okresu choroby najbliższej osoby, w której perspektywa nieuniknionej śmierci jest bardzo bliska. W tej drodze nie zabrakło też bardzo ważnego pytania wypowiedzianego przez Izaaka: „a gdzie jest jagnię na całopalenie?” (Rdz 22,7), które można porównać do naturalnie rodzącego się w głowie każdego chorego pytania: „czy ja wyzdrowieję?”. Na te słowa osoba wierząca może odpowiedzieć: „Bóg upatry sobie jagnię na całopalenie” (Rdz 22,8), tym samym zawierając Mu zdrowie i życie bliskiej osoby, a ratunku poszukując już nie w naturalnych siłach, ale w transcendencji²⁴.

Tobiasz jest natomiast przykładem pokornego znoszenia własnego cierpienia. Doświadczył on postępującej choroby oczu, która ostatecznie doprowadziła do całkowitej ślepoty (por. Tb 2,9-12). Wyjątkowego charakteru temu wydarzeniu

²³ Choć wydawać by się mogło, że w tekście pojawia się jednoznaczna krytyka lekarzy: „rozchorował się Asa na nogi i cierpiał bardzo, jednakże w swej chorobie szukał nie Pana, lecz lekarzy”, to chodzi tu bardziej o medycynę, która odwołuje się do innych bogów i ma charakter magiczny i bałwochwalczy (por. J. Giblet., P. Grelot. *Choroba-uleczenie*. W: *Słownik teologii biblijnej*. Red. X. Léon-Dufour. Poznań 1994⁴ s. 123).

²⁴ Por. M. Guzewicz. *Postawy wobec cierpienia w Biblii. Od Abrahama do Maryi*. Poznań 2005 s. 14-15.

dodaje fakt, że oślepił on niedługo po tym, jak spełnił czyn miłosierdzia. To zdarzenie stało się powodem licznych pytań i oskarżeń ze strony najbliższych osób. Żona wypominała mu nawet: „Gdzie są teraz twoje ofiary, gdzie są dobre uczynki? Teraz już wszystko o tobie wiadome” (Tb 2,14). Choroba w tamtym czasie traktowana była zawsze jako kara Boga. Stąd w każdym cierpieniu doszukiwano się winy tego, który go doświadczał. Uznając tę prawdę, Tobiasz prosi Boga, by wymierzył mu najwyższy jej wymiar, czego wyrazem miałyby być jego śmierć (por. Tb 3,2-6)²⁵. Doświadczane przez niego cierpienie było powodem wstydu, który odczuwał (por. Tb 2,14), jednak pomimo niewinności, przyjął swoją ślepotę jako zasłużoną karę. Świadczy o tym niezwykła modlitwa, którą – jak sam zaznacza – zanosi „zasmucony w duszy” (por. Tb 3,1). W tej swoistej rozmowie z Najwyższym Tobiasz uznaje Boga za jedynego Pana swojego życia, nie buntuje się przeciw Niemu pomimo niezawinionego cierpienia²⁶.

Bardzo podobną postawę w obliczu własnej choroby prezentuje Hiob. Pomimo doświadczanego bólu nie złorzeczy on Bogu, ale z pokorą przyjmuje zarówno to, co Bóg dał, jak i to, co zabrał (por. Hi 2,10). W zrozumieniu pełnego przesłania księgi Hioba pomocne są rozdziały 3-14, które nazywane są „Wielką dysputą o ludzkim cierpieniu i nadziei”²⁷. Warto zatem odczytać to, co mówi jej autor na temat życia i śmierci, zdrowia i choroby. Główny bohater wychodząc od swojej osobistej sytuacji, niejako w imieniu wszystkich ludzi pyta o prawdziwy sens życia. Jego lamentacja (por. Hi 3,2-26) pełna żalu z powodu niezawinionego cierpienia²⁸ obrazuje dramat człowieka, który staje wobec przerastającej go rzeczywistości. Zadaje on konkretne pytanie: „Po co się daje życie strapionym, istnienie złamanym na duchu, co śmierci szukają na próżno?” (Hi 3,20-21). Chce niejako wskazać na gorycz ludzi odrzuconych, tych którzy nie czerpią już radości z życia, którzy doświadczając choroby i cierpienia, oczekują jedynie śmierci, która nie chce nadejść. To Bóg jest dla Hioba tym, który powinien się nad nim ulitować i skoro jest Dawcą życia, a jest

²⁵ Por. tamże s. 16-18; por. także J. Brusilo. *Życie bez bólu? Chrześcijański sens cierpienia a przeciwbólowe działania medycyny*. Kraków 1996 s. 90.

²⁶ Por. M. Wojciechowski. *Księga Tobiasza czyli Tobita. Opowieść o miłości rodzinnej*. Częstochowa 2005 s. 70-71.

²⁷ Por. A. Tronina. *Księga Hioba*. Częstochowa 2013 s. 116-236. O roli Hioba w zrozumieniu sensu cierpienia pisze także L. Melina (*Kurs bioetyki* s. 126-128).

²⁸ Żal Hioba nie jest jednak złorzeczeniem Bogu, a najostrzejsze wypowiedziane słowa są skierowane przeciwko niemu samemu.

ono pełne cierpienia, powinien je zabrać, co byłoby wyrazem Jego współczucia wobec człowieka²⁹. Hiob nie może znaleźć oparcia nawet w najbliższych przyjaciółach, którzy w doświadczanym przez niego cierpieniu, dopatrują się jego własnego grzechu i słusznie wymierzonej przez Boga kary (por. Hi 4,1-5,27; 8,1-22). Zdaniem streszczającym przesłanie tego fragmentu Pisma świętego mogą być słowa Elifaza: „Człowiek rodzi się, by cierpieć”³⁰ (Hi 5,7). Do takiego fatalistycznego wniosku dochodzi on obserwując obecne życie Hioba. Cały dialog pomiędzy cierpiącym bohaterem a jego przyjaciółmi pozwala mu stopniowo odkrywać sens swojego cierpienia. Prawdą, którą poznaje, jest niewspółmierność jego życia do istoty samego Boga, z którym w żaden sposób nie może się równać, a tym bardziej o cokolwiek Go oskarżać (Por. Hi 9,1-10,22)³¹. Prowadzi to ostatecznie do pytań o sens cierpienia i doszukiwania się jego przyczyn w złu moralnym, którego dopuścił się chory. Nie jest to stanowisko charakterystyczne tylko dla Księgi Hioba. Również w innych miejscach Starego Testamentu odnaleźć można takie stwierdzenia (por. m.in. Wj 4,6; 2 Sm 12,15nn; 24,10nn; Ps 32,1nn; 38,3nn; 39,9.12; 41,5; 88,8-9.15nn; 107,17-20). W odniesieniu do osoby niewinnej, posuwano się niekiedy do absurdu, którym było oskarżanie o grzech nawet dziecka nienarodzonego³².

Stary Testament zawiera w sobie konkretne przesłanie w sprawie zdrowia i życia, które streszczają słowa Księgi Syracha: „Oddaj lekarzowi cześć należną jego posłudze, albowiem i jego stworzył Pan. Od Najwyższego pochodzi uzdrowienie i od Króla dar się otrzymuje” (Syr 38,1-2). To Bóg jest jedynym źródłem życia i uleczenia, jednak posyła on konkretnych ludzi, którzy przy pomocy naturalnych środków, pokładając ufność we Wszechmocnego, są w stanie pokonać chorobę. W Starym Testamencie cierpienie fizyczne nie otrzymuje większego sensu. Choroba zawsze pozostaje złem, a Bóg przedstawiany jest jako jedyny będący w stanie od tego zła uwolnić. Z tego powodu w eschatologicznych zapowiedziach proroków nie brak wizji świata pozbawionego chorób, łez i cierpienia (por. Iz 25,8; 35,5-6; 65,19). Świat, w którym nie będzie grzechu, wolny też będzie

²⁹ Por. Tronina. *Księga Hioba* s. 124.

³⁰ Dosłowne tłumaczenie za A. Tronina (tamże s. 129).

³¹ Por. tamże s. 169.

³² Por. Wróbel. *Człowiek i medycyna* s. 170; por. także Giblet, Grelot. *Choroba-uleczenie* s.122-123.

od kary – która zgodnie z teologią tamtych czasów – była konsekwencją ludzkiej winy³³.

1.1.2. Przesłanki Nowego Testamentu

Prawda o ludzkim cierpieniu, o chorobie i wartości życia znajduje swoje dopełnienie i rozwinięcie w Nowym Testamencie. Dzieje się tak przez osobę Jezusa Chrystusa, który wyraźnie wskazuje na szatana jako tego, który jest przyczyną cierpienia na ziemi (por. Łk 13,10-17). Zmianie ulega także powszechne pojmowanie choroby jako kary za grzechy, a Jezus wyraźnie zaznacza, że jedno nie musi wynikać z drugiego (por. J 9,2-3; Łk 13,1-5)³⁴. Chrystus przychodzi jako wypełnienie proroctw Izajasza i zgodnie z jego słowami „przyjął nasze słabości i dźwigał choroby” (por. Iz 53,4 i Mt 8,17), a dokonywane przez Niego uzdrowienia porównywane są do wyzwolenia człowieka z niewoli szatana i przywrócenia utraconej wolności osobowej (por. np. Łk 5,17-25; 13,11-17)³⁵. Zresztą cała publiczna działalność Jezusa to nieustanne spotkanie się z chorymi i cierpiącymi, których widok rodził w Nim uczucie litości (por. Mt 20,34)³⁶. Samo zaś uzdrawianie i wypędzanie złych duchów rozumiane jest jako znak nadejścia czasów mesjańskich i objawienie Jego Królestwa na ziemi, na co wskazują słowa Jezusa zapisane w Ewangelii wg św. Mateusza: „Idźcie i oznajmijcie Janowi to, co słyszycie i na co patrzycie: niewidomi wzrok odzyskują, chromi chodzą, trędowaci doznają oczyszczenia, głusi słyszą, umarli zmartwychwstają, ubogim głosi się Ewangelię” (Mt 11,5).

Nowy Testament obfituje w wiele określeń dotyczących życia i śmierci, zdrowia i choroby. Trudno zatem wskazać na jedną grupę pojęć i jednoznaczne definicje omawianych rzeczywistości. To, co powszechnie wyraża polskie słowo „życie”, oddaje greckie *zōē* i *zēn*. Czasami podobne znaczenie przyjmuje także wyraz

³³ Por. tamże s. 123.

³⁴ Por. Brusilo. *Życie bez bólu?* s. 95.

³⁵ Por. Jan Paweł II. *Humanizacja medycyny ponad wszelką sprawą*. Przemówienie do pracowników szpitali katolickich z całego świata [30 XII 1985]. W: JPIIns. T. 8/2. 1985. Rzym 1985 s. 1646.

³⁶ Por. Giblet, P. Grelot. *Choroba-uleczenie* s. 123-124.

psyche (np. 1 Kor 15,45; Ap 16,3) oraz *bios* lub *biōō* (np. 1 P 4,2)³⁷. Powszechnie w księgach nowotestamentalnych „życie” rozumie się poprzez jego charakter ziemski, czyli przemijający, czego wyraźnym dowodem są opisy dokonywanych przez Jezusa uzdrowień i wskrzeszeń (por. Mt 8,23-27; 9,2-7; Mk 5,35-42; 9,18-25; Łk 7,11-16; J 11,1-44).

Nowy Testament podejmuje też kwestię wartości ludzkiego życia. Jan Paweł II pisze, że „Ewangelia życia znajduje się w samym sercu orędzia Jezusa Chrystusa”³⁸. Warto zatem przeanalizować, w jakim stopniu ta prawda obecna jest w księgach Nowego Testamentu i w jaki sposób Pismo święte odpowiada na to fundamentalne dla człowieka pytanie. W Ewangeliu według św. Jana przeczytać można: „Ja przyszedłem po to, aby owce miały życie i miały je w obfitości” (J 10,10). To Jezus jest jedynym źródłem ludzkiej egzystencji, dlatego tylko odczytując w tym kontekście Jego słowa i gesty, można poznać prawdę o wartości życia człowieka, a co za tym idzie, służenia mu, bronięcia go i wspomagania³⁹. Ten ściśle chrystologiczny wymiar niesie ze sobą konkretne konsekwencje, których kulminacją jest wydarzenie paschalne. Miarą wartości ludzkiego życia staje się życie, śmierć i zmartwychwstanie Jezusa, który odnawia w człowieku obraz Boga (*imago Dei*)⁴⁰. Wcielenie Syna Bożego podkreśliło wyjątkowość ludzkiego życia w stosunku do reszty stworzenia, które nie tylko pochodzi od Boga, co najwyraźniej wybrzmiało w Księdze Rodzaju, ale zostało przez Niego odkupione⁴¹.

W świetle Nowego Testamentu ludzkie życie nabrało zupełnie innej perspektywy. Do tej pory długie życie i szczęśliwa starość były traktowane jako symbol pomyślności i stawały się konkretną nagrodą za dobre czyny, a tym samym traktowano je jako załączek swoiście rozumianej nieśmiertelności⁴². W Jezusie Chrystusie, który nie tylko uzdrawiał chorych, ale i wskrzeszał umarłych,

³⁷ Por. Melina. *Kurs bioetyki* 82-84.

³⁸ Są to pierwsze słowa encykliki, która od nich przyjęła swoją nazwę „Ewangelia życia” (EV 1; por. także Bartoszek. *Człowiek w obliczu śmierci i umierania* s. 138-140).

³⁹ Por. EV 29.

⁴⁰ Por. J. Nagórny. *Wartość życia ludzkiego z perspektywy encykliki «Evangelium vitae»*. „Roczniki Teologiczne” 45:1998 z. 3 s. 32-33.

⁴¹ Prawdę tę wyraża m.in. List do Koryntian, w którym Paweł nazywa Pana Jezusa „Nowym Adamem” (por. 1 Kor 15,45).

⁴² Więcej na ten temat pisze I. Kochan (*Obraz starości w Piśmie Świętym*. „Rocznik Teologiczny” 50:2008 z. 1-2 s. 179-185; por. także A. Tronina. *Biblia o ludziach starszych*. „Vox Patrum” 31:2011 t. 56 s. 233-235).

ta rzeczywistość nabrała zupełnie nowego znaczenia. Wyraźnie zaznaczył to mówiąc: „kto we Mnie wierzy, choćby umarł, żyć będzie” (J 11,25), a w innym miejscu jasno podkreślił, że tylko On jest „drogą, prawdą i życiem” (J 14,16). Perspektywa ukazana przez Jezusa, w której udział mogą mieć wszyscy „zanurzający się w Jego śmierci” (por. Rz 6,3), nie oznacza jednak unicestwienia ludzkiego cierpienia. Apostoł Paweł wprost pisze, że „zawszad znosimy cierpienia” (2 Kor 4,8), ale oczekujemy tego, czego „oko nie widziało ani ucho nie słyszało” (1 Kor 2,9), a co dokonuje się wyłącznie w tajemnicy Paschy Jezusa⁴³.

Kwestię ludzkiego zdrowia, które jest jedną z istotnych wartości jego egzystencji, najczęściej omawia się w opozycji do choroby przedstawianej jako coś złego, z czym należy walczyć. Starotestamentalne określenie zdrowia *shālōm* ma swoje odbicie również w Nowym Testamencie, gdzie zdrowie ciała utożsamia się z pokojem i pomyślnością ogarniającą całego człowieka. Stąd przeczytać można u św. Jana: „Umiłowany, życzę ci wszelkiej pomyślności i zdrowia, podobnie, jak doznaje powodzenia twoja dusza” (3 J 2)⁴⁴. W Ewangeliach i Dziejach Apostolskich na określenie choroby używa się najczęściej dwóch pojęć *nosos* i *asthénéia*, przy czym pierwsze z nich charakterystyczne jest zwłaszcza dla Mateusza (np. Mt 8,17), a drugie przede wszystkim dla Jana (np. J 4,46; 5,7; 6,2) i Łukasza (np. Łk 13,11 i Dz 9,37)⁴⁵. Ewangeliści rozumieją je dosłownie i oznaczają one przede wszystkim chorobę, czy też pewną słabość fizyczną. Dopiero św. Paweł nadaje słowu *asthénéia* głębszy sens i oznacza ono dla niego także kruchość człowieka i jego słabość z powodu obciążenia grzechem⁴⁶. To właśnie Pawłowa antropologia nadaje szczególny rys nauce Kościoła na temat jedności duchowo-cieleśnej człowieka, a co za tym idzie, staje się dla Magisterium także źródłem jego nauki bioetycznej. Święty Paweł w Dziejach Apostolskich ukazany jest jako ten, który podejmuje próbę dialogu z filozofami epikurejskimi i stoickimi, przez których traktowany jest jako „nowinkarz” (por. Dz 17,18). Choć kontekst wypowiedzi dotyczy bardziej poglądu na temat zmartwychwstania, to jednak określenie mianem „nowości” całej nauki tego Apostoła, jest jak najbardziej zasadne. Paweł dokonał charakterystycznej dla niego

⁴³ Por. Ostański. *Historiozbawcza wizja starości* s. 594-596.

⁴⁴ Por. Wróbel. *Człowiek i medycyna* s. 54-55,154.

⁴⁵ Podział ten nie jest jednoznaczny, gdyż oba pojęcia z różną częstotliwością występują u wszystkich synoptyków. Jedynie Jan nie używa w ogóle pojęcia *nosos* (por. tamże s. 168).

⁴⁶ Por. tamże s. 168.

kompilacji nauki greckiej i żydowskiej w opisywaniu człowieka, podkreślając trzy podstawowe komponenty jego natury: duch (*pneuma*), dusza (*psyche*) i ciało (*soma*), które tworzą jednak nierozdzieloną całość⁴⁷. Na podstawie jego nauki współczesna bioetyka teologiczna podkreśla, że lekarz nie zajmuje się tylko jakimś „przypadkiem klinicznym”, ale pacjentem, tzn. osobą, której nie można sprowadzić jedynie do funkcji cielesnych. Wszystkie działania dokonywane na ciele (nawet najdrobniejsze zabiegi na tkankach) dotyczą zawsze całego człowieka, także jego wymiaru duchowego. Tak rozumiana koncepcja nie dopuszcza również paternalistycznego działania lekarza, dla którego pacjent ma być zawsze świadomą siebie osobą, a nie jedynie przypadkiem medycznym⁴⁸.

Cała publiczna działalność Chrystusa przeniknięta jest tematem zdrowia i choroby. Jak zaznacza ewangelista Mateusz, „obchodził Jezus całą Galileę, nauczając w tamtejszych synagogach, głosząc Ewangelię o królestwie i lecząc wszelkie choroby i wszelkie słabości wśród ludu” (Mt 4,23). Jego działalność misyjna obejmuje słowo i czyn. Słowem jest głoszona Ewangelia, a czynem uzdrawianie. Przewyciężenie choroby i cierpienia jest znakiem nadchodzącego Królestwa Bożego, a sama działalność Jezusa wypełnieniem starotestamentalnej misji Sługi Jahwe (por. Iz 8,14-17; 53,4)⁴⁹. Może się wydawać, że Chrystus nie próbuje rozróżnić choroby od opętania, ale jak zaznacza Ewangelia, „wypędzał On złe duchy i chorych uzdrawiał” (por. Mt 8,16). Obie rzeczywistości są ze sobą związane, a ich pokonanie jest wyrazem triumfu Jezusa nad złem i umacnianiem się Królestwa Bożego na ziemi. Choroba i cierpienie ukazane są zatem nie jako coś, czego Bóg chce, ale jako rzeczywistości, które ostatecznie na końcu czasów zostaną w pełni pokonane⁵⁰. Spośród osób, które Jezus uzdrowił, można wymienić m.in. kobietę cierpiącą przez dwanaście lat na krwotok (por. Mt 9,20-22; Mk 5,25-34; Łk 8,43-48), paralytyka spuszczonego przez dach (por. Mt 9,1-8; Mk 2,1-12; Łk 5,17-26), niewidomego od urodzenia (por. J 9,1-41), sługę setnika (por. Mt 8,5-13; Łk 7,1-10), córkę Syrofenicjanki (por. Mt 15,21-28; Mk 7,24-30), opętanych

⁴⁷ Por. A. Muszala. *Koncepcja człowieka według św. Pawła i jej implikacje dla bioetyki*. W: *Mózg - Umysł - Dusza. Spór o adekwatną antropologię*. Red. K. Jasiński, Z. Kieliszek, M. Machinek. Olsztyn 2014 s. 129-130.

⁴⁸ Por. tamże s. 133.

⁴⁹ A. Paciorek. *Ewangelia według świętego Mateusza. Rozdziały 1-13*. Cz. 1. poprawiona. Częstochowa 2005 s. 198.

⁵⁰ Giblet, Grelot. *Choroba-uleczenie* s. 124.

Gadareńczyków (por. Mt 8,28-34; Mk 5,1-20; Łk 8,26-39) i dziesięciu trędowatych (por. Łk 17,11-19). To, co jest charakterystyczne dla każdego z tych uzdrowień dokonanych przez Jezusa, to konieczność wiary osób dostępujących tej łaski lub tych, którzy się za nimi wstawiają⁵¹. Głosząc Ewangelię w rodzinnym mieście, nie był w stanie działać większych cudów, poza kilkoma pojedynczymi uzdrowieniami, właśnie z tego powodu, że zabrakło wiary tym, którzy z dystansem podchodzili do Jego nauki (por. Mk 6,5-6). Chrystus unikał również cudów spektakularnych, widowiskowych, które budziłyby tylko sensację, a nie przybliżyłyby do istoty Jego misji, którą było głoszenie Królestwa Bożego. Tak, jak wyrzucanie złych duchów jest dowodem zwycięstwa Chrystusa nad szatanem (por. Mk 1,23; 5,1; Łk 8,2), rozmnożenie chleba zapowiedzią Eucharystii (por. J 6), a wskrzeszenie Łazarza obrazem zmartwychwstania (por. J 11), tak uzdrowienie chorych jest znakiem dokonującego się zbawienia⁵². Prawdę tę potwierdza fakt, że często na określenie uzdrowienia używano tego samego słowa, co na oznaczenie zbawienia, czyli czasownika *sodzein* (por. Mk 5,20; 10,52; Łk 7,50)⁵³.

Na szczególną uwagę zasługuje także opowiedziana przez Jezusa przypowieść o miłosiernym Samarytaninie (por. Łk 10,25-37), który stał się swoistą ikoną chrześcijańskiej pomocy niesionej osobom cierpiącym. Jedyńm ewangelistą, który zawarł tę przypowieść w swojej relacji, jest św. Łukasz, wobec którego po dziś dzień istnieje mniej lub bardziej zasadne przekonanie, że był lekarzem. Ten pogląd potwierdza list św. Pawła do Kolosan, w którym wspomina on o „Łukaszu, umiłowanym lekarzu” (por. Kol 4,14). Autor trzeciej Ewangelii jako jedyny z ewangelistów używa w dużym stopniu technicznych terminów z dziedziny medycznej, takich jak „trawiona wysoką gorączką” (Łk 4,38)⁵⁴, „sparaliżowany”

⁵¹ Cuda działane przez Jezusa różnią się od cudów starotestamentalnym proroków Eliasza i Elizeusza. Chrystus przede wszystkim całkowicie unika tzw. cudów karzących, które są obecne w Starym Testamencie. Ponadto cudom Eliasza nie zawsze towarzyszyła wiara osób, wobec których ich dokonywał (por. J. Kudasiewicz. *Ewangelie synoptyczne dzisiaj*. Ząbki 2006 s. 130-131).

⁵² Por. J. L. Redrado. *Jezus wśród chorych – a Kościół? W: Dolentium hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia*. Red. A Muszala [i in.]. Kraków 2011 s. 226.

⁵³ Por. Kudasiewicz. *Ewangelie synoptyczne* s. 132.

⁵⁴ Ewangelista Marek tę samą sytuację opisuje słowami „leżała w gorączce” (Mk 1,30) (por. tamże s. 239).

(Łk 5,18)⁵⁵, „puchlina wodna” (Łk 14,2), „gęste krople krwi” (Łk 22,44) oraz „pot” (Łk 22,44). Ponadto stosuje fachowe określenia, które występują w Łk 10,34, takie jak: *katadeō* (opatrzyć), *trauma* (rana) i *epicheō* (zalać). Tylko w jego Ewangelii pojawiają się słowa *euforeō* (być przy dobrym zdrowiu, por. Łk 12,16) oraz *belonē* (igła chirurgiczna, por. Łk 18,25)⁵⁶. Te wszystkie przykłady dają podstawę do uważania Łukasza, nawet jeśli nie za lekarza⁵⁷, to za specjalistę z zakresu ówczesnej medycyny. Stąd spisana przez niego przypowieść o miłosiernym Samarytaninie posiada szczególny charakter. Wszelkie opisy cudów Jezusa wskazują na „przybliżające się Królestwo Boże”, ta jednak historia kończy się wezwaniem do naśladowania: „Idź, i ty czynź podobnie” (Łk 10,37).

Do czego zatem zachęca Jezus? Jaką wyjątkową postawą wykazał się ten niewspomniany z imienia mieszkaniec Samarii? Ewangelieści ukazując osoby chore, najczęściej opisują je jako proszące o uzdrowienie lub przedstawiają kogoś, kto w ich imieniu o taki cud błaga. W tym wypadku poszkodowany jest pozostawiony sam sobie, nikt się za niego nie wstawia, ani sam za bardzo nie jest w stanie o taką pomoc prosić; „na pół umarły” zapewne bardziej spodziewa się śmierci niż ratunku. I oto w obliczu takiego konkretnego przypadku Jezus opisuje postawy trzech różnych osób. Z cierpiącym człowiekiem skonfrontowany kapłan, który choć „zobaczył go”, to jednak „minął” (Łk 10,31) oraz lewita, który zachował się tak samo (Łk 10,32). Komentatorzy tego fragmentu przypowieści najczęściej zwracają uwagę na ich status społeczny i wykonywaną przez nich posługę⁵⁸. Obaj przedłożyli życie wewnętrzne (nie bez powodu za przykład podani są przedstawiciele ówczesnego duchowieństwa) nad konkretne czyny miłosierdzia. Nie takiej postawy oczekuje Jezus. Za wzór zostaje postawiony Samarytanin⁵⁹, który – jak zaznacza ewangelista

⁵⁵ Łukasz używa formy czasownikowej *paralelymenos*, a inni ewangelieści *paralitykos* (np. Mk 2,3.10), co było popularnym określeniem paralityka (por. F. Mickiewicz. *Ewangelia według św. Łukasza. Rozdział 1-11*. Częstochowa 2011 s. 66).

⁵⁶ Por. tamże s. 66.

⁵⁷ Niektórzy egzegeci wprost odrzucają taką możliwość (por. J. Czerski. *Księgi narracyjne Nowego Testamentu. Wprowadzenie historyczno-literackie i teologiczne*. Opole 2003 s. 246).

⁵⁸ Por. Guzewicz. *Postawy wobec cierpienia w Biblii* s. 52.

⁵⁹ Żydzi z wrogością odnosili się do Samarytan. Istniało nawet powiedzenie: „Ten, kto je chleb Samarytan, jest równy jedzącemu [zakazaną w Prawie] wieprzowinę”. Również Jezusa nazwano raz Samarytaninem (por. J 8,48), co miało być w ustach jego oponentów wielką obelgą. W tym kontekście przeciwstawienie kapłana i lewity, tzn. osób powszechnie szanowanych, postaci powszechnie pogardzanej, ma jeszcze bardziej wykazać kontrast między nimi (por. Mickiewicz. *Ewangelia według św. Łukasza. Rozdział 1-11* s. 564).

– „wzruszył się głęboko”. Takie sformułowanie (*esplanchnisthē*) najczęściej używane jest na określenie miłosierdzia Jezusa (por. Mt 9,36; 14,14; 15,32; 20,34; Mk 1,41; 6,34; 8,2; 9,22; Łk 7,13), co ma wskazywać na wyjątkowy akt litości okazanej przez Samarytanina, którą można porównać jedynie do postawy Chrystusa. Bohater przypowieści sam wykonał podstawowe czynności medyczne, do których zaliczano oczyszczenie ran przy pomocy wina i polanie ich oliwą, która łagodziła ból i przyspieszała gojenie⁶⁰. Przewiózł go ponadto w bezpieczne miejsce i przez całą noc czuwał przy jego łóżku, dopiero później udał się w dalszą podróż, opłacając jednak jego leczenie. Samarytanin staje się zatem przykładem zaangażowania w troskę o chorą osobę, wobec której, obok zapewnienia pierwszej pomocy i zabezpieczenia środków finansowych, istotną rolę odgrywa osobista obecność.

Wezwanie, by „iść i czynić podobnie”, zostało bezpośrednio skierowane do Dwunastu, którym Jezus powiedział: „Idźcie i głosście: Bliskie już jest królestwo niebieskie. Uzdrawiajcie chorych, wskrzeszajcie umarłych, oczyszczajcie trędowatych, wypędzajcie złe duchy! Darmo otrzymaliście, darmo dawajcie!” (Mt 10,7-8). Apostołowie konsekwentnie wypełniają powierzoną im misję i w imię Jezusa dokonują tych wszystkich cudów. Zatem uzdrowienie, jako szczególny znak objawiającego się Królestwa Bożego, ma swoją kontynuację w działalności Kościoła (por. Dz 3,1-10; 8,7; 9,32-43, 28,8-9) i jest przez Pawła zaliczane do jednego z charyzmatów (por. 1 Kor 12,9.28.30)⁶¹. Wyjątkowego znaczenia nabiera też praktykowany już wcześniej przez Dwunastu zwyczaj modlitwy za chorych, namaszczenia ich olejem i uzdrawiania (por. Mk 6,13), którego teologię dokładnie wyjaśnia św. Jakub w swoim liście (por. Jk 5,14-15). Jeden z siedmiu sakramentów, który korzeniami sięga czasów apostoelskich⁶², ma być „dla chorego ratunkiem i Pan go podźwignie, a jeśli by popełnił grzechy, będą mu odpuszczone” (Jk 5,15). Autor listu zaleca stosowanie uroczystej formy wzywającej „imię Pana” (Jk 5,14), co jest

⁶⁰ Por. tamże s. 564-565.

⁶¹ Por. Giblet, Grelot. *Choroba-uleczenie* s. 124.

⁶² Utożsamienie tego fragmentu Pisma świętego z praktyką udzielania sakramentu chorych dokonało się definitywnie na Soborze Trydenckim (1545-1563 r.). Mimo to już wcześniej ta prawda, choć jeszcze nie wyrażona w formie dogmatu, była obecna w nauczaniu Kościoła. Mówiono o niej między innymi na Synodzie w Pawii w 850 r. i wyrażono ją w bulli o unii z Ormianami *Exsultate Deo* z 1439 r. (por. *Breviarium Fidei. Wybór doktrynalnych wypowiedzi Kościoła*. Red. I. Bokwa [i in.]. Poznań 2007 nr 213, 288-289, 445-450).

analogiczne do udzielania chrztu w „imię Jezusa” (por. Dz 2,38; 8,16; 10,48), a tym samym nadaje wyjątkowego, sakramentalnego znaczenia tej czynności. Chrystus jest dla Apostołów jedynym źródłem uzdrowienia, dlatego Jakub w swoim pouczeniu użył określenia „ciężka choroba” (*asthenei*) jako warunku wezwania kapłana. To samo wyrażenie pojawiło się w Ewangelii przy opisie najtrudniejszych przypadków, w których interweniował Jezus (syn królewskiego dworzanina z Kafarnaum – J 4,46 i Łazarz – J 11,1-6). Przełożeni kościoła, którzy namaszczają olejem, działają zatem na wzór Chrystusa i tylko Jego mocą są w stanie dokonać uzdrowienia⁶³.

1.2. Wymiar filozoficzno-teologiczny

Różne systemy filozoficzne, podobnie jak teologia, uznają życie człowieka za wartość najwyższą i podkreślają jego prymat nad innymi stworzeniami, które są mu podporządkowane. Mówiąc o teologicznym wymiarze świętości ludzkiego życia, należy podkreślić, że wynika ona z więzi łączącej go z Bogiem. Tylko zwracając się w Jego kierunku, człowiek jest w stanie pojąć wielkie misterium, którym on sam jest. Świętość ludzkiego życia nie wynika jednak wyłącznie z faktu, że człowiek został stworzony przez Boga, ale z prawdy, że przeznaczony jest on do wspólnoty ze swoim Stwórcą, do osiągnięcia pełni komunii⁶⁴. Swoiste przebóstwienie ludzkiej natury⁶⁵ najwyraźniej dokonało się we Wcieleniu Syna Bożego, w momencie, w którym Syn Boży przyjął ludzką naturę. O tej rzeczywistości pisze Jan Paweł II: „Odkupienie, które przyszło przez Krzyż, nadało człowiekowi ostateczną godność i sens istnienia w świecie, sens w znacznej mierze zagubiony przez grzech. I dlatego też to Odkupienie wypełniło się w tajemnicy paschalnej prowadzącej przez krzyż i śmierć do zmartwychwstania”⁶⁶. Świętość życia, rozumiana jako zasada

⁶³ Por. J. Kozyra. *List Świętego Jakuba*. Częstochowa 2010 s. 284-288.

⁶⁴ Por. H. Skorowski. *Życie* s. 694; por. także Bartoszek. *Człowiek w obliczu śmierci i umierania* s. 134-138.

⁶⁵ Tomasz z Akwinu pisze: „Jednorodzony Syn Boży, chcąc uczynić nas uczestnikami swego Bóstwa, przyjął naszą naturę, aby stawszy się człowiekiem uczynić ludzi bogami” (Tomasz z Akwinu. *Opusculum 57 in festo Corporis Christi* – cyt. za KKK 460).

⁶⁶ RH 10.

chrześcijańsko-personalistycznej bioetyki, pojawiła się jako swego rodzaju odpowiedź na utylitarystyczną zasadę jakości ludzkiego życia⁶⁷.

Życie nie posiada jednej definicji. Tym pojęciem określa się wiele form bytowych, m.in. „życie wegetatywne”, „życie sensoryczne”, „życie duchowe”. Za organizm żywy uznaje się ten, który podlega ciągłym procesom organizowania się całościowych systemów, zdolnych do samozachowania, rozwoju, rozmnażania i przystosowania się do otoczenia⁶⁸. Ponadto, coraz częściej mówi się o powstawaniu różnych sztucznych form, które przyjmują postać „cyberżycia”⁶⁹, oraz innych nietypowych sposobach egzystencji, jak chociażby o fenomenie istnienia wirusów. Jak zatem w tak rozumianym kontekście wygląda wyjątkowość ludzkiego życia? Jego fenomen wynika z faktu, że obok wymiaru biologicznego (składa się on z konkretnych elementów biogennych i ze związków organicznych) pojawia się perspektywa życia wiecznego, tj. nieprzemijającego⁷⁰. Takie spojrzenie charakterystyczne jest dla ludzi wierzących, w sposób szczególny dla chrześcijan, dla których orędzie o wiecznym zbawieniu, jest fundamentalną prawdą wiary. Ich perspektywa jest zatem szersza, obejmuje te rzeczywistości, które wymykają się spod zakresu badań nauk empirycznych. Mimo że dla chrześcijan celem jest osiągnięcie życia wiecznego, to życie cielesne też rozumiane jest w kategorii świętości, gdyż to ono jest drogą, to znaczy przygotowaniem do tego życia, które czeka w przyszłości. Skoro człowiek przewyższa wszystkie stworzenia swą godnością, a życie jest jego integralną częścią, stąd i ludzka egzystencja staje się wartością samą w sobie i uczestniczy w tej godności⁷¹. Życie ludzkie różni się jednak fundamentalnie od życia roślin czy zwierząt i nie wynika to tylko z różnicy biologiczno-fizycznej. Egzystencja człowieka nie jest wyłącznie elementem gradacji różnych form życia, począwszy od wegetatywnej na wzór świata roślin, poprzez sensoryczną za wzór zwierząt, a skończywszy na duchowej. Istota ludzka, choć podobnie jak inne stworzenia, składa się z konkretnych elementów biologicznych, podlega tym samym prawom natury, to jednak w swej istocie nie jest tylko udoskonaloną wersją jednej z form

⁶⁷ Por. A. Rudziewicz. *Świętość życia*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 596.

⁶⁸ Por. S. W. Ślaga. *Życie*. W: *Katolicyzm A-Z*. Red. Z. Pawlak. Poznań 1989 s. 406.

⁶⁹ Por. E. Benedykt. *Naśladowanie stworzenia*. „Wiedza i Życie” 11:1994 s. 20.

⁷⁰ Por. Wróbel. *Człowiek i medycyna* s. 29-30.

⁷¹ Por. Skorowski. *Życie* s. 694-695; por. także H. Niemiec. *Eutanazja a miłość*. „Częstochowskie Studia Teologiczne” 30:2002 s. 148.

życia zwierzęcego. Człowiek, co można zrozumieć tylko dokonując analizy filozoficzno-teologicznej jego natury, jest nośnikiem określonej godności, jest zakorzeniony w innej, pozamaterialnej rzeczywistości. Stąd istota ludzka może być przedmiotem badań nauk medycznych, biologicznych, psychologicznych i społecznych, ale żadna z nich nie jest w stanie opisać jej w całej złożoności. By zrozumieć w pełni to, kim człowiek jest, trzeba odrzucić redukcjonistyczne antropologie, które ograniczają się do ewolucjonistycznej wizji *homo sapiens*, traktowanego jako doskonała forma jednego ze zwierząt. Należy spojrzeć na człowieka takiego, jakim jest, uwzględniając jego rzeczywistość duchową, w czym z pomocą przychodzi teologia⁷².

O tym, że życie ludzkie jest święte, można powiedzieć tylko dlatego, że pochodzi ono od Boga, że jest Jego „objawieniem [...], znakiem Jego obecności, śladem Jego chwały”⁷³. Człowiek jest stworzony na Boży obraz, co wiąże się z nieutralną godnością wszystkich ludzi, a zarazem każdego człowieka z osobna. Owe podobieństwo do Boga nie zależy od żadnych ludzkich zabiegów, nie ma na nie wpływu ani pochodzenie, ani statut społeczny, bądź wyznawana religia. Godność przynależy się każdej osobie z samego faktu bycia człowiekiem. Wszelkie życie ludzkie ma taką samą wartość i w takiej samej mierze musi być chronione⁷⁴. Zasada nienaruszalności, którą głosi Kościół, zabrania niszczenia ludzkiego życia, a jednocześnie zobowiązuje do jego poszanowania, troski o nie i ochrony⁷⁵. Ta wyjątkowość ludzkiej egzystencji jest konsekwencją Bożej inicjatywy; to On nadał jej sens, co wyrażają słowa: „zanim ukształtowałem cię w łonie matki, znałem cię” (Iz 43,1).

Ludzie stworzeni na obraz i podobieństwo Boże, odziedziczyli też to, co stanowi istotę tego podobieństwa, czyli fakt, że człowiek jest bytem relacyjnym odniesionym do Boga, odpowiedzialnym i integralnym⁷⁶. Świętość ludzkiego życia jest uwarunkowana wyjątkowym statusem, jakim w stosunku do reszty stworzenia został obdarowany. On, jako jedyny wchodzi w relację ze swoim Stwórcą, a „gdyby [tylko]

⁷² Por. Wróbel. *Człowiek i medycyna* s. 29-33.

⁷³ EV 34.

⁷⁴ Por. Schockenhoff. *Etyka życia* s. 185-188.

⁷⁵ Por. Skorowski. *Życie* s. 695.

⁷⁶ Tę prawdę wyraża m.in. *Katechizm Kościoła Katolickiego*: „Człowiek, ponieważ został stworzony na obraz Boga, posiada godność osoby; nie jest tylko czymś, ale kimś” (nr 357).

na siebie zwracał uwagę, a swego ducha i tchnienie zatrzymał, zaraz by wszelkie ciało zginęło i człowiek w proch się obrócił” (Hi 34,14-15). Zgodnie z biblijnym przesłaniem, bez Boga człowiek nie ma w sobie życia. Z tym wyjątkowym miejscem, jakie ludzie zajmują w dziele stworzenia, wiąże się także odpowiedzialność, jaka na nich spoczywa. To im została powierzona opieka nad wszelkimi formami życia, zarówno wegetatywnego (ma „czynić sobie ziemię poddaną” – Rdz 1,28), sensorywnego (ma „panować nad rybami morskimi, nad ptactwem powietrznym i nad wszystkimi zwierzętami pełzającymi po ziemi” – Rdz 1,28), jak i ludzkiego („nie zabijaj” – Wj 20,13). Bóg pobłogosławił także ludziom i uczynił ich współpracownikami w dziele przekazywania życia, za które winni brać odpowiedzialność. Kolejnym ważnym przesłaniem, które wypływa z teologicznej wizji człowieka, jest jego charakter integralny. Ludzie różnią się od zwierząt tym, że ich życie wyraża się poprzez jedność duchowo-cieleśną. Ta, objawiona w Piśmie świętym prawda mocno kontrastuje z myślą grecką, która jasno przeciwstawiała sobie ciało i duszę jako wyraźnie niezależne byty. Jedność, która stanowi naturę człowieka, jest obrazem jedności istniejącej w ramach Trójcy Świętej⁷⁷.

Zdaniem niektórych etyków, zasada świętości ludzkiego życia nie musi mieć charakteru religijnego. Część z nich (m.in. T.A. Shannon, F. Angelini) redefiniując to pojęcie, doszukuje się w samej wewnętrznej strukturze organizmu naturalnej, biologicznej tendencji, która zmierza do przekazywania życia, a tym samym do zachowania gatunku. Owa wewnętrzna wartość życia biologicznego jest podstawą dla uznania świętości ludzkiego życia. Zwracają oni ponadto uwagę, że ludzkie doświadczenie, bez konieczności odnoszenia go do sfery religijnej, pozwala odkryć wewnętrzne sacrum, które ukierunkowuje człowieka na to, co w nim nieśmiertelne⁷⁸. Podobną intuicją wykazuje się także polski etyk Jan Wawrzyniak. Jego zdaniem świętość nie musi mieć religijnego charakteru, będącego dla niego zwykłym nominalizmem, ale wyraża się ona w samoświadomości człowieka. Wartość ludzkiego życia wiąże się z autonomiczną decyzją i uznaniem przez niego tej wartości lub jej braku. Dotyczy to zwłaszcza osób chorych, których osobowe życie tożsame jest z samodecyzyjnością i traci ono swą wartość wraz z utratą tego atrybutu. W tak rozumianej etyce jakość danej egzystencji jest „świętością”

⁷⁷ Por. Schockenhoff. *Etyka życia* s. 145-151.

⁷⁸ Por. Rudziewicz. *Świętość życia* s. 597-598.

pojmowaną jako kategoria aksjologiczna. Nie jest ono zatem abstrakcyjnym „samym życiem”, lecz składa się z konkretnych kwalifikatorów nadających mu wartość, jest „święte”, bo ma określoną jakość⁷⁹. Używane w dyskusji pojęcie „świętości” życia jest rzeczywiście silnie nacechowane jego religijnym charakterem i naturalnie odsyła do wiary w Boga i wymiaru teologicznego. Z tego powodu bioetyk Barbara Chyrowicz proponuje, aby zastąpić je terminem „wartość”⁸⁰. To pojęcie zawiera w sobie wszystko, co zostało powiedziane na temat świętości, nie neguje jego źródła, jakim jest Absolut, ale ułatwia dyskusję na płaszczyźnie filozoficznej.

1.3. Wymiar aksjologiczny

We współczesnej debacie dotyczącej ludzkiego życia często wyrażana jest myśl, jakoby osoba zawsze miała wartość, jednak w subiektywnej ocenie danego człowieka życie może tę wartość stracić⁸¹. Jest to pogląd o tyle niebezpieczny, że wprowadzenie wyjątku w regule nieznoszącej wyjątku, kwestionuje ją jako taką, a tym samym burzy fundamentalne prawo człowieka, jakim jest bezwzględne prawo do życia. W odróżnieniu od zasady nienaruszalności ludzkiego życia, która ma charakter kategoryczny i bezwzględny, to kryterium jakości ma formę uznaniową i jako takie zależy od pewnej umowy społecznej⁸². Czy można zatem mówić o egzystencji, która straciła swoją wartość lub wymaga ochrony w mniejszym stopniu niż inne jej przejawy? Czy jakość ludzkiego życia może być kryterium warunkującym zgodę na różnego rodzaju zabiegi wymierzone w nie wprost lub pośrednio? Czy aborcja, eutanazja lub niebezpieczne doświadczenia medyczne mogą być stosowane, gdy uzna się, że dany przejaw egzystencji osiągnął wyjątkowo niską wartość? Należy zgodzić się z poglądem, iż „w dynamizmie życia tkwi dążność do pomnożenia jego jakości”⁸³. Nie znaczy to jednak, że wraz z jej

⁷⁹ Por. *Etyka eutanazji* s. 503-505.

⁸⁰ Por. B. Chyrowicz. *Bioetyka. Anatomia sporu*. Kraków 2015 s. 280.

⁸¹ Por. L.S. Cahill. *Richard A. McCormick, S.J.'s «To Save or led Die: The Dilemma of Modern Medicine»*. W: *The Story of Bioethics. From Seminal Works to Contemporary Explorations*. Red. J.K. Walter, E.P. Klein. Waszyngton 2003 s. 135.

⁸² Por. P. Kieniewicz. *Człowiek niewygodny, człowiek potrzebny. Dyskusja antropologiczna w bioetyce amerykańskiej*. Lublin 2010 s. 229-231; por. także Chyrowicz. *Bioetyka*. s. 282.

⁸³ T. Ślipko. *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*. Warszawa 1988 s. 29.

wzrostem, rośnie także jego ontyczna wartość lub dokonuje się odwrotny proces, gdy pojawiają się trudności.

Dyskusja nad kwestią jakości ludzkiego życia pojawia się także w kontekście decyzji związanej z jego przekazywaniem. Dla osób, które są świadome bycia nosicielami pewnych chorób genetycznych, istotnym problemem jest to, czy w takim przypadku powinny się one decydować na prokreację, czy wręcz jej zaniechać. W takich sytuacjach, jako sposób na rozwiązanie problemu, często wskazuje się metodę *in vitro*, której zastosowanie pozwala na dobór gamet pochodzących od zdrowych dawców. Mniej problematyczna moralnie jest propozycja adopcji dzieci już narodzonych. Takie rozwiązanie nie zwalnia jednak z pytania, czy samo ryzyko wystąpienia u potomstwa dziedzicznej choroby jest wystarczającym argumentem za zaniechaniem przez małżonków prokreacji lub zastąpienie jej aktami niepłodnymi. By zrozumieć kontekst omawianej tematyki, należy wspomnieć o tak zwanym „poradnictwie genetycznym”. Ten zinstytucjonalizowany mechanizm badania obciążeń genetycznych swoimi korzeniami sięga lat 30-tych XX w. i od początku był nierozdzielnie powiązany z praktykami eugenicznymi w Stanach Zjednoczonych, a następnie w nazistowskich Niemczech. Dopiero po II wojnie światowej, dla uniknięcia negatywnych skojarzeń z eugeniką, wprowadzono pojęcie „poradnictwa genetycznego”⁸⁴. Sama metoda, jako forma przekazywania informacji o grożących małżonkom i ich potomstwu chorobach, nie budzi zastrzeżeń moralnych, lecz pozyskiwana w ten sposób wiedza, może służyć działaniu niemoralnemu. Dzieje się tak wówczas, gdy pod wpływem porady genetycznej podjęta zostaje decyzja o aborcji, sztucznym zapłodnieniu, czy zastosowaniu antykoncepcji celem uniknięcia poczęcia⁸⁵. Nauczanie Kościoła wyraźnie odrzuca wszelkie formy genetycznej dyskryminacji już na poziomie życia prenatalnego i podkreśla, że samo istnienie jakichś nieprawidłowości rozwojowych dziecka, nigdy nie może być powodem dokonania na nim aborcji. Nie oznacza to jednak, że małżonkowie świadomi istnienia niebezpieczeństwa zwolnieni są z troski o przekazywane życie. Świadome rodzicielstwo, które jest obowiązkiem moralnym,

⁸⁴ Za twórcę tego pojęcia uznaje się pochodzącego z Minnesoty genetyka S. Reed’a (por. D. Kornas-Biela. *Poradnictwo genetyczne*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 478-479).

⁸⁵ Dopuszczalnym sposobem korzystania z tego rodzaju poradnictwa jest np. podjęcie w jego skutek zabiegów profilaktycznych i leczniczych przy zastosowaniu naturalnych metod poczęcia. Szerzej na ten temat pisze D. Kornas-Biela (tamże s. 480-484).

nakłada na rodziców powinność powstrzymania się od aktów prokreacji w momencie, gdy ryzyko powikłań jest zbyt duże⁸⁶.

Do często poruszanych problemów w ramach współczesnej debaty nad jakością ludzkiego życia należą także przypadki osób znajdujących się w ostatniej fazie umierania, nieuleczalnie chorych, których życie charakteryzuje się dużym (rzadko jasno sprecyzowanym) dyskomfortem oraz pacjentów trwale pozbawionych świadomości (najczęściej w stanie wegetatywnym)⁸⁷. W tym kontekście wiele mówiące jest stanowisko zajmującego się etyką medyczną Johna Harrisa, który stwierdza, że „niektóre decyzje odnośnie do eutanazji są podejmowane znacznie łatwiej, jeśli jednostki, których dotyczą, w sposób oczywisty utraciły status osobowy”⁸⁸. Pozbawienie przez opinię publiczną, dodatkowo wzmocnione stanowiskiem niektórych etyków, osobowego charakteru pacjenta w stanie wegetatywnym, niesie za sobą olbrzymie konsekwencje. Wśród przedstawicieli zwolenników takiej moralności należy wymienić Josepha Fletchera, który wylicza nawet katalog 15 istotowych dla człowieczeństwa przymiotów⁸⁹. Brak chociażby niektórych spośród nich skutkuje odebraniem danej osobie prawa do egzystencji, jako że jej życie osiągnęło bardzo niską jakość⁹⁰. Richard McCormick wymienia jako jedyną wymaganą wartość ludzkiego życia, która niezbędna jest do jego trwania,

⁸⁶ Por. QA nr 11; Jan Paweł II. *Zasady moralne diagnostyki i terapii prenatalnej*. Przemówienie do uczestników kongresu „Movimento per la vita” [3 XII 1982] nr 2. W: Jan Paweł II. *Nauczanie papieskie*. T. 5/2. Red. E. Weron, A. Jaroch. Poznań 1996 s. 889; Jan Paweł II. *Etyczne problemy genetyki*. Przemówienie do uczestników Sympozjum nt. „Aspekty prawne i etyczne badań nad genomem ludzkim” zorganizowanego przez Papieską Akademię Nauk [20 XI 1993] nr 7. W: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. T. 1. Red. K. Szczygieł. Tarnów 1998 s. 251-252; por. także Kornas-Biela. *Poradnictwo genetyczne*. s. 481; M. Ryś. *Odpowiedzialne rodzicielstwo*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 448-451.

⁸⁷ Por. Kieniewicz. *Człowiek niewygodny* s. 229-233.

⁸⁸ *The Concept of the Person and the Value of Life*. W: *Personhood and Health Care*. Red. D.C. Thomas, D.N. Weisstub, C. Hervé. Dordrecht-Boston-London 2001 s. 108. Cyt. za Kieniewicz. *Człowiek niewygodny* s. 232.

⁸⁹ Są to m.in.: samoświadomość, rozumienie przyszłości i przeszłości, ciekawość, zrównoważenie emocjonalne, zdolność do panowania nad sobą i nawiązywania kontaktów z innymi, a także umiejętność troski o innych (por. K. Chabros. *Zagrożenia godności terminalnie chorego we współczesnej cywilizacji zachodniej*. „Warszawskie Studia Teologiczne” 26:2013 cz. 1 s. 267-269).

⁹⁰ Por. T. Biesaga. *Jakość życia*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 305; por. także H.-B. Wuermeling. *Wobec nowych wyzwań eutanazji*. „Communio” 17:1997 nr 1 s. 82.

„potencjalną zdolność do ludzkich relacji”, Earl Shelp natomiast za taką cechę uznaje „minimalną niezależność w stosunku do otoczenia”⁹¹.

Niewątpliwie jednym z wyróżniających się zwolenników moralności opartej na jakości ludzkiego życia jest Peter Singer. Twierdzi on, że sama biologiczna przynależność do *homo sapiens* nie jest jednoznaczna z prawem do określenia kogoś mianem człowieka, lecz dzieje się tak tylko wtedy, gdy ten ktoś posiada cechy specyficzne dla bycia osobą⁹². Spośród polskich etyków prezentujących podobny nurt myślowy, trzeba wymienić Jana Wawrzyniaka. Negując w głoszonej przez siebie etyce wartość teologicznego wymiaru życia, stoi on na stanowisku, że opozycja dwóch omawianych rzeczywistości jest pozorna, gdyż sama doktryna świętości życia ma w istocie jakościowy charakter⁹³. Do tego typu poglądów odniósł się papież Jan Paweł II, który w encyklice *Evangelium vitae* pisze wprost: „Tak zwana «jakość życia» jest interpretowana najczęściej lub wyłącznie w kategoriach wydajności ekonomicznej, nieuporządkowanego konsumpcjonizmu, atrakcji i przyjemności czerpanych z życia fizycznego, natomiast zapomina się o głębszych – relacyjnych, duchowych i religijnych – wymiarach egzystencji”⁹⁴.

Barbara Chyrowicz zadaje pytanie, czy człowiek w stanie wegetatywnym, który przestał realizować jakiegokolwiek wartości i nie jest zdolny do rozumnej i świadomej ekspresji, nadal posiada wartościowe życie? W odpowiedzi podkreśla ona, że kwestia ta nie jest prosta i jednocześnie zaznacza, że obrona wartości życia nie może polegać na negowaniu troski o jego jakość⁹⁵. Czymś naturalnym jest zabieganie o pozbycie się bólu i wszelkich niedogodności, dlatego niewłaściwym jest gloryfikowanie cierpienia, jako wartości samej w sobie. Zatem jakość życia jest konkretną wartością, a troska o właściwe jego przeżywanie mieści się w kategorii obowiązków moralnych. Przykazanie „nie zabijaj”, poszerzone o kontekst troski

⁹¹ Nietrudno zauważyć, że w głoszonej przez nich etyce nie ma miejsca dla bezmózgowców (u McCormicka), a także upośledzonych osób niezdolnych do zadbania o samych siebie, a znajdujących się np. w stanie wegetatywnym (u Shelpa) (por. Biesaga. *Jakość życia* s. 305).

⁹² Wśród tych cech wymienia: samoświadomość, rozumność, zdolność nawiązywania relacji międzyludzkich itd. (por. P. Singer. *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*. Warszawa 1997 s. 10; por. także Wróbel. *U źródeł myśli bioetycznej Jana Pawła II* s. 31; A. Bohdanowicz. *Peter Singer. Spór o koncepcję człowieka*. Gniezno 2007 s. 35-39).

⁹³ Por. *Etyka eutanazji* s. 503-505.

⁹⁴ Nr 23.

⁹⁵ Por. *Bioetyka* s. 281.

o własne zdrowie, nakłada na człowieka powinność nie tylko nieodbierania życia, ale i właściwej jego realizacji. Istotą sporu jest jednak sytuacja, gdy doświadczane cierpienie sprawia, że życie staje się na tyle nieznośne, że zaczyna się podważać jego wartość i to właśnie wtedy przeciwstawia się ją jakości. Jest to szczególnie ważne, gdy sprawa dotyczy podjęcia decyzji o dokonaniu eutanazji lub zaniechaniu uporczywej terapii. W obu sytuacjach duże znaczenie ma subiektywnie odczuwalna jakość ludzkiego życia. Niezależnie, czy decyzja o zadaniu komuś śmierci ma na względzie interes pacjenta (ulżenie cierpieniu), czy interes społeczny (uwolnienie od znacznych obciążeń), jest ona zawsze zła moralnie. Sama kategoria jakości życia ma pomóc dostrzec warunki biologiczne, psychologiczne, społeczne i ekonomiczne, w jakich znalazł się pacjent, ale nie może oznaczać negacji wartości życia jako takiego⁹⁶. Dobrze widać to na przykładzie stosowania środków proporcjonalnych i zaniechania tych nieproporcjonalnych. Kryterium jakości życia może pomóc zarówno lekarzowi, jak i pacjentowi podjąć decyzję o rezygnacji z danej terapii, gdy spodziewane skutki nie służą życiu (tzn. nie przyczyniają się do jego uratowania), ale w sposób znaczący wpływają na komfort życia chorej osoby. W takim przypadku subiektywnie pojmowana jakość nie jest powodem odebrania komuś życia, lecz argumentem przeciw stosowaniu środków, które temu życiu już nie służą.

W encyklice poświęconej ludzkiemu życiu Jan Paweł II zwrócił uwagę na szerzącą się „kulturę śmierci”, która jest tragicznym przejawem mentalności współczesnego świata. W tym kontekście wskazuje na niebezpieczeństwo wykluczenia ze społeczeństwa pewnej grupy ludzi (m.in. starszych i niepełnosprawnych), którym odbiera się prawo do godnego życia i przestrzega, by nie kierować się w stosunku do nich wyłącznie kryteriami wydajności produkcyjnej⁹⁷. Poważnym zagrożeniem jest również instrumentalne traktowanie medycyny, która zamiast służyć swojemu podstawowemu zadaniu – to jest przede wszystkim ratowaniu życia – zaczyna być wykorzystywana przez pewne grupy ludzi do realizacji swoich celów. Wymusza się na niej chociażby, aby poprzez eugeniczną i eutanatyczną selekcję aborcyjną, a także usuwanie embrionów obciążonych genetycznie, uwalniać społeczeństwo od pewnych dysfunkcyjnych jednostek.

⁹⁶ Por. Biesaga. *Jakość życia* s. 307.

⁹⁷ Por. EV 64.

Podobne oczekiwania stawia się przed medycyną w stosunku do osób przewlekle i nieuleczalnie chorych, których eliminacja – według przedstawicieli wspomnianych środowisk – przyniosłaby konkretne korzyści dla całego państwa. Takie podejście do kwestii jakości życia radykalnie odbiega od fundamentalnych zasad etyki medycznej, której podstawowym celem jest ratowanie wszystkich ludzi⁹⁸. Należy zatem, nie zaniedbując słusznej troski o właściwą jakość ludzkiej egzystencji, dołożyć wszelkich starań, by – niezależnie od doświadczanej ułomności organizmu – w każdym człowieku szanowano jego godność. Wartość życia, czy to u jego początku czy zbliżającego się kresu, jest bowiem niezmienna i nikt nie może się jej zrzec, ani jej utracić.

2. Etos lekarsko-medyczny w służbie zdrowia i życia

Etyka lekarska wspólnie z etyką medyczną i bioetyką tworzą przestrzeń refleksji, której przedmiotem są postawy i działania dotyczące zdrowia i życia człowieka. Choć pierwszej refleksji na ten temat można doszukać się już w starożytności, to etos lekarsko-medyczny na przestrzeni wieków ulegał jednak dużym przeobrażeniom. Niektórzy autorzy podkreślają ponadto, że współcześnie granica między bioetyką a etyką medyczną uległa zatarciu, co jest związane przede wszystkim z dynamicznym rozwojem nauk medycznych, który trwa od końca XIX w.⁹⁹ Dla zrozumienia złożoności problemu troski o zdrowie i życie człowieka w sytuacjach granicznych, konieczna jest zatem analiza całokształtu norm i zasad obowiązujących w praktyce lekarskiej. Równie ważna jest refleksja nad pojawiającymi się na przestrzeni wieków, a także istniejącymi obecnie, kodyfikacjami oraz normami legislacyjnymi, które razem stanowią źródło wiedzy na temat reguł obowiązujących w praktyce medycznej.

⁹⁸ Por. T. Biesaga. *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*. „Medycyna Praktyczna” 5:2004 nr 5 s. 24.

⁹⁹ Por. J. Wróbel. *Medyczna etyka*. W: *Encyklopedia katolicka*. T. 12. Red. E. Ziemann. Lublin 2008 kol. 420.

2.1. Rozwój etosu lekarsko-medycznego na przestrzeni wieków

Etyka lekarska uznawana jest za jedną z najstarszych etyk profesjonalnych, której korzenie sięgają pierwszych cywilizacji. Wzmianki o zasadach postępowania lekarzy odszukać już można w powstałym w XVIII w. przed Chr. *Kodeksie Hammurabiego*. Szczególne znaczenie mają jednak nie tyle regulacje prawne, co dobrowolne zobowiązania przedstawicieli medycyny do nieszkodzenia drugiej osobie i dążenia do jej dobra. Tego typu postawa ma odzwierciedlenie w pochodzącej z ok. V w. przed Chr. *Przysiędze Hipokratesa*¹⁰⁰. Nie był to jednak pierwszy tego typu zbiór obowiązków moralnych w medycynie. Za najstarszą znaną przysięgę lekarską uchodzi ta autorstwa Imhotepa z ok. 2600 r. przed Chr., która związana była z cywilizacją starożytnego Wschodu¹⁰¹. Niemniej jednak, to właśnie Hipokrates i przypisywany mu katalog zasad postępowania lekarzy¹⁰², po dziś dzień wywiera największy wpływ na powstające kodeksy etyki lekarsko-medycznej, stąd nazywa się go mianem „wielkiej karty etyki medycznej”¹⁰³. Ten, który składał wspomnianą przysięgę, powoływał się na autorytet czczonych wtedy bóstw (Apollona, Asklepiosa, Hygieia i Panakeia) i im przysięgał dochować zawartej umowy, co w uroczysty sposób miało podkreślać jej znaczenie. Należy zwrócić szczególną uwagę na rolę, jaką autor przypisuje wzajemnemu szacunkowi pomiędzy lekarzami, którzy mają traktować się jak bracia. Ponadto, każdy zaznajomiony ze sztuką leczenia zobowiązany jest dzielić się tą wiedzą ze swoimi uczniami. Odnosząc się do etycznych wskazań dotyczących zdrowia i życia ludzkiego, autor jednoznacznie stwierdza: „zdrowy tryb życia i sposób odżywiania zalecał będę wedle swoich sił i osądu, mając na względzie pożytek cierpiących,

¹⁰⁰ Por. J. Wróbel. *Lekarska etyka*. W: *Encyklopedia katolicka*. T. 10. Red. E. Ziemann. Lublin 2004 kol. 702; por. także T. Brzeziński. *Etyka lekarska*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 213; T. Biesaga. *Przysięga Hipokratesa a etyka medyczna*. „Medycyna Praktyczna” 2006 nr 7-8 s. 20-25.

¹⁰¹ Por. J. Kowalski. *Przysięga lekarska*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 508.

¹⁰² Mimo że w powszechnej świadomości Hipokrates figuruje jako bezpośredni autor przysięgi nazwanej jego imieniem, to w zgodnej opinii większości autorów, idee te są o wiele starsze (por. Wróbel. *Człowiek i medycyna* s. 217; por. także K. Osińska. *Dorobek etyczny medycyny*. W: *Refleksje nad etyką lekarską*. Red. K. Osińska. Warszawa 1992 s. 9). Kwestia autorstwa tej przysięgi nie jest jednak przedmiotem niniejszej pracy, stąd ta problematyka nie będzie w tym miejscu rozwijana.

¹⁰³ Por. A.J. Katolo. *Bioetyka starożytności chrześcijańskiej*. Warszawa 2003 s. 11.

chroniąc ich zaś przed szkodą i krzywdą. Nikomu, nawet na żądanie, nie podam śmiercionośnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewieście środka na poronienie”¹⁰⁴. To właśnie troska o jakość ludzkiego życia i poszanowanie jego świętości jest charakterystyczną cechą etyki Hipokratesa, do której na przestrzeni wieków odwoływały się inne kodeksy. Wśród uniwersalnych wartości przypisywanych szkole Hipokratesa, które przetrwały pod postacią swego rodzaju „credo etyki lekarskiej”, można wymienić zasadnicze nurty, takie jak głęboki respekt dla natury w ogólności, koncepcja unitarna i integralna istoty ludzkiej, ścisły związek między etyką personalną i etyką zawodową oraz wyjątkowe wymogi stawiane lekarzom¹⁰⁵.

Wraz z rozwojem moralnej refleksji nad obowiązkami lekarzy coraz większego znaczenia nabierała postawa paternalizmu. W starożytnej etyce medycznej wyróżnić można dwa jej typy: hipokratesowy i charyzmatyczny. Pierwszy z nich odwołał się bezpośrednio do omawianej przysięgi. Na jej podstawie lekarz zobowiązany był przestrzegać określonych nakazów, które nadawały sztuce lekarskiej obiektywnego charakteru. W tej sytuacji jedynym moralnym obowiązkiem pacjenta było bezwzględne podporządkowanie się decyzji medyka, który – w przeciwieństwie do chorego – posiadał niezbędną wiedzę¹⁰⁶. Z tą szczególną rolą lekarza wiązały się też wyjątkowe zadania, których wypełnianie było jego powinnością. Najczęściej ujmuje się je w pięciu podstawowych punktach:

- zadaniem wynikającym z powołania lekarza była pomoc choremu w odzyskaniu zdrowia
- lekarzowi nie wolno było czynić niczego, co godziłoby w szlachetność i wyjątkowość jego powołania, stąd zabronione były: niesprawiedliwość, nieuporządkowane pragnienia seksualne i korupcja

¹⁰⁴ *Przysięga Hipokratesa*. W: *W imię dziecka poczętego*. Red. J.W. Gałkowski, J. Gula. Rzym-Lublin 1991 s. 197.

¹⁰⁵ Por. Z. Chłap. *Od Hipokratesa do Dobrego Samarytanina: uwagi o etyce lekarskiej*. „Ethos” 9:1996 nr 3-4 s. 149. Obszernej analizy etosu hipokratesowego zawodów medycznych dokonała Anna Nawrocka (por. *Etos w zawodach medycznych*. Kraków 2008 s. 59-115).

¹⁰⁶ Por. A.J. Katolo. *Paternalizm – moralne obowiązki lekarza w starożytnej etyce medycznej*. W: *Bioetyka i praktyka medyczna. Wybrane zagadnienia*. Red. B. Dobrowolska. Lublin 2011 s. 69-70.

- zadaniem lekarza było poszukiwanie najlepszego dla pacjenta sposobu terapii. Stąd bezwzględnie odrzucano to, co mu szkodzi (m.in. eutanazję i aborcję)
- jednym z podstawowych obowiązków lekarza była tajemnica zawodowa
- zakazywano ponadto wykonywania operacji chirurgicznych, które w tamtym okresie nie były domeną lekarzy, lecz cyrulików¹⁰⁷

Tak pojmowany paternalizm nazywany był niekiedy „szczególnym rodzajem laickiego kapłaństwa”, gdyż lekarz przyjmował rolę pośrednika między bóstwem i pacjentem. Odwołanie się w składanej przysiędze do autorytetu bogów, którzy byli dla ówczesnego świata jedynym źródłem uzdrowienia, miało umocnić to przekonanie. Lekarz jako *medicus sacerdos* stawał się najwyższym autorytetem moralnym, któremu trzeba było być bezwzględnie posłusznym, ale od którego wymagało się też szczególnie wzorowej postawy¹⁰⁸.

Drugim charakterystycznym dla okresu starożytności rodzajem relacji lekarz-pacjent był paternalizm charyzmatyczny. Jako jego przedstawiciele wskazuje się dwóch rzymskich medyków: Klaudiusza Galena (129-201 r.) i Scriboniusa Largusa (I w.). Koncepcja ta wywodziła się z paternalizmu hipokratesowego, jednak posiadała swoje charakterystyczne rysy, które ją od niego odróżniały. Klaudiusz Galen pojmował swoje powołanie jako misję zachęcającą go do ciągłego rozwoju, by w ten sposób być „prawdziwym synem Hipokratesa”, ale nie tylko po to, by go naśladować, lecz by go „przewyższyć, ucząc się dokładnie tego, czego sam [go] nauczył i odkrywając to, czego jeszcze sam nie odkrył”¹⁰⁹. Przedstawiciel sztuki medycznej miał być filozofem, który znać będzie ponadto logikę, fizykę i etykę, a wobec świata miał przyjąć postawę mędrca, który będzie charakteryzował się cnotami etycznymi (moralnymi) i dianoetycznymi (logicznymi). Stąd wynikała też jego wyższość nad pacjentem, który jako pozostający na niższym poziomie wiedzy, winien mu był posłuszeństwo. W takiej koncepcji medycyny lekarz nie był zobowiązany do informowania o przebiegu choroby i stosowanych lekach. Pacjent

¹⁰⁷ Por. M. Doldi, M. Picozzi. *Introduzione alla bioetica*. Leumann 2000 s. 31. Cyt. za Katolo. *Paternalizm* s. 72.

¹⁰⁸ Por. A. Puca. *Il contributo della teologia alla bioetica*. Turyn 1998 s. 41. Cyt. za Katolo. *Paternalizm* s. 73.

¹⁰⁹ Galeno. *Comentario IV a Epidemias VI*. Cyt. za D. Gracia. *Fondamenti di bioetica*. Cinisello Balsamo 1993 s. 93.

z powodu swej dolegliwości znajdował się w stanie patologii, to znaczy, nie był zdolny do moralnego działania, co więcej sama choroba była konsekwencją jego złych wyborów. Lekarz zobowiązany był więc do udzielenia mu właściwych zaleceń, by mógł jak najszybciej wyzwolić się z tej niewłaściwej sytuacji¹¹⁰.

Jeszcze dalej w swoich poglądach poszedł Scribonius Largus, który domagał się od pacjentów boskiej czci, jaka należała się m.in. cesarzowi, ponieważ jako lekarz był *deus noster medicus*¹¹¹. Z tego wyjątkowego statusu lekarza, wynikały szczególne obowiązki, gdyż wzorem bóstw byli oni wezwani do okazywania innym miłosierdzia. Lekarz nigdy nie mógł dzielić ludzi na lepszych i gorszych, lecz zobowiązany był pomóc każdemu. W jednym ze swoich dzieł Scribonius Largus dobitnie stwierdził, że „lekarze, którzy nie chcą, lub nie potrafią pomagać chorym, niech odejdą od medycyny i niechaj przestaną straszyć ludzi wokół siebie”¹¹². W tak rozumianym paternalizmie medyk przyjmował podwójną rolę. Z jednej strony lekarz był jak kapłan, tzn. odgrywał rolę pośrednika między bogami i człowiekiem; z drugiej natomiast pełnił posługę królewską, tzn. miał charakteryzować się miłosierdziem, dobroduszością i czystością intencji¹¹³.

Zdaniem niektórych autorów zajmujących się historią etyki lekarskiej, już od samego początku biegła ona niezależnymi torami, które nie różniły się od siebie diametralnie, ale inaczej rozkładały pewne akcenty i wskazywały na inne motywacje niesienia pomocy chorym. Tadeusz Brzeziński tak scharakteryzował tę rzeczywistość: „Już od zarania dziejów medycyny stosunek do zawodu lekarza przebiegał dwoma nurtami. Jeden z nich, uznając nie tylko znaczenie zawodu lekarskiego dla społeczeństwa, ale i niebezpieczeństwo związane z niewłaściwym jego wykonywaniem, starał się obwarować ten zawód systemem nagród i kar. Drugi, opierając się na motywach ludzkiej solidarności i gotowości niesienia pomocy w potrzebie, działania lekarza obwarował poczuciem obowiązku, godności zawodowej i satysfakcji ze spełnienia obowiązku. Sędzią lekarza miało być jego

¹¹⁰ Por. Katolo. *Paternalizm* s. 74.

¹¹¹ Por. Gracia. *Fondamenti di bioetica* s. 91.

¹¹² Scribonio Largo. *Ricette*. Pisa 1956 s. 107. Cyt. za Katolo. *Paternalizm* s. 76.

¹¹³ Por. tamże.

własne sumienie”¹¹⁴. Pierwszy typ uprawiania medycyny charakterystyczny był dla obszaru Babilonii i Chin; drugi zarówno dla starożytnego Rzymu, jak i Grecji.

Mimo że wraz z rozwojem chrześcijaństwa w IV w. Ojcowie Kościoła w wielu swoich traktatach moralnych podejmowali tematykę ingerencji medycznych, nie zajmowali się jednak bezpośrednio powinnościami lekarzy względem osób chorych. W swojej nauce byli zasadniczo kontynuatorami myśli wcześniejszych autorów¹¹⁵.

Ważne informacje na temat uniwersalności etyki lekarskiej przynoszą najstarsze nie pochodzące z obszaru Europy kodeksy. Można w nich odnaleźć stwierdzenia wyrażające intuicję podobną do hipokratesowej, to jest szczególną troskę o zdrowie i życie pacjentów. Wśród nich należy wymienić: *Przysięgę wtajemniczenia Charaka Samhita i studentów medycyny w starożytnych Indiach* z I w., *Przysięgę Asapha* powstałą na przestrzeni III do VIII w., *Przysięgę lekarza arabskiego* z VII w. i *Przysięgę Kodeksu Mojżesza Majmonidesa*¹¹⁶ z XII w.¹¹⁷ To właśnie poza Europą po upadku Cesarstwa Rzymskiego zaczęła rozwijać się medycyna, która bardzo wysoki poziom osiągnęła zwłaszcza w obszarze kultury islamskiej ok. VIII w. W czasie, gdy na starym kontynencie sztukę lekarską ograniczono do przyklasztornej pomocy osobom potrzebującym, na Bliskim Wschodzie osiągnęła ona status jednej z ważniejszych nauk. To właśnie tam należy upatrywać źródeł powstałych pod koniec pierwszego tysiąclecia europejskich szkół zajmujących się medycyną w takich ośrodkach, jak Salerno czy Montpellier¹¹⁸.

¹¹⁴ *Etyka lekarska*. Warszawa 2002 s. 21.

¹¹⁵ Por. P. Aszyk. *Etyczne oblicza starożytnej medycyny. Wczesne chrześcijaństwo wobec przedchrześcijańskich wzorców moralnych związanych z uprawianiem sztuki leczenia*. Warszawa 2010 s. 259-260.

¹¹⁶ Majmonides w swoim kodeksie, który ma formę modlitwy, odwołuje się już do Jednego Boga. W swoim dziele zawiera podobne do Hipokratesa wezwania dotyczące szacunku względem chorego, umiłowania medycyny, szacunku do starszych lekarzy i unikania chciwości. W przeciwieństwie jednak do greckiego lekarza, nie wspomina o tajemnicy zawodowej, aborcji, eutanazji, ani o zakazie seksualnego wykorzystania pacjentów (por. Dunn. *Etyka dla lekarzy* s. 43-45).

¹¹⁷ Por. Wróbel. *Lekarska etyka* kol. 704; por. także Kowalski. *Przysięga lekarska* s. 509.

¹¹⁸ Por. Brzeziński. *Etyka lekarska*. W: *Encyklopedia bioetyki* s. 213-214. Przykładem pozytywnego wpływu świata arabskiego na nauczanie medycyny w Europie jest także perski lekarz Awicenna (980-1037 r.), z którego podręcznika *Kanon nauki medycznej. Księga leczenia* nauczano aż do początku XVIII w. (por. K. Szalata. *Pierwszy kodeks etyczny*. <http://www.uo.uksw.edu.pl/sites/default/files/Przysi%C4%99ga%20Hipokratesa%20ze%20wst%C4%99pem%20dra%20Kazimierza%20Sza%C5%82aty.pdf> [dostęp: 2.01.2017]; por. także Wróbel. *Lekarska etyka* kol. 705).

W Europie pierwsze po okresie starożytności kodeksy etyki lekarskiej zaczęły pojawiać się w XII w. Wśród nich do najważniejszych należą: *kodeksy sycylijskie Rogera II* z 1140 r. i *kodeksy Fryderyka II Hohenstaufa*, które powstały na przestrzeni 1231-1241 r. To one, a następnie rozwijające się uniwersytety, były przyczyną swoistego renesansu etyki lekarskiej w ujęciu hipokratesowym na starym kontynencie. Z niewielkimi zmianami ta sytuacja trwała do XIX w¹¹⁹. To właśnie w tym czasie swoje poglądy zaczął głosić Karol Marks (1818-1883 r.), który miał duży wpływ na ówczesną etykę lekarską. Według marksizmu ciało ludzkie nie jest własnością osoby, ale całego społeczeństwa. Materialistycznie pojmowany człowiek ma za zadanie udoskonalać się fizycznie poprzez wszelkiego rodzaju ingerencje medyczne. Osoba chora jest traktowana jako wadliwy element większej całości, którego – jeśli nie da się go naprawić – trzeba się pozbyć. W tak rozumianej koncepcji lekarz nie służy już każdemu pacjentowi, lecz dużemu organizmowi, jakim jest społeczeństwo¹²⁰. Idea marksizmu na długie lata wpłynęła na etos medycyny i po dziś dzień zbiera tragiczne żniwa w postaci wypaczenia sumienia wielu lekarzy, którzy przedkładają specyficznym rozumianym interes społeczeństwa nad dobro konkretnego człowieka¹²¹.

Kolejny istotny zwrot w obrębie etyki miał miejsce wraz z działalnością Jean-Paula Sartre'a (1905-1980 r.), którego egzystencjalizm w znacznym stopniu przyczynił się do umocnienia skrajnie rozumianej autonomii pacjenta. Osoba chora sama decyduje o tym, co dla niej w danym momencie jest dobre, a co złe. Konsekwencją takiej postawy jest ograniczenie roli lekarza do biernego realizatora woli pacjenta. W połączeniu z marksistowskim pojmowaniem interesu społeczeństwa, idea ta może doprowadzić do nałożenia na przedstawicieli służby zdrowia obowiązku eliminacji tych, którzy w subiektywnej ocenie jakieś grupy społecznej, stanowią nieakceptowalne obciążenie. Wśród tego typu pacjentów

¹¹⁹ Por. Brzeziński. *Etyka lekarska*. W: *Encyklopedia bioetyki* s. 214.

¹²⁰ Pewne pozostałości tak rozumianego etosu lekarskiego odnaleźć można w powstałej w 1948 r. *Deklaracji Genewskiej*, w której zapisano: „W chwili przyjęcia mnie do grona członków zawodu lekarskiego, ślubuję uroczyście, że poświęcę moje życie służbie ludzkości”, a nie „dobru chorego” jak to podkreślano do tej pory (por. *Deklaracja Genewska*. Genewa 1948. W: Dunn. *Etyka dla lekarzy* s. 45-46).

¹²¹ Por. A. Muszala. *Marks, Sartre i medycyna*. [Http://www.mp.pl/etyka/_podstawy_etyki_lekarskiej/35836,marks-sartre-i-medycyna](http://www.mp.pl/etyka/_podstawy_etyki_lekarskiej/35836,marks-sartre-i-medycyna) [dostęp: 5.11.2016].

znajdują się osoby niemogące samodzielnie wyrazić własnego zdania, a są to m.in. nienarodzone dzieci i pacjenci w stanie wegetatywnym¹²².

Równolegle do rozwoju kontrowersyjnych myśli Marksa i Sartre'a, pod koniec XIX w. zaczęto tworzyć pierwsze współczesne kodeksy etyki lekarskiej. Za inspiratora tego rodzaju kodyfikacji uchodzi T. Percival (1740-1804 r.). W swoim dziele *O instytucjach zawodowych lekarzy i chirurgów i o zasadach, jakie w środowisku lekarzy obowiązywać powinny* z 1803 r. wskazywał na podstawowe zasady, jakimi powinien kierować się adept sztuki medycznej w swojej pracy. Fundamentem etyki lekarskiej zawartej w tym kodeksie było budowanie właściwej relacji pomiędzy lekarzami, natomiast w mniejszym stopniu ich odniesienie do pacjentów. Niemniej jednak należy uznać go za istotny zbiór obowiązków nałożonych na medyków¹²³. Ważną rolę w tworzeniu adekwatnej etyki w pracy z pacjentem, odegrały powstające pod koniec XIX w. izby lekarskie, które były organem samorządu lekarskiego. To w ich ramach zaczęto uchylać kodeksy etyczne, które zobowiązywały do przestrzegania określonych zasad¹²⁴. Doświadczenia II wojny światowej i zbrodnie dokonane przez nazistowskich lekarzy były impulsem dla stworzenia tego typu norm prawnych na poziomie międzynarodowym. Pierwszym takim dokumentem był *Kodeks Norymberski* z 1947 r., w którym podano dziesięć zasad dopuszczalności wykonywania eksperymentów na ludziach¹²⁵. Jeszcze większe znaczenie miała uchwalona w 1948 r. przez Światowe Zgromadzenie Lekarzy *Deklaracja Genewska*, która została nazwana „współczesną wersją *Przysięgi Hipokratesa*”. Od swojego pierwowzoru różniła się przede wszystkim tym, że opuszczono fragment wprost zakazujący eutanazji (przy ciągłym nakazie troski o życie „od chwili jego poczęcia”), nie wspomniano o świętości i czystości życia osobistego lekarza, ani nie piętnuje się seksualnego uwodzenia pacjentów¹²⁶. Podobne brzmienie ma także sformułowany przez Światowe Stowarzyszenie Medyczne w 1949 r.

¹²² Por. tamże.

¹²³ Por. Wróbel. *Człowiek i medycyna* s. 220-221; por. także Brzeziński. *Etyka lekarska*. W: *Encyklopedia bioetyki* s. 214.

¹²⁴ Por. A. Tulczyński. *Historia i ewolucja kodeksów deontologicznych*. W: *Etyka i deontologia lekarska*. Red. T. Kielanowski. Warszawa 1985 s. 203.

¹²⁵ Por. *Kodeks Norymberski z 1947 r.* [Http://www.obieg.blogspot.com/2008/03/kodeks-norymberski.html](http://www.obieg.blogspot.com/2008/03/kodeks-norymberski.html) [dostęp: 31.12.2016].

¹²⁶ Por. *Deklaracja Genewska* s. 45-46.

Międzynarodowy Kodeks Etyki Medycznej, który mówił o konieczności wykonywania zawodu lekarza na najwyższym poziomie, ostrzegał przed chciwością i nakazywał „chronić życie ludzkie od poczęcia aż do śmierci”¹²⁷. Zasady postępowania w czasie prowadzenia badań naukowych zostały sprecyzowane w *Deklaracji Helsińskiej* w 1964 r. (poprawionej w Tokio w 1975 r.), w której podkreślono m.in., że troska o konkretnego człowieka musi być ważniejsza od troski o społeczeństwo czy naukę¹²⁸. Wraz z rozwojem medycyny, zwłaszcza w obszarze transplantologii, zaistniała konieczność opracowania zasad postępowania zespołu medycznego¹²⁹. Stąd, w myśl *Deklaracji z Sydney* z 1968 r., lekarz, który nie mógł należeć do zespołu transplantacyjnego, wydawał osąd o tym, czy śmierć pacjenta już nastąpiła¹³⁰. Milowego kroku w odejściu od idei etosu hipokratesowego dokonali autorzy *Deklaracji z Oslo* z 1970 r., którzy – choć we wstępie podkreślili „najwyższy szacunek dla ludzkiego życia od chwili poczęcia” – dopuścili stosowanie aborcji, choć wyłącznie jako środek terapeutyczny¹³¹. Jest to niewątpliwie wypaczenie dotychczasowego etosu, który w tym przypadku nie tolerował żadnych wyjątków. O obowiązkach lekarza mówi też powstała w 1975 r. *Deklaracja z Tokio*, która zabraniała medykom popierania, tolerowania lub uczestniczenia we wszelkiego rodzaju torturach. Nie mogli oni ponadto brać udziału w strajkach głodowych¹³². W tym miejscu warto wspomnieć, że również Międzynarodowa Organizacja Medycyny Muzułmańskiej w 1985 r. opublikowała *Kodeks Etyki Medycznej*, w którym – odwołując się do Wszechmogącego Boga – podkreślono obowiązek lekarza chronienia ludzkiego życia we wszelkich jego stadiach¹³³.

Również w Polsce na przestrzeni lat powstawały różnego rodzaju opracowania etyczne ujęte w kodeksy obowiązujące lekarzy. Najstarsza spośród znanych

¹²⁷ Cyt. za Dunn. *Etyka dla lekarzy* s. 46-47.

¹²⁸ Por. tamże s. 47-48.

¹²⁹ XX wiek zaowocował rozwojem medycyny na niespotykaną dotąd skalę. Józef Wróbel zauważa, że „momentem uznawanym za początek nowej epoki jest rok 1953, kiedy to Francis H.C. Crick oraz Jonas D. Watson przedstawili model strukturalny i funkcjonalny kwasu dezoksyrybonukleinowego (DNA). Z kolei w 1970 r. amerykański naukowiec Hamilton Smith odkrył i scharakteryzował enzymy restrykcyjne, a więc naturalne enzymy stanowiące podstawowe narzędzie inżynierii genetycznej, której początki sięgają 1973 roku” (*Etyka lekarska, etyka medyczna i bioetyka. Próba metodologicznego rozróżnienia*. „Roczniki Teologii Moralnej” 4:2012 s. 180).

¹³⁰ Por. Dunn. *Etyka dla lekarzy* s. 48-49.

¹³¹ Cyt. za tamże s. 49-50.

¹³² Por. tamże s. 50.

¹³³ Por. tamże s. 52-53.

polskich przysięg lekarskich pochodzi z XV w. Składali ją studenci Akademii Krakowskiej ubiegający się o stopień doktora medycyny. Akt ten miał miejsce przed uzyskaniem tego tytułu. Nie różnił się on znacząco od *Przysięgi Hipokratesa*, z tym wyjątkiem, że w miejsce greckich bogów pojawiło się pojęcie Boga w rozumieniu chrześcijańskim¹³⁴. Z czasem jednak tego typu deklaracje przestawały być wystarczającym źródłem norm postępowania dla stanu lekarskiego. Niewątpliwie negatywny wpływ na to miały powstające w XIX w. przysięgi, w których lekarz podporządkowywał się prawu stanowionemu, niezależnie jak nieetyczne by ono było¹³⁵. Stąd powstała potrzeba stworzenia kodeksów deontologicznych, które zaradzałyby coraz to nowym sytuacjom, w jakich mogliby znaleźć się praktykujący medycynę. Źródeł pogłębionej refleksji nad tym zagadnieniem należy dopatrywać się w działalności Towarzystw Lekarskich (m.in. powołanego w 1805 r. Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego i Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego działającego od 1820 r.) i Izb Lekarskich (rozwijających się na terenie zaboru pruskiego i austriackiego)¹³⁶. To na bazie ich refleksji powstały najstarsze polskie kodeksy etyki lekarskiej: *Uchwała Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich* z 1876 r. oraz *Zasady obowiązków i praw lekarzy* z 1884 r. Historyczne znaczenie miał również uchwalony na X Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie w 1907 r., a wspólny dla trzech zaborów, *Kodeks Deontologii lekarskiej*¹³⁷. Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości Walne Zebranie Naczelnej Izby Lekarskiej uchwaliło w 1935 r. *Zbiór zasad etyczno-deontologicznych* (znowelizowano go w 1936 r.). Po II wojnie światowej, w 1967 r., powstał *Zbiór zasad etyczno-deontologicznych Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, który znowelizowano w 1977 r. pod nazwą *Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza*. Najnowsze kodeksy zostały uchwalone na Drugim Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Lekarzy w Bielsku-Białej w 1991 r. oraz podczas zwołanego dwa lata później Trzeciego Krajowego Zjazdu

¹³⁴ Por. Tulczyński. *Historia i ewolucja kodeksów deontologicznych* s. 195; por. także Wróbel. *Lekarska etyka* kol. 706.

¹³⁵ W tzw. „obietnicy fakultetowej” podkreślano: „przysięgam i ślubuję, że w ciągu całego życia będę spełniał prawem nałożone obowiązki” (cyt. za T. Biesaga. *Kodeks Etyki Lekarskiej*. [Http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/29470,kodeks-etyki-lekarskiej](http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/29470,kodeks-etyki-lekarskiej) [dostęp: 2.01.2017].

¹³⁶ Por. Tulczyński. *Historia i ewolucja kodeksów deontologicznych* s. 203.

¹³⁷ Por. Wróbel. *Człowiek i medycyna* s. 218.

Lekarzy w Warszawie¹³⁸. Najnowszy kodeks, znowelizowany na Nadzwyczajnym VII Krajowym Zjeździe Lekarzy, pochodzi z 20 września 2003 r.¹³⁹

2.2. Współczesny kształt etosu lekarsko-medycznego

Czy współczesna etyka lekarska ma coś wspólnego z pielęgowanym przez tyle wieków etosem hipokratesowym? Zdaje się, że dzisiejsza medycyna rozwijająca się dynamicznie na przestrzeni ostatnich lat, coraz bardziej ulega pokusie pójścia na skróty, by – nie zważając na to, co moralnie słuszne – osiągnąć za wszelką cenę stawiane przed nią cele. Czy należy jednak zgodzić się ze stawianą niekiedy tezą, że współczesna bioetyka jest radykalnym zerwaniem z tradycją hipokratesową?¹⁴⁰ Powstaje również pytanie, czy można mówić o katolickiej moralności medycznej? Wielu współczesnych autorów zauważa, że wkład teologii w tę dziedzinę etyki nie jest imponujący, mimo to – co też jest podkreślane – Kościół katolicki częściej niż inne instytucje wyznaniowe zajmował się na przestrzeni wieków problemami etyki lekarsko-medycznej. Stąd nie sposób w tym miejscu nie odwoływać się także do wypowiedzi Magisterium Kościoła¹⁴¹. Choć chrześcijaństwo w dużej mierze przejęło spuściznę etosu hipokratesowego i zasymilowało go w ramach etyki, to w istotny sposób różni się od niego motywami niesienia pomocy. Lekarzem nie powinny

¹³⁸ Por. Nawrocka. *Etos w zawodach medycznych* s. 146.

¹³⁹ Por. Biesaga. *Kodeks Etyki Lekarskiej*. Historię powstania polskiego *Kodeksu Etyki Lekarskiej* opisuje także Jerzy Umiastowski, który pełnił swego czasu funkcję Przewodniczącego Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Izby Lekarskiej (por. *Historia powstania polskiego Kodeksu Etyki Lekarskiej*. http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/80554,historia-powstania-polskiego-kodeksu-etyki-lekarskiej [dostęp: 2.01.2017]). Szczegółowego wyliczenia i opisu poszczególnych kodeksów deontologicznych powstałych w XIX i XX w. na terenie Polski dokonał A. Sikora (*Pojęcie, rozwój i struktura polskich kodeksów etyki lekarskiej na tle etyki zawodowej*. „Poznańskie Studia Teologiczne” 13:2002 s. 100-101; por. także J. Skrzypczak. *Historia odpowiedzialności zawodowej lekarzy w Polsce*. „Biuletyn Informacyjny Sądu Lekarskiego i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej” 2001 nr 4-5 s. 68-76).

¹⁴⁰ Do takich wniosków dochodzi m.in. Kazimierz Szewczyk (por. *Bioetyka i najwyższa powinność lekarza*. <http://www.medium.dilnet.wroc.pl/index.php/czerwiec-lipiec-2016/1018-czy-etyka-lekarska-jest-potrzebna-bioetyka-i-najwysza-powinno-lekarza> [dostęp: 31.12.2016]).

¹⁴¹ Por. J. Fuchs. *Czy istnieje katolicka moralność medyczna? W: Bioetyka. Naglące pytania*. Red. P. Aszyk. Warszawa 2005 s. 25. Autor powołuje się na wnioski, które wypływają z lektury następujących książek: J. M. Gustafson. *The Contributions of Theology to Medical Ethics*. Milwaukee 1975 oraz *Theology and Bioethics. Exploring the Foundations and Frontiers*. Red. E.E. Shelp. Dordrecht 1985.

kierować wyłącznie pobudki filantropijne mające ludzki charakter, ale wartości stricte ewangeliczne. Przypowieść o miłosiernym Samarytaninie, która sięga korzeni relacji między Bogiem i człowiekiem, staje się wzorem postawy względem cierpiącego człowieka. Powołanie lekarskie winno zatem charakteryzować się nie tylko wyuczoną sztuką medyczną, ale przede wszystkim ma cechować się zaangażowaniem i darem z siebie ofiarowanemu pacjentowi¹⁴².

Etykę lekarską często utożsamia się z deontologią lekarską, co jest dużym uproszczeniem. Ta druga, jako nauka o powinnościach, była najczęściej przedmiotem nauczania na uniwersytetach, jednak sama etyka wykracza daleko bardziej poza charakter jurydyczny, a jej ważną częścią jest aksjologia¹⁴³. Współczesna etyka medyczna staje przed nowymi wyzwaniem różniącymi się zasadniczo od tych, z którymi musieli się zmierzyć autorzy pierwszych kodeksów. Dynamiczna technicyzacja procesów leczenia, rozwój terapii eksperymentalnych, genetycznych, prenatalnych, a nawet preimplantacyjnych oraz postęp w ramach szeroko rozumianej biomedycyny, sprawia, że musi ona odpowiadać na rodzące się wciąż pytania. Obok zagadnień związanych z leczeniem różnych patologii pojawiającymi się w ludzkim organizmie, ważnym współczesnym problemem jest także diametralne pogorszenie się warunków życia na wielu obszarach Ziemi. Zanieczyszczenie środowiska, wzrost hałasu, stres i trwające po wiele lat konflikty zbrojne stwarzają również nowe problemy, z którymi musi zmierzyć się medycyna. Występujące współcześnie (zarówno te pochodzenia naturalnego, jak

¹⁴² Por. Wróbel. *Człowiek i medycyna* s. 231. Autor w swym dziele powołuje się m.in. na stanowisko Pawła VI, który wskazywał na szczególnie teologiczny charakter powołania lekarskiego (*Solidarietà concreta per la lotta contro la tubercolosi*. Przemówienie do uczestników XVIII międzynarodowej konferencji na temat gruźlicy [27 IX 1963]. AAS 55:1963 s. 862-864; *La società italiana di cancerologia*. Przemówienie do uczestników VII kongresu narodowego zorganizowanego przez Włoskie Towarzystwo Onkologiczne [7 XI 1964]. W: PVIIIns T.2. 1964. Rzym 1965 s. 637-640; *I medici dell'E.N.P.A.S. [Ente Nazionale Previdenza per gli Statali]*. Przemówienie do lekarzy E.N.P.A.S. [6 X 1966]. AAS 58:1966 s. 902-905; *Presenza cristiana nel mondo sanitario*. Przemówienie do przedstawicieli Włoskiego Zrzeszenia Zawodów Sanitarnych [3 V 1975]. W: PVIIIns. T.13. 1975. Rzym 1976 s. 388-389; *Svolgere l'attività sanitaria in conformità alle leggi divine*. Przemówienie do lekarzy włoskich i amerykańskich uczestniczących w sympozjum na temat formacji lekarzy w Włoszech i Stanach Zjednoczonych [21 II 1976]. W: PVIIIns. T. 14. 1976. Rzym 1977 s. 120-121). Natomiast Jan Paweł II, zwracając się do włoskich lekarzy, opisał ich misję jako „służbę człowiekowi na szerokim, złożonym i tajemniczym polu cierpienia” (*Medycyna: pełna służba życiu i godności osoby*. Przemówienie do członków Stowarzyszenia Włoskich Lekarzy Katolickich [4 III 1989]. W: JPIIns. T. 12/1. 1989. Rzym 1991 s. 479-480).

¹⁴³ Por. Brzeziński. *Etyka lekarska*. W: *Encyklopedia bioetyki* s. 214.

i spowodowane działaniem człowieka) kataklizmy, które obejmują swym działaniem olbrzymie obszary zamieszkałe przez ludzi, stały się ponadto przyczyną wypracowania etyki utilitarnej, w której zaczęto wartościować pacjentów ze względu na kolejność udzielanej im pomocy¹⁴⁴. Te wszystkie sytuacje sprawiają, że zakres zainteresowania współczesnej etyki medycznej daleko bardziej wykracza poza omawiane do tej pory zagadnienia.

Gdyby spróbować określić dwa główne filary dzisiejszej etyki lekarsko-medycznej, należałoby wskazać na „dobro pacjenta” oraz „kryterium autonomii”¹⁴⁵. W ramach pierwszego zagadnienia mieści się to wszystko, co dotyczy ratowania zdrowia i życia chorego oraz przestrzeganie hipokratesowej zasady nieszkodzenia. Poprzez kryterium autonomii rozumie się zarówno kwestię odpowiedzialności lekarza, który ma prawo postępować w zgodzie ze swoim sumieniem oraz współodpowiedzialność pacjenta, który samodzielnie podejmuje decyzję o poddaniu się leczeniu lub o jego zaniechaniu. Na pewno od czasów Percivala, czyli swoistego pioniera całościowego opracowania etyki medycznej, radykalnie zmieniło się rozumienie roli zarówno lekarza, jak i pacjenta w przebiegu procesu leczenia. Wzorując się na etosie hipokratesowym, najstarsze współczesne kodeksy podkreślały przede wszystkim rolę lekarza, który – jako najbardziej świadomy istniejącej choroby i sposobów radzenia sobie z nią – ponosił największą odpowiedzialność i zasadniczo to na nim spoczywała konieczność podjęcia ostatecznej decyzji. Wraz z rozwojem świadomości personalistycznej podkreślano podmiotowość pacjentów, którzy zaczęli stawać się współodpowiedzialni za proces leczenia. W wyniku ewolucji tego typu myślenia, również najnowsze kodeksy wzbogacano o wartości wykraczające poza tradycyjnie rozumiane obowiązki lekarzy. Za równie istotne uznano prawa pacjenta, wśród których do rangi najważniejszych wyrosły: prawo do uszanowania jego woli, prawo do rzetelnej i odpowiedniej informacji oraz obowiązek uzyskania wcześniejszej zgody na dokonywania jakichkolwiek ingerencji medycznych¹⁴⁶.

¹⁴⁴ B. Górnicki. *Nowe problemy etyki lekarskiej*. „Etyka” 14:1975 s. 29; por. także K. Marczewski. *Eutanazja wśród decyzji o zakończeniu życia – punkt widzenia lekarza praktyka*. W: *Eutanazja: prawo do życia – prawo do wolności*. Red. B. Chyrowicz. Lublin 2005 s. 99.

¹⁴⁵ Takiego podziału dokonał m.in. P. Morciniec (*Ewolucja i treść medycznych kodeksów deontologicznych*. „Forum Teologiczne” 4:2003 s. 93-94).

¹⁴⁶ Por. tamże s. 92-93; por. także Wróbel. *Lekarska etyka* kol. 707-708.

Omawiając znaczenie etosu lekarsko-medycznego w służbie zdrowia i życia, warto spośród wielu tematów wchodzących w jego zakres, wskazać na te obszary, którymi w sposób szczególny zajmuje się dzisiejsza etyka medyczna, a są to, obok zagadnień związanych z eutanazją i uporczywą terapią¹⁴⁷, m.in. kwestia eksperymentów oraz transplantacji organów¹⁴⁸. Eksperymenty dokonywane na człowieku, nawet gdy przeprowadzano je z tak zwanych szlachetnych pobudek (by nabyć umiejętności pokonania jakiejś konkretnej choroby), na przestrzeni wieków wywoływały liczne kontrowersje. Historia zna liczne przypadki tego typu działań zwłaszcza wobec ludzi pozbawionych praw obywatelskich m.in. w starożytnym Egipcie i w Persji. Można jednak przyjąć tezę, że to XX w. był czasem największego pogwałcenia praw człowieka w zakresie przeprowadzanych eksperymentów medycznych¹⁴⁹. Punktem kulminacyjnym tego typu działań były praktyki stosowane przez nazistowskich lekarzy w niemieckich obozach koncentracyjnych oraz przez japońskich medyków w czasie II wojny światowej. Doświadczenia nieludzkiego traktowania pacjentów zarówno w czasie pokoju, jak i wojny, doprowadziły ostatecznie do sformułowania podstawowych zasad przeprowadzania eksperymentów medycznych, które stały się zasadniczym elementem etyki lekarskiej. Powszechnie przyjmuje się, że działanie eksperymentalne jest tak długo niegodziwe, jak długo nie istnieje pewność, że żaden z leków stosowanych wcześniej na zwierzętach, nie grozi powstaniem skutków ubocznych u pacjenta, które mogą mieć wpływ na jego życie lub zdrowie¹⁵⁰. Tego typu intuicja uzyskała status prawa międzynarodowego wraz z podpisaniem w 1964 r. *Deklaracji Helsińskiej*, w której zaznaczono: „Badania medyczne prowadzone z udziałem ludzi muszą pozostawać w zgodzie z ogólnie przyjętymi zasadami naukowymi, być oparte na gruntownej znajomości literatury naukowej

¹⁴⁷ Problem eutanazji i zaniechania uporczywej terapii, a także rola lekarza, którą spełnia w obu tych rzeczywistościach, zostaną omówione w 3. rozdziale.

¹⁴⁸ To właśnie te kwestie nazywane są często „nowymi problemy etyki lekarskiej” (por. Górnicki. *Nowe problemy etyki lekarskiej* s. 31-41).

¹⁴⁹ Bolesław Górnicki podaje przykłady wielu eksperymentów medycznych przeprowadzonych z pogwałceniem praw człowieka, m.in. opisuje sytuację zaistniałą w United States Public Health Service w 1932 r., gdzie rozpoczęto zakrojone na szeroką skalę badania nad kiłą. Do tego eksperymentu zaangażowano 616 czarnoskórych mieszkańców Stanów Zjednoczonych, którym w wielu przypadkach zaniechano podawanie leków, aby w ten sposób obserwować pojawiające się objawy choroby (por. tamże s. 31-35).

¹⁵⁰ Por. tamże s. 33-34.

i innych istotnych źródeł informacji oraz na odpowiednich badaniach doświadczalnych i, jeśli jest to właściwe, na badaniach na zwierzętach”¹⁵¹. W polskim *Kodeksie Etyki Lekarskiej* uchwalonym w 2003 roku zaznaczono, że „eksperymenty medyczne z udziałem człowieka mogą być przeprowadzone przez lekarza, o ile służą poprawie zdrowia pacjenta biorącego udział w doświadczeniu lub poszerzają zakres wiedzy i umiejętności lekarskich”¹⁵². Na temat podmiotowej roli pacjenta i jego nienaruszalnego dobra, które musi być chronione w eksperymencie medycznym, mówi także *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia* wydana przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia¹⁵³ oraz *Katechizm Kościoła Katolickiego*¹⁵⁴.

Obecnie powszechnie przyjmuje się cztery zasadnicze kryteria dopuszczalności stosowania eksperymentów medycznych. Po pierwsze, może go przeprowadzać tylko lekarz i to pod warunkiem posiadania wysokich kwalifikacji w tym zakresie. Po drugie, pacjent musi wyrazić świadomie i dobrowolnie zgodę na przeprowadzony zabieg lub proces leczenia, co może dokonać się dopiero po otrzymaniu przez niego odpowiednich informacji o wszystkich możliwych skutkach zastosowanej terapii. Po trzecie, istotne jest przestrzeganie zasady proporcjonalnego ryzyka, to znaczy podejmowanie tylko takich działań, których przewidywane skutki są znacznie bardziej korzystne od ewentualnych złych skutków. Po czwarte, każdy uczestnik eksperymentu ma prawo w każdej chwili wycofać swoją wcześniejszą zgodę na udział w terapii¹⁵⁵.

Inną ważną kwestią etyczną, z którą w XX w. musiał zmierzyć się świat medycyny, była rozwijająca się praktyka pobierania organów od zmarłego dawcy, co było jedną z przyczyn powstania definicji śmierci mózgowej. Przeszczepianie

¹⁵¹ Światowe Stowarzyszenie Lekarzy. *Deklaracja Helsińska*. Helsinki 1964 art. 21. *Deklaracja Helsińska* na przestrzeni wieków doczekała się licznych nowelizacji. Najnowsza pochodzi z 2013 r. i zatwierdzoną ją na 64. Zgromadzeniu Ogólnym Światowego Stowarzyszenia Lekarzy w Brazylii.

¹⁵² *Kodeks Etyki Lekarskiej; tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy*. Warszawa 2004 art. 42.

¹⁵³ Nr 99-108. *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia* jest uwspółcześioną i rozszerzoną wersją wydanego przeszło dwadzieścia lat wcześniej dokumentu (por. KPSZ).

¹⁵⁴ Por. nr 2295.

¹⁵⁵ Por. S. Kornas. *Eksperyment medyczny*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 185.

ludzkich narządów jest stosunkowo młodą praktyką sięgającą swymi korzeniami 1954 r., kiedy to J.E. Murray dokonał transplantacji nerki do organizmu brata bliźniaka dawcy¹⁵⁶. Na przestrzeni 60 lat nastąpił dynamiczny rozwój tej dziedziny medycyny i obecnie rozróżnia się kilka jej rodzajów: autoprzeszczepy, przeszczepy allogeniczne, heterotransplantacje, izotransplantacje i alloplastyka¹⁵⁷. Wraz z powszechnym uznaniem tego typu terapii, powstała konieczność uregulowania kwestii prawnych i etycznych jej stosowania. W Polsce tę sprawę sankcjonuje m.in. najnowsza *Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów* z 2005 r.¹⁵⁸

Ważną z punktu widzenia lekarza kwestią jest sprawa stwierdzenia śmierci mózgowej osoby, która ma stać się dawcą organów. Pobieranie narządów – co trzeba ze stanowczością podkreślić – nigdy nie może oznaczać zaniechania prób ratowania życia dawcy. Każdy pacjent musi być leczony z takim samym zaangażowaniem, aż do niepozostawiającego cienia wątpliwości stwierdzenia śmierci. Dopiero po zdiagnozowaniu zgonu, co jest zadaniem kompetentnego zespołu medycznego¹⁵⁹, można rozpocząć procedurę transplantacji. Przestrzeganie tego założenia jest podstawowym obowiązkiem moralnym transplantologa. Współczesna etyka wypracowała zasady dotyczące transplantacji, które zyskały także akceptację Magisterium Kościoła. Można je sprowadzić do czterech najważniejszych wymogów. Transplantacja musi mieć charakter terapeutyczny. Należy dowieść, że stanowi ona jedyną szansę na uratowanie życia lub zdrowia pacjenta, a ponadto spodziewane rezultaty są proporcjonalnie wyższe od podejmowanego ryzyka. Oczekuje się także tego, aby potencjalny dawca wyraził

¹⁵⁶ Pierwszego w historii przeszczepu organu zwierzęcego dokonał w Wiedniu w 1902 r. E. Ullmann, wykonując ten zabieg na psiej nerce (por. P. Morciniec. *Przeszczepy narządów*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 502).

¹⁵⁷ Por. R. Otowicz. *Serce do wymiany. Etyczne aspekty transplantacji organów*. W: *Bioetyka. Naglące pytania*. Red. P. Aszyk. Warszawa 2005 s. 138.

¹⁵⁸ *Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*. Dz.U. 2005 nr 169 poz. 1411.

¹⁵⁹ Kryteria określające śmierć mózgową na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci ulegały zmianom. W obecnym stanie wiedzy medycznej jako warunek jej zaistnienia, przyjmuje się – po przeprowadzeniu badania złożonego z dwóch etapów – stwierdzenie śmierci pnia mózgu (por. B. Wójcik. *Śmierć mózgową*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 586-587). Ta kwestia zostanie szerzej omówiona w 3. rozdziale.

świadomą zgodę na (dokonane także po jego śmierci) pobranie organu, tkanki czy komórki¹⁶⁰.

Ważną kwestią, którą zajmują się kodeksy etyki lekarskiej od samego momentu ich powstania, jest także tajemnica lekarska. Jest to – jak podaje *Encyklopedia bioetyki* – „powinność moralna zakazująca ujawniania słowem lub w jakikolwiek inny sposób wiadomości o stanie zdrowia badanego i leczonego pacjenta, nabytych przez lekarza w trakcie jego lekarskich czynności”¹⁶¹. Tajemnica ta jest rozciągnięta na cały zespół zajmujący się pacjentem, począwszy od lekarzy, poprzez pielęgniarki, a skończywszy na personelu administracyjnym¹⁶². Wynika to z konieczności obrony godności pacjenta, co jest fundamentem relacji partnerskiej między nim a uprawiającymi nauki medyczne. Tajemnica lekarska broni przede wszystkim prywatności człowieka, a jej złamanie wchodzi w przestrzeń naruszenia ludzkiej wolności. Ponadto zobowiązanie, które w sposób dobrowolny przyjmuje na siebie lekarz (jak i każdy inny pracownik służby zdrowia), staje się jego osobistym obowiązkiem moralnym, który musi przestrzegać¹⁶³. Źródeł tej zasady należy doszukiwać się już w *Przysiędze Hipokratesa*, w której lekarz przyrzekał, że nie będzie rozgłaszał niczego, czego dowiedział się przy okazji wykonywania swojej pracy¹⁶⁴. Ta forma osobistego zobowiązania regulowana jest także przez współczesne akty prawne, m.in. przez *Kodeks Etyki Lekarskiej*¹⁶⁵, *Ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentystry*¹⁶⁶ oraz *Ustawę o prawach pacjenta i*

¹⁶⁰ Pierwszym papieżem, który odniósł się do kwestii transplantacji, był Pius XII. Wypowiadając się na temat zabiegów natury kosmetycznej w ramach chirurgii plastycznej, zaakceptował ten rodzaj terapii dopuszczając stosowanie przeszczepów (por. *Discours aux membres du X^e Congrès national de chirurgie plastique*. Przemówienie do uczestników X kongresu chirurgii plastycznej [4 X 1958]. AAS 50:1958 s. 925-961). Spośród narządów możliwych do przeszczepiania Kościół wyłącza mózg i gruczoły płciowe zapewniające tożsamość osobową i płciową (por. NKPSZ 119).

¹⁶¹ K. Szczygieł. *Tajemnica lekarska*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 600.

¹⁶² Por. R. Kubiak. *Tajemnica medyczna*. Warszawa 2015 s. 15.

¹⁶³ Por. M. Olejniczak. *KEL: Tajemnica lekarska i jej znaczenie nawet po śmierci*. http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/134112,kel-tajemnica-lekarska-i-jej-znaczenie-nawet-po-smierci-chorego [dostęp: 7.06.2017].

¹⁶⁴ „Cokolwiek bym podczas leczenia, czy poza nim, z życia ludzkiego ujrzał, czy usłyszał, czego nie należy na zewnątrz rozgłaszać, będę milczał, zachowując to w tajemnicy” (*Przysięga Hipokratesa* s. 197).

¹⁶⁵ Por. *Kodeks Etyki Lekarskiej: tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r.* art. 23

¹⁶⁶ Por. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Dz.U. 2015 poz. 464.

*Rzeczniku Praw Pacjenta*¹⁶⁷. Obowiązek ten nie ma jednak charakteru absolutnego¹⁶⁸. Istnieją bowiem szczególne przypadki, w których lekarz ma prawo, a niekiedy nawet obowiązek ujawnić niektóre informacje, które nabył w procesie leczenia. Dzieje się tak między innymi, gdy zachowanie tajemnicy w istotny sposób zagraża życiu pacjenta lub innych osób, kiedy wykonuje się badania np. na zlecenie sądu lub innej uprawnionej instytucji, a także gdy w grę wchodzi podejrzenie przestępstwa. Podobnie, gdy jest to niezbędne dla nauki zawodów medycznych lub innych celów zawodowych. Zawsze jednak musi dokonywać się to w sposób zgodny z przepisami i być ograniczone wyłącznie do niezbędnych danych¹⁶⁹.

Podsumowując omawianie tej części etyki w medycynie, trzeba zwrócić uwagę na sumienie lekarza. Powinno być ono fundamentem wszelkiej refleksji nad istniejącym etosem, ponieważ punktem wyjścia winien być właściwie uformowany człowiek. To sumienie ma wskazywać, jak w danym momencie powinien zachować się lekarz, kiedy podjąć się leczenia pacjenta, a w jakiej sytuacji zaniechać działania. Tylko sumienie właściwie uformowane może – odwołując się do wypracowanych na przestrzeni wieków pryncypiów – w sposób pewny rozwiązywać pojawiające się problemy moralne. Uznanie tej prawdy jest fundamentem właściwie rozumianego humanizmu. Stąd żadne przepisy pochodzenia ludzkiego nie mogą zmuszać nikogo do postępowania wbrew własnemu rozeznaniu moralnemu¹⁷⁰. Konieczne jest zatem, aby w państwowym prawodawstwie była uszanowana kwestia klauzuli sumienia, która jest gwarantem obrony praw zarówno lekarza, jak i pacjenta¹⁷¹.

¹⁶⁷ Por. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz.U. 2012 poz. 159.

¹⁶⁸ Por. *Kodeks Etyki Lekarskiej: tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r.* art. 24.

¹⁶⁹ Por. Szczygieł. *Tajemnica lekarska* s. 600-601; por. także Dunn. *Etyka dla lekarzy* s. 63-66; M.E. Kowalska [i in.]. *Prawo pacjenta do poszanowania własnej godności*. W: *Bioetyka i praktyka medyczna. Wybrane zagadnienia*. Red. B. Dobrowolska. Lublin 2011 s. 168-169.

¹⁷⁰ Por. S. Olejnik. *Etyka lekarska*. Katowice 1995 s. 38-39; por. także Wróbel. *Lekarska etyka* kol. 707-708.

¹⁷¹ Por. J. Pawlikowski. *Religijność lekarzy jako czynnik kształtujący postawy i decyzje zawodowe. Rozważania w kontekście sporu o klauzulę sumienia*. W: *Bioetyka i praktyka medyczna. Wybrane zagadnienia*. Red. B. Dobrowolska. Lublin 2011 s. 79-95; por. także W. Terlecka. *Lekarz-pacjent, spotkanie dwóch sumień i dwóch wolności*. W: *Godność – utracona?* Red. M. Renkielska. Kielce 1999 s. 7-15; S. Gałęcki. *Autonomia pacjenta a prymat sumienia*. W: *Od autonomii osoby do autonomii pacjenta*. Red. G. Hołub [i in.]. Kraków 2013 s. 184-202; J. Bogusz. *Sumienie najwyższym sędzią*. W: *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie*. Red. J. Bogusz. Bydgoszcz 1985 s. 5-10.

Od czasów starożytnych, w których zaczęto praktykować medycynę, etyka z nią związana zajmowała się głównie posługą lekarzy, którzy w sposób bezpośredni odpowiadali za przebieg procesu leczenia. Rozwój praktyki medycznej, zwłaszcza w ostatnich latach, rozszerzył etos medyczny na olbrzymią grupę pracowników służby zdrowia. Oprócz lekarzy etyka medyczna ma zatem na uwadze także pracę m.in. pielęgniarek, sanitariuszy, osób obsługujących urządzenia medyczne, pracowników administracji, a także przedstawicieli firm farmaceutycznych¹⁷². Warto zatem przeanalizować historyczne i aktualne rozważania moralne w tym zakresie, a także pojawiające się na przestrzeni lat prawodawstwo, które reguluje te kwestie.

Niezwykle istotna w procesie leczenia jest posługa wszystkich zajmujących się pielęgniarstwem. To oni stanowią największą grupę pracowników służby zdrowia. To przedstawiciele tego zawodu stają się najczęściej tymi, którzy bezpośrednio i permanentnie zajmują się chorym pacjentem. Pielęgniarstwo w XX w. uzyskało status nauki i jako takie jest wykładane na uniwersytetach, a tym, co łączy je z medycyną, jest przedmiot materialny obu dyscyplin, czyli człowiek i jego zdrowie. Zadaniem tych, którzy uprawiają „naukę medyczną o pielęgnowaniu”¹⁷³, jest udział w promocji dobrostanu pacjenta, zapobieganie chorobom, przywracanie zdrowia i wspieranie pacjenta w jego zaradności¹⁷⁴. Etos pracy zawodowej pielęgniarki swymi korzeniami sięga starożytnej medycyny i wyrażał się w dbaniu o chorego człowieka, pielęgnowaniu go i trosce o jego podstawowe potrzeby¹⁷⁵. Pielęgniarstwo jako zawód znane jest od XIX w., a związana z nim etyka zrodziła się z etosu medycznego opartego na tradycji hipokratesowej, której główną przesłanką była troska o dobro pacjenta¹⁷⁶. W 1893 r. powstała pierwsza przysięga pielęgniarska, którą nazwano imieniem wybitnie zasłużonej na polu pomocy najbardziej chorym i cierpiącym – Florence Nightingale. Warto ten tekst przytoczyć w całości: „Przyrzekam uroczyście przed Bogiem w obecności wszystkich tu

¹⁷² Por. Wróbel. *Medyczna etyka* kol. 420-421.

¹⁷³ Tak pielęgniarstwo zdefiniował L. Niebrój (por. *Podstawy filozofii pielęgniarstwa*. Katowice 2001 s. 42).

¹⁷⁴ Por. tamże s. 66.

¹⁷⁵ Niektóre źródła podają, że już 4000 lat przed Chr. wśród mieszkańców Mezopotamii, Egiptu, Syrii, Indii oraz w basenie Morza Śródziemnego rozwijało się to, co dziś możemy nazwać pielęgniarstwem, czyli opieka nad chorymi. Szczegółowej analiza tego zagadnienia podjęła się A. Nawrocka (*Etos w zawodach medycznych* s. 99-114).

¹⁷⁶ Por. A. Nawrocka. *Etos pielęgniarek w aspekcie historycznym*. „*Annales Academiae Medicae Silesiensis*” 63:2009 s. 63.

zebranych, że w życiu moim będę zawsze postępować nieskazitelnie, a w pracy zawodowej zawsze będę zasługiwać na zaufanie. Będę daleka od tego wszystkiego, co szkodliwe i zgubne, nigdy sama nie zażyję, ani też nikomu nie podam nic takiego, co mogłoby mu szkodzić. Będę dokładać wszelkich starań, aby przyczynić się do podnoszenia poziomu mojego zawodu, a także będę zachowywać w tajemnicy wszystkie informacje dotyczące spraw osobistych i rodzinnych pacjenta, które zostaną mi powierzone w czasie praktyki zawodowej. Będę lojalnie pomagać lekarzowi w jego pracy oraz pracować z poświęceniem dla dobra tych, którzy będą powierzani mojej opiece”¹⁷⁷. Przysięga ta, choć w wielu miejscach różni się od hipokratesowego wzoru, to odzwierciedla jej personalistyczny charakter, w którym najwyższym nakazem dla zajmujących się medycyna jest ratowanie życia i zdrowia pacjenta.

Wśród najważniejszych etycznych wartości wymieniane jest życie, zdrowie i wolność, które w pracy pielęgniarki przyjmują konkretną formę: pacjent, życie pacjenta, zdrowie pacjenta oraz autonomia pacjenta i pielęgniarki. Chory jest dla pielęgniarki zawsze najwyższym dobrem. Przejawia się to przede wszystkim w trosce zarówno o jego życie, które jest najwyższą wartością, jak i o zdrowie będące dobrem witalnym stanowiącym podstawę do realizacji wartości wyższego rzędu. Pielęgniarka zatem, z powodu wyjątkowości swojego zawodu, zobowiązana jest do nieustannego doskonalenia swoich kompetencji w niesieniu pomocy innym ludziom. Z etyką pielęgniarstwa ściśle wiąże się także pojęcie autonomii, które dotyczy zarówno pacjenta, jak i samych pracowników służby zdrowia¹⁷⁸. Osoba chora ma prawo do samostanowienia o sobie, w tym także może domagać się zaniechania stosowania uporczywej terapii, ale i pielęgniarka posiada duży zakres wolności w podejmowaniu decyzji.

Punktem wyjścia etyki zawodowej pielęgniarki w stosunku do osoby cierpiącej jest humanizm¹⁷⁹, a może być on właściwie realizowany tylko przez osoby, których sumienie jest odpowiednio uformowane. To ono – podobnie jak w przypadku lekarzy

¹⁷⁷ Cyt. za S. Poznańska. *Pielęgniarstwo wczoraj i dziś*. Warszawa 1988 s. 76.

¹⁷⁸ Wspomnianymi elementami aksjologii w etyce pielęgniarstwa obszernie zajął się W. Szuta (por. *Wybrane wartości aksjologiczne w etosie pielęgniarki*. W: *W drodze do brzegu życia*. Tom. 11. Red. E. Krajewska-Kułak [i in.]. Białystok 2013 s. 36-39; por. także Z. Pucko. *Filozofia*. W: Red. J. Górajek-Jóźwik. *Filozofia i teorie pielęgniarstwa*. Lublin 2007 s. 94-108).

¹⁷⁹ Por. T. Ślipko. *9 dylematów etycznych*. Kraków 2010 s. 46-49.

– staje się dla pielęgniarki wiarygodnym wyznacznikiem prawa moralnego i tego, jak je aplikować do konkretnych sytuacji życiowych. Sumienie o tyle staje się ostateczną normą moralną, o ile – jak podkreśla akademicki podręcznik *Etyka w pracy pielęgniarskiej* – przyjmuje postać prawego, pewnego i przeduczynkowego¹⁸⁰.

Właściwa formacja pracowników służby zdrowia wymaga znajomości odpowiednich zasad etycznych, których poznanie odbywać się powinno w ramach szkoleń, tak samego personelu, jak i tych, którzy zajmują stanowiska kierownicze. Gdy na grupie polskich pielęgniarek przeprowadzono badanie dotyczące respektowania zasad etycznych w ich pracy, 93% z ankietowanych podało, że zna te zasady, jednak tylko 76% z nich zadeklarowało przestrzeganie ich w czasie wykonywania swoich zawodowych obowiązków. Spośród najistotniejszych wartości, które starają się przestrzegać, wskazano na odpowiedzialność (91%), szacunek dla osoby (86%) oraz czynienie dobra (80%)¹⁸¹. Tego typu badania, choć są zawsze obarczone dużym marginesem błędu, pomagają w wypracowaniu pewnego obrazu środowiska, w którym są przeprowadzane. Te dane są dowodem na to, że zasady etyki – przynajmniej w teorii – nie są obce przedstawicielom pielęgniarstwa. Co więcej, większość z deklarujących ich znajomość przestrzega je w swojej pracy. Cały czas otwarta jest jednak kwestia formacji pozostałej – wcale nie takiej małej – grupy pracowników. Jest to niewątpliwie bardzo istotne zadanie nie tylko dla odpowiednich szkół i uczelni wyższych, ale i dla całej kadry kierowniczej czuwającej nad rozwojem moralnym pielęgniarek w każdym miejscu, gdzie niesiona jest pomoc osobom chorym.

Pielęgniarki nie są jednak jedyną obok lekarzy grupą pracowników, których obowiązuje etos medyczny. Wśród pozostałych przedstawicieli służby zdrowia

¹⁸⁰ Por. Z. Kostrzanowska. *Ogólna etyka pielęgniarstwa*. W: *Etyka w pracy pielęgniarskiej*. Red. I. Wrońska, J. Mariański. Lublin 2002 s. 153; por. także W. Szuta. *Rola sumienia w etyce pielęgniarstwa*. W: *Wielowymiarowość współczesnej medycyny*. Red. E. Krajewska-Kułak [i in.]. Białystok 2012 s. 22.

¹⁸¹ Por. Z. Kostrzanowska, K. Małek. *Respektowanie zasad etycznych w pracy zawodowej pielęgniarek*. „Problemy Pielęgniarstwa” 16:2008 z. 3 s. 261-268. Przeprowadzono również badania nad pojawiającymi się etycznymi dylematami w pracy pielęgniarki. W ponad 70% przypadków wskazano, że pracownikowi nie udało się znaleźć satysfakcjonującego rozwiązania danego problemu moralnego (por. K. Kicel, M. Szydłowska. *Dylematy etyczne w pracy pielęgniarki*. W: *W drodze do brzegu życia*. Tom. 11. Red. E. Krajewska-Kułak [i in.]. Białystok 2013 s. 63).

warto wskazać tych, którzy odpowiadają za obsługę sprzętu medycznego, gdyż często od ich profesjonalizmu zależy zdrowie i życie pacjentów. Przypadkiem osoby ponoszącej wyjątkową odpowiedzialność w procesie stwierdzania śmierci mózgowej człowieka, jest technik elektroradiologii. Specjalista ten podczas badania angiograficznego potwierdza zaprzestanie pracy mózgu pacjenta. Choć odpowiedzialność technika jest ogromna, nie wypracowano w Polsce niezależnego kodeksu deontologicznego, który mógłby stać się pomocą w usystematyzowaniu zasad etycznych, których powinien on przestrzegać. Nie jest wystarczające odwołanie się do *Kodeksu Etyki Lekarskiej*, gdyż zakres obowiązków nałożony na tego pracownika jest inny. W obliczu braku takiego opracowania na gruncie polskim¹⁸², można odwołać się do raportu Międzynarodowej Komisji Ochrony Radiologicznej będącej organem doradczym Światowej Organizacji Zdrowia, który podaje cztery najważniejsze pojęcia etyczne w ochronie radiologicznej: odpowiedzialność, szacunek, sprawiedliwość i dobro¹⁸³. To właśnie te wartości, które specjalista od elektroradiologii czerpie nie tyle z kodeksu, co z takich fundamentów moralnych jak rodzina i religia, są źródłem m.in. postawy altruizmu, humanizmu, prawdomówności i współczucia. Osoba, która przeprowadza badanie angiograficzne, niezależnie od jego wyniku, nawet wtedy, gdy stwierdzono śmierć chorego, jest zobowiązana do odpowiedniego postępowania. Ponadto specjalista obsługujący urządzenia radiologiczne ma obowiązek w każdym przypadku stosować środki i zasady ochrony radiologicznej, tak by nie narażać pacjenta na promieniowanie jonizujące¹⁸⁴.

¹⁸² Cały czas w fazie projektu jest *Ustawa o niektórych zawodach medycznych i zasadach uzyskiwania tytułu specjalisty w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia*.

¹⁸³ Por. *Recommendations of the International Commission on Radiological Protection* [1990 r.] ICRP Publication 60. Oxford 1991 s. 1-3.

¹⁸⁴ Por. E. Pasięka, J. Lewandowski. *Etyka i odpowiedzialność technika elektroradiologii podczas angiograficznego potwierdzania śmierci mózgu*. W: *W drodze do brzegu życia*. Tom. 11. W: Red. E. Krajewska-Kułak [i in.]. Białystok 2013 s. 72-73.

3. Podstawowe wymiary troski o zdrowie i życie

Światowa Organizacja Zdrowia we wstępie do opracowanej przez nią konstytucji tak określiła omawiane zagadnienie: „Zdrowie to stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrego samopoczucia, przy całkowitym braku choroby lub kalectwa”¹⁸⁵. Ta definicja ma zatem globalną perspektywę i nie ogranicza zadań medycyny wyłącznie do zwalczania choroby, ale rozszerza ją na trzy poziomy: prewencja, leczenie i rehabilitacja¹⁸⁶. Obowiązek troski o zdrowie i życie nie dotyczy wyłącznie lekarzy czy innych przedstawicieli służby zdrowia, ale rozciągnięty jest na całe społeczeństwo. Ta powszechna odpowiedzialność nie umniejsza jednak w żaden sposób indywidualnego wymiaru troski o te podstawowe dla człowieka dobra.

3.1. Wymiar indywidualny

W dzisiejszym świecie medycyna zyskuje zupełnie nowy społeczny charakter. Wiąże się to z rozkwitem instytucji zajmujących się zdrowiem, coraz powszechniejszym dostępem do opieki oraz niespotykanym w historii rozwojem technologii medycznych. Nigdy jednak nie może ona zdjąć z konkretnego człowieka osobistej odpowiedzialności za własne zdrowie i życie. To on w pierwszej mierze odpowiada za to wszystko, co dotyczy jego osoby. Zdrowie i życie mają zatem wymiar przede wszystkim indywidualnej troski, która dopiero w oparciu o ten fundament może być ujmowana w szerszej, to jest społecznej perspektywie. Podobną intuicję ma również św. Paweł Apostoł, który pisząc o zadaniach Kościoła jako wspólnoty składającej się z wielu ludzi, zaznacza, że „nigdy nikt nie odnosił się z nienawiścią do własnego ciała, lecz [każdy] je żywi i pielęgnuje” (Ef 5,29).

¹⁸⁵ Światowa Organizacja Zdrowia. *Preambuła konstytucji*. Nowy Jork 1946. [Http://www.infor.pl/akt-prawny/DZU.1948.061.0000477,metryka,konstytucja-swiatowej-org-anizacji-zdrowia-porozumienie-zawarte-przez-rzady-reprezentowane-na-miedzynarodowej.html](http://www.infor.pl/akt-prawny/DZU.1948.061.0000477,metryka,konstytucja-swiatowej-org-anizacji-zdrowia-porozumienie-zawarte-przez-rzady-reprezentowane-na-miedzynarodowej.html) [dostęp: 20.02.2017]. Podobną definicję zdrowia przyjmuje także Międzynarodowa Organizacja Pracy (por. *Konwencja nr 155 dotycząca bezpieczeństwa, zdrowia pracowników i środowiska pracy*. [Http://www.mop.pl/doc/html/konwencje/k155.html](http://www.mop.pl/doc/html/konwencje/k155.html) [dostęp: 20.02.2017]).

¹⁸⁶ Por. M. Aramini. *Bioetyka dla wszystkich*. Kraków 2011 s. 70.

Życie ludzkie to dobro najwyższe każdej osoby i jego ochrona jest podstawowym obowiązkiem moralnym. Zdrowie natomiast, będące wartością relatywną, nie musi być chronione przy pomocy wszelkich dostępnych środków, a troszcząc się o nie, należy kierować się optyką integralnego dobra człowieka¹⁸⁷. Niemniej jednak oba te dobra wymagają odpowiedniej troski, a świadome uszkodzenie – tak życiu, jak i własnemu zdrowiu – jest moralnie naganne¹⁸⁸. Światowa Organizacja Zdrowia określiła zdrowie mianem jednego z podstawowych praw każdego człowieka, niezależnie od rasy, religii, czy innych warunków społeczno-politycznych¹⁸⁹. Aby pełniej zrozumieć tę rzeczywistość, należy wspomnieć o znaczeniu odpowiedzialności w życiu człowieka. Jest to kluczowa postawa moralna, która pozwala we właściwym zakresie dbać o ludzkie zdrowie. Odpowiedzialność zakłada odpowiednie korzystanie z wolności danej człowiekowi, który jest świadomy swoich zadań i obowiązków oraz przyjmuje na siebie wszelkie konsekwencje, które się z tym wiążą¹⁹⁰. Ma to szczególne znaczenie w trosce o własne zdrowie i życie, gdyż tylko taka postawa pozwala w odpowiedni sposób chronić te dobra. Odpowiedzialność moralna zobowiązuje człowieka do działania zawsze w zgodzie z poznaną prawdą, czyli z sumieniem przez nią uformowanym¹⁹¹.

Troska o własne zdrowie ma charakter moralnego obowiązku, gdyż jest istotnym elementem realizacji życiowego powołania. Aby tak się jednak stało, niezbędne jest osobiste zaangażowanie samego zainteresowanego, który walcząc z chorobą lub troszcząc się o kondycję swojego organizmu, dba o to, aby owe powołanie mogło się na co dzień urzeczywistniać¹⁹². Troska o zdrowie nie może bowiem ograniczać się wyłącznie do jego biologicznego wymiaru, wręcz przeciwnie należy mówić o jego wymiarze personalistycznym. Jest to stan, w którym osoba ludzka wolna jest od wszelkiego rodzaju trudności zakłócających jej realizowanie siebie, urzeczywistniania swego człowieczeństwa, tak w sensie indywidualnym, jak

¹⁸⁷ Por. J. Wróbel. *Zdrowie*. W: *Jan Paweł II – Encyklopedia Nauczania Moralnego*. Red. J. Nagórny, K. Jeżyna. Radom 2005 s. 599.

¹⁸⁸ Por. P. Janik. *Zdrowie*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 682.

¹⁸⁹ Światowa Organizacja Zdrowia. *Preambuła konstytucji*; por. także Aramini. *Bioetyka dla wszystkich* s. 71.

¹⁹⁰ Por. M. Kluz. *Troska o dar ludzkiego zdrowia. Odpowiedzialność osobista czy społeczna?* „Teologia i Człowiek” 2016 z. 33 s. 53.

¹⁹¹ Por. J. Kowalski. *Odpowiedzialność moralna*. W: *Jan Paweł II – Encyklopedia Nauczania Moralnego*. Red. J. Nagórny, K. Jeżyna. Radom 2005 s. 374.

¹⁹² Por. Janik. *Zdrowie* s. 680-681.

i społecznym. Zatem w wymiarze personalistycznym, nie sam uszczerbek w normalnym funkcjonowaniu organizmu jest oznaką choroby¹⁹³, ale jest nią sytuacja, w której osoba nie może już w pełni być sobą i realizować tego, co jest jej właściwe. Z jednej strony zatem, zdrowie jest doświadczeniem fizycznym przeżywanym na poziomie biologicznym, z drugiej natomiast dotyka jego psychiki i sposobu funkcjonowania w świecie. Trzeba jednak podkreślić, że ta rzeczywistość wykracza poza te dwa wymiary, gdyż to nie ciało cierpi z powodu jakiejś choroby, lecz osoba. Podobnie, lekarz nie leczy jedynie choroby, czy też jakiejś patologii organizmu, lecz zawsze pacjenta¹⁹⁴. Warto też zaznaczyć, że rzadko kiedy można uznać człowieka za w pełni zdrowego, zwłaszcza, gdy mówi się o jego wymiarze biologicznym. W ludzkim organizmie zachodzą różnego rodzaju procesy obumierania i odnawiania się komórek, które nigdy nie są śmiercią i odradzaniem się osoby ludzkiej. Podobnie każdy człowiek jest nośnikiem wirusów czy bakterii, których obecność nie świadczy o zaistnieniu wyjątkowej patologii, a tym samym o jego chorobie¹⁹⁵. Warto w tym miejscu zacytować M. Wlisona, który pisze: „Większość chorób nie można traktować jako czegoś, co może być usunięte czy leczone w oderwaniu od osoby. Wszyscy razem jesteśmy jednocześnie zdrowi i chorzy. Jeśli mamy cieszyć się zdrowiem, trzeba wprowadzić wewnętrzną harmonię”¹⁹⁶. Zatem zdrowie nie jest brakiem elementów mogących prowadzić do choroby, ale jest umiejętnością (tak organizmu, jak i całej osoby ludzkiej) obrony przed czynnikami chorobotwórczymi.

Każdy człowiek wezwany jest zatem do poszanowania swojego zdrowia i życia. Cnotą, która pomaga w wypełnianiu tego obowiązku jest umiarkowanie. To dzięki niemu człowiek może unikać różnego rodzaju wypaczeń godzących w zdrowie, takich jak obżarstwo, nadużywanie alkoholu, leków czy tytoniu¹⁹⁷. Choroba ma jeszcze inny wymiar, gdyż może paraliżować wolę podmiotu, a tym samym stawać

¹⁹³ Można uznać kogoś za zdrowego, pomimo że ma np. wadę wzroku, jest nośnikiem pewnych wirusów lub bakterii, usunięto mu jakiś organ, a nawet, gdy ma genotyp obciążony wadą (por. Wróbel. *Człowiek i medycyna* s. 150).

¹⁹⁴ Por. Paweł VI. *VII Congresso della Unione Medica Latina*. Przemówienie do uczestników VII międzynarodowego kongresu lekarzy przynależących do *Unione Medica Latina* [21 III 1964]. W: PVIIIns. T. 2. 1964. Rzym 1965 s. 197.

¹⁹⁵ Por. Wróbel. *Człowiek i medycyna* s. 149-153.

¹⁹⁶ *Zdrowie, postawy i wartości*. W: *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*. Red. H. Bortnowska. Kraków 1993 s. 116.

¹⁹⁷ Por. KKK 2290.

się przestrzenią walki o wolność danej osoby. Choroba to czas kryzysu zdolności do czynnego działania, utrata chęci i sensu życia. W tym względzie troska o zdrowie nabiera jeszcze innego wymiaru moralnego, który domaga się wewnętrznej mobilizacji. Tym, co pozwala człowiekowi nie tylko znosić chorobę, ale właściwie ją przeżywać, jest cnota nadziei, która nadaje zupełnie nowy rys cierpieniu człowieka¹⁹⁸. Nadzieja oraz cnota umiarkowania stają się zatem dla schorowanej osoby orężem walki, środkiem do obrony poczucia własnej wartości. Są one niezbędnymi składnikami każdego procesu leczenia, a troska o nie i ich rozwój to podstawowe obowiązki moralne każdego człowieka.

3.2. Wymiar społeczny

Każdy człowiek jest w pierwszej mierze odpowiedzialny za własne zdrowie i życie, a troska o nie jest podstawowym obowiązkiem moralnym, z którego nie można się zwolnić. Nie byłaby ona jednak skuteczna, gdyby została zamknięta jedynie w granicach indywidualnego zaangażowania, a nie była otwarta na jej wymiar społeczny. Jedynie we wspólnotowym przeżywaniu troski o zdrowie i życie, realizuje się jej w pełni personalistyczna, a zarazem chrześcijańska wizja. Jan Paweł II podkreśla, że zadanie ochrony życia jest obowiązkiem społecznym, stąd „potrzebna jest powszechna mobilizacja sumień i wspólny wysiłek etyczny, aby wprowadzić w czyn wielką strategię ochrony życia. Razem musimy budować nową kulturę życia”¹⁹⁹. Zadaniem społeczeństwa jest zatem troska o potrzeby każdego człowieka, a zarazem dbanie o dobro wspólne wszystkich ludzi, tylko w takiej perspektywie możliwy jest właściwy wzrost i rozwój²⁰⁰.

Na samym wstępie trzeba zauważyć, że człowiek z samej swej natury jest istotą społeczną i może zrozumieć samego siebie tylko w odniesieniu do drugiej osoby. Ta prawda ma głębokie fundamenty religijne, w których za wzór podaje się relacje istniejące w ramach Trójcy Świętej, będącej wzorem najdoskonalszej wspólnoty. Wezwanie do zaangażowania w życie społeczne jest głęboko zakorzenione w tradycji biblijnej, gdzie w opisie stworzenia człowieka padają znamienne słowa:

¹⁹⁸ Por. Aramini. *Bioetyka dla wszystkich* s. 78-80.

¹⁹⁹ EV 95.

²⁰⁰ Por. KKK 2288.

„nie jest dobrze, aby mężczyzna był sam” (Rdz 2,18). Ta prawda pozwala w pełni zrozumieć także negatywny wydźwięk słów Kaina, który po zabiciu Abła mówił: „Czyż jestem stróżem brata mego?” (Rdz 4,9). Taką postawę krytykuje Jan Paweł II, który pisze, że „każdy człowiek jest «stróżem swego brata», ponieważ Bóg powierza człowieka człowiekowi. I właśnie w perspektywie tego zawierzenia Bóg obdarza każdego człowieka wolnością, w której istotne znaczenie ma wymiar relacyjny”²⁰¹. W ramach społecznej troski o zdrowie i życie rodzą się zatem dwa podstawowe zobowiązania. Pierwszym z nich jest wezwanie do bezinteresownego daru z siebie, który jest jednocześnie zgodą na przyjęcie tegoż samego od drugiej osoby. Taka perspektywa ma swoje źródło w odwołaniu się do miłości, która jest fundamentem życia społecznego. Drugim zadaniem, które wynika ze wspomnianej troski, jest wezwanie do tego, by dar z siebie oraz przyjęcie daru innej osoby były wyrazem zaangażowania w dobro wspólne. To właśnie ono jest punktem wspólnym zarówno indywidualnej, jak i społecznej troski o zdrowie i życia. Tę rzeczywistość najlepiej oddają słowa: „moje życie jest nie tylko moim dobrem osobistym, ale także dobrem wspólnym; tym dobrem wspólnym jest także życie każdego innego członka społeczności”²⁰². Prawda o *bonum commune*, jako wartości wspólnej dla wszystkich ludzi polegającej na rozwoju osobistym oraz w konsekwencji rozwoju całego społeczeństwa, obecna jest w społecznym nauczaniu Kościoła już od czasów Leona XIII, do którego na przestrzeni wieków nawiązywali inni papieże²⁰³.

Niezwykle ważnym kościelnym dokumentem, w całości poświęconym tematyce życia, jest encyklika *Evangelium vitae*, w której Jan Paweł II porusza kwestię społecznej odpowiedzialności za zdrowie i życie każdego człowieka. Papież, odwołując się do biblijnego prawa miłości, zauważa, że każdy wezwany jest do daru z siebie wobec drugiego człowieka. Ta rzeczywistość dokonała się w pełni w odkupieńczej śmierci Jezusa, który ofiarował siebie za innych ludzi, a tym samym głoszona przez Niego Dobra Nowina stała się – jak sugeruje nazwa encykliki –

²⁰¹ EV 19.

²⁰² J. Nagórny. *Spółeczny charakter troski o życie i zdrowie*. „Roczniki Teologiczne” 46:1999 z. 3 s. 8.

²⁰³ Na uwagę zasługują, obok encykliki Leona XIII *Rerum novarum*, także *Quadragesimo anno* Piusa XI, radiowe wypowiedzi społeczne Piusa XII, *Mater et magistra* Jana XXIII, *Populorum progressio* Pawła VI oraz liczne wypowiedzi Jana Pawła II (por. J. Koral. *Dobro wspólne*. W: *Jan Paweł II. Encyklopedia nauczania społecznego*. Red. A. Zwoliński. Radom 2005 s.116).

prawdziwą „Ewangelią życia”. Wiara i wynikające z niej wezwanie do naśladowania Chrystusa, jest dla chrześcijan jednym z głównych motywów troski o życie własne oraz innych ludzi, jednak prawda ta ma charakter powszechny i w żadnej mierze nie może być sprowadzona wyłącznie do jej konfesyjnego wymiaru. Na uniwersalność tej rzeczywistości zwraca uwagę Jan Paweł II, który pisze: „Wszyscy zatem mamy nieść naszemu bliźniemu posługę miłości, broniąc jego życia i wspomagając je zawsze, a zwłaszcza wówczas, gdy jest słabe i zagrożone. Powinniśmy troszczyć się o nie nie tylko jako jednostki, ale także jako wspólnota, czyniąc z bezwarunkowego szacunku dla życia ludzkiego fundament nowego społeczeństwa”²⁰⁴. Źródłem tak rozumianej troski o każdego człowieka, niezależnie od tego kim jest, należy szukać w powszechnej i niezbywalnej godności osobowej wszystkich ludzi. Poszanowanie tej rzeczywistości pozwala uniknąć jakiegokolwiek dyskryminacji, ponieważ życie ludzkie jest dobrem niepodzielnym, świętym i nienaruszalnym na każdym jego etapie, a społeczny charakter jego ochrony powinien być tego potwierdzeniem²⁰⁵.

Warto postawić pytanie, jak w praktyce powinna wyglądać społeczna troska o zdrowie i życie? Może ona przyjmować wiele form, jednak najważniejsze z nich realizują się w trzech zasadniczych wymiarach, które zostaną szerzej omówione. Najbardziej podstawowym środowiskiem, w którym ma miejsce tego rodzaju troska, jest rodzina, nazywana niekiedy „sanktuarium życia”²⁰⁶. Kolejną ważną grupą społeczną odpowiedzialną za zdrowie i życie innych ludzi są szeroko pojmowani pracownicy służby zdrowia. Wszyscy ci ludzie (rodzina, pracownicy służby zdrowia, a także wolontariusze) – jak naucza papież Franciszek – realizują w szczególny sposób swoje „powołanie towarzyszenia chorym braciom”²⁰⁷. Obok nich niemniej ważną rolę w trosce o ludzką egzystencję odgrywa państwo i instytucje, przez które się ono urzeczywistnia.

Magisterium Kościoła wielokrotnie podkreśla wyjątkową rolę rodziny w rozwoju pojedynczego człowieka, jak i całej społeczności. *Konstytucja Duszpasterska*

²⁰⁴ EV 77.

²⁰⁵ Por. Nagórny. *Społeczny charakter troski o życie i zdrowie* s. 10-11.

²⁰⁶ Por. CA 39; por. także W. Gubała. *Rodzina – Sanktuarium życia*. W: «*Evangelium vitae*» *dobra nowina o życiu ludzkim*. Red. J. Brusilo. Kraków 1995 s. 69-81.

²⁰⁷ Franciszek. *Orędzie na XXV Światowy Dzień Chorego*. [8 XII 2016]. [Http://www.vatican.va/content/francesco/pl/messages/sick/documents/papa-francesco_20161208_giornata-malato.html](http://www.vatican.va/content/francesco/pl/messages/sick/documents/papa-francesco_20161208_giornata-malato.html) [dostęp: 11.02.2017].

o Kościele w świecie współczesnym Soboru Watykańskiego II wskazuje, że szczególnie małżeństwo ma „ogromne znaczenie dla przedłużenia rodzaju ludzkiego, rozwoju osobowego i życia wiecznego poszczególnych członków rodziny oraz dla godności, trwałości, pokoju i pomyślności samej rodziny i całego rodzaju ludzkiego”²⁰⁸. To właśnie ta podstawowa komórka społeczna jest przestrzenią osobistego doskonalenia. To w rodzinie rodzice poprzez właściwe wychowanie umożliwiają dzieciom rozwój i osiągnięcie „życia w pełni ludzkiego”²⁰⁹. Powinno być ono – jak zauważa Jan XXIII – „przekazywane poprzez rodzinę założoną przez małżeństwo, jedno i nierozdzielne”²¹⁰. To właśnie małżonkowie są w sposób szczególny wezwani do odpowiedzialnego przekazywania życia, co jest istotnym elementem społecznej troski o ludzką egzystencję. Różnego rodzaju postawy antynatalistyczne występujące w ramach wspólnoty małżeńskiej są swoistym wypaczeniem idei odpowiedzialnego rodzicielstwa. Dużym problemem współczesnego świata jest także zanegowanie dotychczasowej wizji małżeństwa i uznanie go jedynie za jedną z wielu propozycji. Zakwestionowanie związku pomiędzy miłością i rodzicielstwem staje się ponadto źródłem wypaczenia podwójnego znaczenia stosunku małżeńskiego, którym są jedność i rodzicielstwo. Konsekwencją takiej postawy jest wytworzenie się zjawiska *anti-life mentality*, które jest rozumiane jako mentalność przeciwna życiu²¹¹. We właściwej wizji rodziny następuje wzajemne obdarowanie się sobą samym, co – jak to już zostało wspomniane – jest fundamentem społecznej troski o życie. Naturalną konsekwencją wynikającą z miłości rodziców jest bycie dawcą życia dla dziecka, ono natomiast, wchodząc bardzo konkretnie w ich życie, staje się jednocześnie darem dla samych dawców²¹². Matka i ojciec są dla swoich potomków głównymi głosicielami „Ewangelii życia”, a dokonują tego przede wszystkim poprzez własne świadectwo. W to zadanie promocji życia włączeni są wszyscy członkowie rodziny, ze szczególnym

²⁰⁸ Nr 48.

²⁰⁹ Por. FC 36; por. także AA 11; ChL 40.

²¹⁰ MM 193.

²¹¹ Por. M. Pokrywka. *Rodzina*. W: *Jan Paweł II – Encyklopedia Nauczania Moralnego*. Red. J. Nagórny, K. Jeżyna. Radom 2005 s. 465; por. także J. Orzeszyna. *Odpowiedzialne rodzicielstwo*. W: *Jan Paweł II – Encyklopedia Nauczania Moralnego*. Red. J. Nagórny, K. Jeżyna. Radom 2005 s. 370-373.

²¹² Por. LdR 11.

uwzględnieniem osób starszych, którzy dzięki swemu bogatemu doświadczeniu mogą wnieść cenny wkład w promocję kultury życia²¹³.

Rodzina odgrywa niezastąpioną rolę w promowaniu tzw. „kultury życia” będącej naturalną odpowiedzią na dominującą w ostatnich latach w przestrzeni publicznej tzw. „kulturę śmierci”. Owa kultura, zwana niekiedy „cywilizacją śmierci”, jest sumą pewnych postaw i działań opartych na nihilizmie, które są wymierzone przeciwko życiu. Nie jest to termin nowy, a jego źródła można dopatrywać się m.in. w filozofii Heideggera i Nietzschego. Kultura śmierci wiąże się ze źle pojętą wolnością, która ponadto opiera się na negacji transcendentnych podstaw wartości życia²¹⁴. Cywilizacja śmierci jest olbrzymim zagrożeniem dla współczesnej rodziny, która – gdy ulegnie jej wpływom – może zatracić swoją podstawową rolę, jaką jest bycie „sanktuarium życia”. Jedyną reakcją na antynatalistyczną kulturę jest zatem promocja prawdziwie ludzkiego sensu życia małżeństwa i rodziny i uznanie ich fundamentalnej roli w służbie życiu ludzkiemu²¹⁵. To na rodzinie, jak zaznacza Jan Paweł II, spoczywa najważniejsza odpowiedzialność za promocję nowej kultury życia²¹⁶.

Nieocenioną rolę w promocji kultury życia odgrywają też pracownicy służby zdrowia. To oni w pierwszej mierze są tymi, którzy wspomagają rodzinę w wypełnianiu ich misji troski o człowieka. Powołanie medyczne ma bowiem charakter zarówno wspólnotowy, jak i wspólnototwórczy, a zaangażowanie na rzecz

²¹³ Por. Franciszek. *Przemówienie Papieża Franciszka podczas spotkania z ludźmi starszymi* [28 IX 2014]. https://w2.vatican.va/content/francesco/pl/speeches/2014/september/documents/papa-francesco_20140928_incontro-anziani.html; por. także EV 94; E. Janiak. *Rodzina jako «sanktuarium życia»*. W: Red. A. Młotek, T. Reroń. *Życie – dar nienaruszalny. Wokół encykliki «Evangelium vitae»*. Wrocław 1995 s. 76-78.

²¹⁴ Por. A. Olczyk. *Kultura śmierci*. W: *Jan Paweł II – Encyklopedia Nauczania Moralnego*. Red. J. Nagórny, K. Jeżyna. Radom 2005 s. 280-281; por. także J. Wróbel. *Życie – wartość życia*. W: *Jan Paweł II – Encyklopedia Nauczania Moralnego*. Red. J. Nagórny, K. Jeżyna. Radom 2005 s. 605-608; J. Nagórny. *«Ewangelia życia» wobec «kultury śmierci» – dar nienaruszalny*. W: *Wokół encykliki «Evangelium vitae»*. Red. A. Młotek, T. Reroń. Życie Wrocław 1995 s. 167-184; K. Szczygieł. *Opieka paliatywna i terminalna alternatywa eutanazji*. W: *Podstawy i zastosowania bioetyki*. Red. T. Biesaga. Kraków 2001 s. 149-150.

²¹⁵ Por. J. Nagórny. *Spółeczny charakter troski o życie i zdrowie*. „Roczniki Teologiczne” 46:1999 z. 3 s. 15.

²¹⁶ „Rodzina jest powołana, aby spełniać swoje zadania w ciągu całego życia swoich członków, od narodzin do śmierci. Jest prawdziwym «sanktuarium życia, (...) miejscem, w którym życie, dar Boga, może w sposób właściwy być przyjęte i chronione przed licznymi atakami, na które jest ono wystawione, może też rozwijać się zgodnie z wymogami prawdziwego ludzkiego wzrostu». Dlatego rodzina odgrywa decydującą i niezastąpioną rolę w kształtowaniu kultury życia” (EV 92).

ochrony życia jest fundamentem pracy lekarzy oraz wszystkich pracowników służby zdrowia. Jednocześnie to właśnie ta grupa jest najbardziej narażona na działanie różnego rodzaju lobby próbujących prawnie usankcjonować obowiązek udzielania pomocy w dokonywaniu m.in. aborcji czy eutanazji. To właśnie lekarze i inni pracownicy służby zdrowia stają się zakładnikami powstających przepisów, które warunkują uzyskanie prawa do wykonywania zawodu wcześniejszym zobowiązaniem się do przeprowadzania tego typu zabiegów. Na dramatyzm tej sytuacji zwrócił uwagę Jan Paweł II, mówiąc: „Tam, gdzie zawód lekarski zostaje wezwany do unicestwienia życia poczętego, tam, gdzie zostaje użyty do zabicia umierającego, tam, gdzie pozwala się nakłonić do interweniowania przeciw zamierzeniu Stwórcy w życiu rodziny lub ulega pokusie manipulacji życiem ludzkim i kiedy traci z oczu swój autentyczny cel wobec człowieka najbardziej nieszczęśliwego i chorego, traci swój *ethos*, staje się chory, zaciemnia i traci swoją godność i autonomię moralną”²¹⁷. Te mocne słowa papieża mają na celu podkreślenie roli, jaką odgrywają lekarze i pracownicy służby zdrowia, która rodzi konkretne zobowiązania do bycia odpowiedzialnym za zdrowie i życie innych ludzi. To od lekarzy chory oczekuje fachowej pomocy i – co jest kluczowe w rozumieniu tej rzeczywistości – bezwzględnej ochrony i poszanowania jego życia. Warto również podkreślić, że wykonywanie tej konkretnej pracy jest jednocześnie powołaniem pomimo jej zawodowego charakteru. Nie wyklucza tego otrzymywanie odpowiedniej zapłaty za usługę, gdyż – jak podkreślał Jan Paweł II – „zawód lekarski czy zawód pielęgniarski jest i powołaniem zarazem”²¹⁸. Papież porównywał nawet tego rodzaju usługę, która charakteryzować się powinna szlachetnością i użytecznością, z powołaniem kapłańskim. Jednemu i drugiemu zawsze powinna towarzyszyć jako najwyższa zasada chęć realizacji w praktyce miłości bliźniego²¹⁹. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera termin „służba zdrowia”, który trzeba rozumieć przede wszystkim jako walkę z chorobą oraz poświęcenie się dla

²¹⁷ Jan Paweł II. *Niszczenie płodu ludzkiego, eutanazja i manipulacje genetyczne, to wielkie niebezpieczeństwa dewiacji dla lekarza*. Przemówienie do profesorów i studentów Wydziału Medycznego Polikliniki Gemelli [28 VI 1984]. W: Jan Paweł II. *Nauczanie papieskie*. T. 7/1. Red. E. Weron, A. Jaroch. Poznań 2001 s. 910-911.

²¹⁸ Jan Paweł II. *Przemówienie do chorych*. Przemówienie w kościele ojców franciszkanów w Krakowie [9 VI 1979]. W: Jan Paweł II. *Nauczanie papieskie*. T. 2/1. Red. E. Weron, A. Jaroch. Poznań 1990 s. 700.

²¹⁹ Por. Jan Paweł II. *Wolność sumienia i obrona życia*. Przemówienie do włoskich lekarzy katolickich [28 XII 1978]. W: Jan Paweł II. *Nauczanie papieskie*. T. 1. Red. E. Weron, A. Jaroch. Poznań 1987 s. 202-205.

chorego, któremu w pewnym sensie przedstawiciele tego zawodu po prostu służą²²⁰. W związku z dynamicznym rozwojem i postępowaniem w zakresie nauk medycznych, prawodawstwo (mowa tu m.in. o powstających kodeksach etyki) nie jest w stanie dotrzymać im kroku i często jest nieadekwatne do zaistniałej sytuacji. Stąd wiele rozstrzygnięć etycznych domaga się indywidualnych decyzji pracowników służby zdrowia, które nieraz opierają się na własnej ocenie moralnej. Pojawiające się dylematy etyczne, przed którymi stają przedstawiciele świata medycyny, są na tyle poważne, że niezbędne jest zagwarantowanie każdemu pracownikowi możliwości skorzystania z tzw. „klauzuli sumienia”²²¹.

Jednym z podstawowych zadań państwa jest ochrona życia jego obywateli. Z tego obowiązku instytucje państwowe mogą wywiązywać się na różnym poziomie ich działalności, ponieważ prawdziwa służba społeczeństwu polega na służbie konkretnemu człowiekowi z poszanowaniem jego praw, a na pierwszym miejscu stoi prawo do życia²²². Wśród najważniejszych zadań, które powinny być rozwiązywane na poziomie krajowym, należy wymienić politykę sanitarną, kwestię ochrony zdrowia oraz opieki nad umierającymi. O wzrastającej roli państwa w zakresie troski o życie obywateli pisze Jan Paweł II w liście apostolskim *Dolentium hominum*: „W ostatnich latach w dziedzinie publicznej służby zdrowia nastąpił dalszy znaczący i wyraźny postęp. Z jednej strony bowiem dostęp do pomocy lekarskiej i do leczenia stał się czymś powszechnym, jako prawo przysługujące obywatelom, co sprawiło, że bardzo powiększyły się także struktury instytutów i różne służby na rzecz zdrowia. Z drugiej strony, aby skuteczniej zaradzić tym potrzebom, same państwa utworzyły odpowiednie ministerstwa, wydały stosowne prawa i przedsięwzięły środki polityczne wyraźnie odnoszące się do organizacji publicznej służby zdrowia”²²³. W dalszej części papież zwraca uwagę, że tak dynamiczny rozwój

²²⁰ Por. A. Młotek. *Służba zdrowia – służbą Ewangelii życia*. W: *Życie – dar nienaruszalny. Wokół encykliki «Evangelium vitae»*. Red. A. Młotek, T. Reroń. Wrocław 1995 s. 159.

²²¹ Por. Bogusz. *Sumienie najwyższym sędzią* s. 5-6. Jan Paweł II mówił, że sumienie lekarzy musi być „niezależne od ustępstw, na jakie pozwala sobie w tej dziedzinie prawo cywilne, np. w przypadku przerywania ciąży czy eutanazji”. Jan Paweł II. *Podstawy deontologii lekarskiej*. Przemówienie do uczestników zjazdu Światowego Towarzystwa Lekarskiego [29 X 1983]. W: *Jan Paweł II. O życiu. Aborcja, eutanazja, wojna*. Red. J. Jękot. Kraków 2005 s. 71.

²²² Por. W. Miśkiewicz. *Spółeczny charakter troski o zdrowie zwierząt i ludzi*. [Http://www.depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/2207/843-852_miskiewicz.pdf?sequence=1](http://www.depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/2207/843-852_miskiewicz.pdf?sequence=1) [dostęp: 4.02.2017].

²²³ Nr 3.

zadań państwa w dziedzinie ochrony dobra osoby ludzkiej i społeczności, rodzi „wymagające bardzo wielkiej roztropności pytania, które odnoszą się nie tylko do społecznego lub instytucjonalnego aspektu tej dziedziny, lecz także do jej etycznego i religijnego charakteru”²²⁴. Upaństwowienie służby zdrowia z jednej strony niesie duże szanse powszechnego dostępu do opieki i możliwości leczenia dla każdego człowieka, z drugiej jednak strony może przyjmować postać utylitarystycznego podejścia do medycyny, w której dobro społeczne znacznie przewyższać dobro konkretnych ludzi. Wiąże się z tym m.in. powstanie tzw. „przemysłu zdrowia”, w którym zdrowie zaczyna być traktowane jako jeden z towarów, który można po prostu kupić, co rodzi katastrofalną dla relacji lekarz-pacjent postawę roszczeniową²²⁵.

Państwo, które ze swej definicji powinno chronić podstawowe wartości dla danej społeczności²²⁶, w pierwszej mierze zobowiązane jest strzec najważniejszej z nich, czyli życia. Powinno być ono objęte ochroną na każdym z jego etapów. Stąd niezbędne jest prawodawstwo, które zapewniłoby poszanowanie prawa człowieka do życia od jego poczęcia do naturalnej śmierci. Państwo ma jednocześnie obowiązek zapewnienia opieki tym wszystkim, których zdrowie jest zagrożone. W wymiarze krajowym to zadanie wypełnia ogólnie dostępna i centralnie finansowana służba zdrowia²²⁷, która powinna obejmować swoją troską każdego człowieka. Państwo ma też szczególne zobowiązania wobec obywateli, którzy znajdują się w końcowym stadium swojego życia. Jednym ze sposobów wywiązywania się z tego zadania jest powstawanie hospicjów i oddziałów paliatywnych dla osób śmiertelnie chorych. Co ciekawe, ruch hospicyjny nie ma wyłącznie charakteru lekarskiego, to znaczy związanego ze światem medycznym, ale w sposób istotny wiąże się z coraz bardziej rozwijającym się ruchem społecznym. W zakresie pracy klinicznej konieczna jest pomoc przedstawicieli

²²⁴ Tamże.

²²⁵ Por. Nagórny. *Spoleczny charakter troski o życie i zdrowie* s. 17.

²²⁶ Jedną z definicji „państwa” jest: „wspólnota, której podmiotem jest naturalna grupa ludzi związanych wspólnym dążeniem do realizacji pewnych celów, a zatem umiłowaniem wartości, w jakich pragnęliby uczestniczyć” (G. Noszczyk. *Państwo*. W: Jan Paweł II. *Encyklopedia nauczania społecznego*. Red. A. Zwoliński. Radom 2005 s. 340-345).

²²⁷ W zależności od kraju służba zdrowia jest różnie finansowa. Dotacje mogą pochodzić wprost z budżetu państwa lub być zależne od istniejących w danym państwie systemów ubezpieczeń społecznych. Niezależnie jednak od formy finansowania służby zdrowia, konieczne jest, aby w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia, żadnemu pacjentowi nie odmówiono niezbędnej pomocy (por. EG 192, 205).

służby zdrowia, jednak już przy codziennej pielęgnacji chorego ważną rolę odgrywają zarówno występujący w zinstytucjonalizowanej formie pracownicy szeroko rozumianej pomocy społecznej, jak i charakteryzujący się całkowitą bezinteresownością wolontariusze. To właśnie w ramach opieki hospicyjnej wyraźnie podkreślona zostaje współpraca otoczenia chorego z lekarzem oraz społeczeństwa z całą służbą zdrowia. Jest to zdecydowana odpowiedź na negatywnie rozumiane upaństwowienie medycyny, która przejawia się w jej uspołecznieniu²²⁸. Na wyjątkowe znaczenie tego typu placówek zwraca uwagę Jan Paweł II, pisząc: „Pod szczególną rozwagą należy wziąć na nowo rolę szpitali, klinik i ośrodków rekonwalescencji: zgodnie ze swoją prawdziwą tożsamością nie są one jedynie instytucjami, w których otacza się opieką chorych i umierających, ale przede wszystkim środowiskami, w których dostrzega się i przeżywa ludzki i prawdziwie chrześcijański sens choroby, cierpienia i śmierci”²²⁹.

Poza wspomnianymi zadaniami rodziny, służby zdrowia i państwa, istotną rolę w szerzeniu „kultury życia” odgrywają też środki społecznego przekazu. Współczesne media z jednej strony mogą przyczyniać się do promocji aborcji i eutanazji, które w sposób ewidentny są wymierzone przeciwko życiu, z drugiej jednak strony właściwie ich wykorzystanie daje szansę na adekwatną odpowiedź i obronę podstawowych wartości²³⁰. Jan Paweł II zaznacza: „Wielka i poważna odpowiedzialność spoczywa na pracownikach środków przekazu: mają oni troszczyć się o to, aby treści przekazywane w sposób skuteczny służyły kulturze życia”²³¹. To zadanie nie wynika wyłącznie z argumentacji religijnej i odwołania się do autorytetu Boga, lecz ma uniwersalny charakter. *Mass media* mają ukazywać prawdę mówiącą o konieczności ochrony ludzkiego życia z tego powodu, że jest ono podstawowym dobrem człowieka i wynika z jego nienaruszalnej godności.

²²⁸ Por. H. Bortnowska. *O polski model hospicjum*. W: Red. J. Bogusz. *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie*. Bydgoszcz 1985 s. 51.

²²⁹ EV 88; por. także A. Bartoszek. *Opieka paliatywna*. W: *Jan Paweł II – Encyklopedia Nauczania Moralnego*. Red. J. Nagórny, K. Jeżyna. Radom 2005 s. 381-383.

²³⁰ Por. T. Reroń. *Udział środków społecznego przekazu w szerzeniu «kultury życia»*. W: *Życie – dar nienaruszalny. Wokół encykliki «Evangelium vitae»*. Red. A. Młotek, T. Reroń. Wrocław 1995 s. 79.

²³¹ EV 98.

II. RATOWANIE ZDROWIA I ŻYCIA LUDZKIEGO W NAGŁYCH PRZYPADKACH

Zdrowie i życie są podstawowymi wartościami dla każdego człowieka. Jak wykazano w pierwszym rozdziale, troska o nie jest moralnym obowiązkiem wszystkich ludzi. Ten imperatyw przyjmuje szczególną postać w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia. Na przestrzeni wieków ludzie w różny sposób próbowali poradzić sobie z nagłymi przypadkami związanymi z zatrzymaniem oddechu i krążenia krwi. Jednak dopiero XX wiek przyniósł dynamiczny rozwój medycyny ratunkowej i reanimacyjnej, a także zaowocował powstaniem urządzeń podtrzymujących życie pacjenta. Należy zatem ze szczególną uwagą przyjrzeć się rozwojowi tej gałęzi sztuki lekarskiej i wykazać jej wyjątkowe znaczenie we współczesnym świecie. Nagłe wypadki związane z m.in. z rozwojem komunikacji oraz skutki coraz brutalniejszych działań wojennych stają się dzisiaj jednymi z najważniejszych wyzwań stawianymi ludzkości.

1. Sposoby podtrzymywania życia

Zanim podejmie się refleksję nad zagadnieniem medycyny podtrzymującej życie, konieczne jest przypomnienie zasadniczych celów medycyny jako takiej. Obok refleksji przeprowadzonej w pierwszym rozdziale, pomocne w tym względzie będzie sięgnięcie do opracowania przygotowanego przez reprezentatywne środowiska bioetyków i specjalistów od etyki medycznej. Po międzynarodowych konsultacjach sformułowali oni oficjalne stanowisko firmowane przez bioetyczne Hastings Center w Nowym Jorku. Można w tym miejscu wskazać cztery zasadnicze cele medycyny. Po pierwsze, ma ona za zadanie zapobieganie chorobom i urazom oraz promować i podtrzymywać zdrowie. Po drugie, powinna przynosić ulgę w bólu i cierpieniu spowodowanym przez choroby. Po trzecie, medycyna zajmuje się opieką nad chorymi z różnymi dolegliwościami i ich leczeniem oraz opieką nad tymi, którzy nie mogą być wyleczeni. Po czwarte, ma ona zapobiegać przedwczesnej

śmierci i stworzyć warunki dla spokojnego umierania²³². Trudno w tym miejscu sformułować hierarchię tych celów. Zasadnym zatem wydaje się stwierdzenie, że w dążeniu do osiągnięcia każdego z nich, medycyna w takim samym stopniu powinna się angażować, a jej podstawowym zadaniem jest opieka nad chorymi doświadczającymi różnych dolegliwości, ich leczenie, ale także troska o tych, których nie da się już wyleczyć²³³.

Człowiek od samego początku poszukiwał sposobów, dzięki którym mógłby przedłużyć swoje życie. Medycyna na przestrzeni wieków przechodziła różne przeobrażenia i doświadczała mniej lub bardziej spektakularnych sukcesów. Przestrzenią, z którą bardzo długo nie mogła sobie poradzić, była chirurgia, a szczególnie wszelkie operacje przeprowadzane na klatce piersiowej człowieka. Ta sytuacja, związana przede wszystkim z brakiem podstawowej wiedzy na temat aseptyki, antyseptyki i anestezjologii, była poważną przeszkodą dla rozwoju medycyny podtrzymującej życie²³⁴. Niemożność przeprowadzenia operacji na płucach i sercu skutkowało licznymi zgonami, wobec których lekarze pozostawali bezradni. Poczucie bezsilności medycyny rodziło także niepotrzebne lęki, których przejawem są słowa znanego XIX-wiecznego lekarza Theodora Billrotha (1829-1894 r.): „każdy chirurg, który poważiłby się operować serce, winien utracić szacunek swoich kolegów”²³⁵. Nie było to stanowisko odosobnione, gdyż już wcześniej wybitny lekarz, twórca medycyny ratunkowej, Dominique Jean Larrey (1766-1842 r.) zalecał, by jak najszybciej zasklepiając wszelkie głębokie rany klatki piersiowej, unikać jakiegokolwiek ingerencji w jej wnętrze²³⁶.

Zanim chirurdzy otworzyli klatkę piersiową człowieka, zaczęto doskonalić metodę sztucznej wentylacji, za prekursora której uchodzi Robert Hook (1635-1703 r.). Skuteczność stosowanych przez niego zabiegów dawała pewne nadzieje

²³² Por. *The Goals of Medicine: Setting New Priorities: a Hastings Center Project Report*. W: *Life Choice. A Hastings Center Introduction to Bioethics*. Red. J.H. Howell, W.F. Sale. Waszyngton 2000 s. 58.

²³³ Por. Biesaga. *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny* s. 20

²³⁴ Por. E. Sieńkowski. *Chirurgia w XIX i XX wieku*. W: *Historia medycyny*. Red. T. Brzeziński. Warszawa 1988 s. 429-431.

²³⁵ Cyt. za A.P. Naef. *The mind-century revolution in thoracic and cardiovascular surgery: part 1*. „Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery” 2:2003 s. 219-226.

²³⁶ Por. R. Grylewski. *Komory ciśnieniowe czy intubacja? Czyli początki torakochirurgii na przełomie XIX i XX wieku*. „Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska” 9:2012 z. 4 s. 498.

dla rozwoju torakochirurgii²³⁷. Niestety, pierwsi adepci tej nowej dziedziny medycyny ponieśli sromotną porażkę, gdyż najczęściej po otwarciu klatki piersiowej pacjenci dostawali odmy płucnej i umierali z powodu powikłań pooperacyjnych. Taki stan rzeczy spowodowany był różnicą, będącą ówczasem nie do pokonania, między ciśnieniem atmosferycznym, a tym znajdującym się wewnątrz płuc człowieka. Dopiero XIX w. przyniósł konkretne rozwiązania, które z czasem przyczyniły się do faktycznego rozwoju torakochirurgii i jej pierwszych spektakularnych sukcesów. Wśród zabiegów, mających na celu utrzymanie właściwego ciśnienia wewnątrz klatki piersiowej człowieka, najbardziej skutecznymi okazały się intubacja oraz zastosowanie komory niskiego ciśnienia²³⁸.

Amerykanin, profesor chirurgii Rudolf Matas (1860-1957 r.), który prowadził prace nad coraz doskonalszymi sposobami operacji, zwracał uwagę na znaczenie właściwego doprowadzania powietrza do płuc w momencie, gdy otwierano klatkę piersiową²³⁹. Podobny problem dostrzegł inny praktykujący lekarz Franz Kuhn (1866-1929 r.), który pod koniec XIX w. prowadził zakrojone na szeroką skalę badania nad sposobami intubacji dokonywanej przez usta lub nos pacjenta. Pod uwagę brał doświadczenia wielu swoich poprzedników, między innymi Williama Macewena (1848-1924 r.), zapamiętanego przez historię jako pierwszego człowieka, który w 1874 r. przeprowadził skuteczny zabieg intubacji tchawicy bez konieczności wykonania zabiegu tracheotomii, dokonując tego przez usta pacjenta. Nie bez znaczenia dla pracy Kuhna była również działalność takich wybitnych specjalistów tamtej epoki, jak Joseph O'Dwyer (1841-1898 r.), Georg Fell (1849-1918 r.) oraz Friedrich Trendelenburg (1844-1924 r.), którzy także pracowali nad stworzeniem odpowiednich urządzeń mających na celu wspomaganie zabiegu intubacji. Bazując na ich doświadczeniu skonstruował on w 1900 r. elastyczną metalową rurkę dotchawiczną, która zrewolucjonizowała technikę prowadzonych

²³⁷ Torakochirurgia to dziedzina medycyny zajmująca się leczeniem operacyjnym klatki piersiowej, z wyłączeniem działań na sercu, które wchodzi w skład kardiochirurgii (por. M. Zembala. *Zasady pobierania i przeszczepiania narządów i tkanek do transplantacji w ujęciu Europejskiej Konwencji Bioetycznej*. „Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska” 6:2009 z. 4 s. 407-411).

²³⁸ Por. B. Wasiewicz. *Żelazne płuca, czyli wentylacja mechaniczna*. „Medical Tribune” 6:2015 s. 78.

²³⁹ Por. R. Matas. *On the Management of Acute Traumatic Pneumothorax*. „Annals of Surgery” 29:1899 s. 409-434.

operacji²⁴⁰. W 1911 r. wydał ponadto pierwszy na świecie podręcznik poświęcony intubacji pt. *Die perorale Intubation*, który przyczynił się do popularyzacji tej techniki na całym świecie. Warto zwrócić uwagę także na działalność Samuela Jamesa Meltzera (1851-1920 r.) oraz Johna Auera (1875-1948 r.), którzy w swoich eksperymentach na zwierzętach udowodnili, że możliwe jest bezpośrednie doprowadzenie powietrza pod ciśnieniem do tchawicy poprzez wykonany zabieg jej nacięcia i wprowadzenia specjalistycznej rurki usprawniającej oddychanie. Urządzenie to miało odpowiednią formę (składało się m.in. ze specjalnego pośrednika na wzór litery T, w którym jedno ramię łączyło rurkę z butlą sprężonego powietrza, a drugie umożliwiało za pośrednictwem odpowiedniego zaworu regulację ciśnienia) oraz odpowiednio dobraną średnicę (cieńsze od ścianek tchawicy), aby efekt jego działania był jak najlepszy²⁴¹.

Równolegle do rozwoju prac nad skutecznym przeprowadzaniem zabiegów intubacyjnych, świat chirurgii pracował nad innym sposobem efektywnego operowania człowieka z otwartą klatką piersiową. Wrocławski lekarz Jan Mikulicz-Radecki (1850-1905 r.), będąc nieusatysfakcjonowany wynikiem swoich własnych doświadczeń dokonywanych na zwierzętach, w których wykorzystywał intubację dotchawiczną, podjął się próby odnalezienia innego sposobu utrzymania właściwego ciśnienia w płucach pomimo otwarcia klatki piersiowej. Z pomocą przyszedł mu jego asystent Ferdinand Sauerbruch (1875-1951 r.), który na jego polecenie (w zapiskach z tamtego okresu zachowała się nawet data tej rozmowy – październik 1903 r.²⁴²) zaczął badania mające na celu wypracowanie skutecznej metody wentylacji. W swojej pracy oparł się na wynikach eksperymentów prowadzonych przez francuskiego lekarza Theodore'a Tuffiera (1857-1929 r.) oraz Louisa Halliona (1862-1940 r.), którzy byli twórcami specjalistycznego hełmu pełniącego rolę aparatu mającego utrzymywać stałe ciśnienie. Na początku 1904 r., wzorując się na tym urządzeniu, Sauerbruch skonstruował komorę nadciśnieniową, w której umieścił łeb psa, chcąc w ten sposób przeprowadzić skuteczną operację. Wraz ze swoim przełożonym Mikuliczem-Radeckim stwierdzili jednak, że zabieg ten

²⁴⁰ Por. F. Kuhn. *Die Metallschlauch in der Tubage und als Trachealkanüle*. „Wiener klinische Rundschau” 14:1900 s. 554.

²⁴¹ Por. Grylewski. *Komory ciśnieniowe czy intubacja?* s. 498-499.

²⁴² Por. F. Sauerbruch. *Über der Ausschaltung der schädlichen Wirkung des Pneumothorax bei intrathorakalen Operationen*. „Zentralblatt Fur Chirurgie” 31:1904 s. 146-149.

był wysoce niezadowolający, dlatego podjęli wtedy decyzję, żeby zrezygnować z tego sposobu podtrzymywania ciśnienia w płucach. To jednak nie ostudziło ich zapału i już 6 czerwca 1904 r., to jest krótko po tym wydarzeniu, zaprezentowali na Kongresie Chirurgów Niemieckich w Berlinie, stworzoną przez siebie komorę niskiego ciśnienia. Jej rewolucyjny charakter polegał na tym, że mógł w niej znajdować się jednocześnie pacjent i chirurg. Mająca w sumie 14 m³ komora umożliwiała przebywanie w niej nawet sześciuosobowego zespołu. Została ona dodatkowo wyposażona w elektryczną lampę oraz telefon, który umożliwiał kontakt ze światem zewnętrznym. Do jej wnętrza prowadziła specjalna śluza z zaworem regulującym ciśnienie powietrza. Ówczesna prezentacja spotkała się z dużym zainteresowaniem. Stała się jednak zarzewiem osobistego konfliktu między pracującymi we Wrocławiu Mikuliczem-Radeckim i Sauerbruchem a pochodzącym z Heilderbergu Ludolfem Brauerem (1865-1951 r.). Ostatni z tej trójki, który wygłosił na wspomnianym kongresie swój wykład, upierał się, że to członków jego zespołu należy uznać za prekursorów chirurgii klatki piersiowej, gdyż to oni jako pierwsi podjęli się pracy nad stworzeniem urządzenia działającego w podciśnieniu oraz podającego specjalną mieszaninę tlenu i anestetyku. Spór był na tyle poważny, że wywołał ożywioną dyskusję, której efektem było przyznanie palmy pierwszeństwa Mikuliczowi i Sauerbruchowi, co – jak twierdzili oponenty – było przede wszystkim spowodowane olbrzymim autorytetem tego pierwszego. W perspektywie historycznej należy jednak stwierdzić, że oba zespoły w znacznym stopniu przyczyniły się do rozwoju torakochirurgii. To, co na początku było tylko teorią potwierdzaną badaniami na zwierzętach, z czasem zaczęto stosować u ludzi. Pomimo pierwszego niepowodzenia w operacji na człowieku (pacjentka podczas operacji nowotworu przełyku z niewyjaśnionych powodów zmarła), wszystkie kolejne operacje kończyły się sukcesem, co w znacznym stopniu przyczyniło się do popularyzacji tej metody. Już w 1908 r. udało się Sauerbruchowi przeprowadzić skuteczną operację płuca na otwartej klatce piersiowej. Trzy lata później wydał on książkę *Technik der Thoraxchirurgie*, będącą pierwszym podręcznikiem do torakochirurgii. Opisał w niej bardzo dokładnie sposób przeprowadzenia zabiegu oraz wszelkie parametry techniczne stosowanych przez niego urządzeń²⁴³.

²⁴³ Por. Wasiewicz. *Żelazne płuca, czyli wentylacja mechaniczna* s. 78; por. także Grylewski. *Komory ciśnieniowe czy intubacja?* s. 499-500.

W 1911 roku wydano dwa historyczne dzieła o technice intubacji Franza Kuhna (*Die parorale Intubation*) oraz dotyczące komór niskiego ciśnienia Sauerbrucha (*Technik der Thoraxchirurgie*). Obie te pozycje uznaje się za pionierskie w swoich dziedzinach. Stąd można stwierdzić, że naukowa refleksja nad intubacją oraz nad stosowaniem komór niskiego ciśnienia rodziła się w podobnym czasie i przez długi okres równolegle się rozwijała. Z biegiem lat wygrała jednak zdecydowana większa praktyczność metody intubacji pacjenta, której można było dokonywać w każdych warunkach, w tym także podczas działań wojennych. To właśnie ta dziedzina torakochirurgii zaczęła dominować, a z czasem całkowicie wyparła niepraktyczne w codziennym użytkowaniu komory niskiego ciśnienia.

Niezależnie od prac nad metodami intubacji i próbami stworzenia odpowiednich komór mających na celu usprawnienie operacji przy otwartej klatce piersiowej człowieka, prowadzono badania nad stworzeniem tak zwanych żelaznych płuc. Urządzenia te były pierwowzorem udoskonalanych na przestrzeni lat i stosowanych z powodzeniem po dziś dzień respiratorów. Ich powstanie to zwieńczenie wielu wieków badań nad dynamiką pracy płuc człowieka, których początków historycy dopatrują się już w starożytnych Chinach, gdzie 8000 lat temu podjęto się pierwszych prób leczenia tego narządu poprzez inhalację specjalnymi oparami, aromaterapię oraz wykorzystanie dymu²⁴⁴. Rewolucja w tej dziedzinie medycyny nastąpiła jednak w XVII i XVIII w., kiedy to na niespotykaną wcześniej skalę zaczęto interesować się medycyną, w tym ludzkim oddechem. Badania rozpoczęte w tamtym okresie w sposób bezpośredni przyczyniły się do stworzenia wiele lat później żelaznych płuc. Spośród licznych badaczy tamtego okresu należy wymienić Roberta Boyla (1627-1619 r.), Johna Mayowa (1641-1679 r.), Josepha Priestly'ego (1733-1804 r.) i Antonie Lavoisiera (1743-1794 r.)²⁴⁵, którzy stworzyli naukowe podwaliny pomagające zrozumieć przebieg procesu oddychania i pracę ludzkich płuc. Z czasem zaczęły powstawać pierwsze maszyny, które miały wspomagać pracę układu oddechowego człowieka²⁴⁶. W 1864 r. Alfred F. Jones, opatentował

²⁴⁴ Por. D.W. Glover. *The History of Respiratory Therapy. Discovery and evolution*. Bloomington 2010 s. 30-41.

²⁴⁵ Ich zasługi dla poznania układu oddechowego człowieka szczegółowo opisuje dzieło D.W. Glover (tamże s. 50-73).

²⁴⁶ Ostatnio odkryto dwa szkice autorstwa Marie-Anne-Pierrette Lavoisier pochodzące z początku lat 90-tych XVIII w., które ilustrują projekty budowy maszyn mających wspomagać proces oddychania człowieka (por. M. Beretta. *Imaging the Experiments on*

urządzenie uznawane za pierwowzór współczesnych żelaznych płuc. Dziesięć lat później powstała w znacznym stopniu udoskonalona maszyna nazwana „Spirophore”, której twórcą był Eugène Joseph Woillez (1811-1882 r.)²⁴⁷.

Ten okres to także wzmożone badania nad wytworzeniem tak zwanego tlenu medycznego, który można by było z jak największym pożytkiem podawać pacjentowi. W tym kontekście na szczególną uwagę zasługuje m.in. stosowana w latach 20-tych XX w. metoda Orsata-Bingera, w której korzystano z azotanu amonu rozpuszczonego w wodzie wymieszanego z odpowiednią ilością wodorotlenku amonu. W 1928 r. Philip Drinker (1894-1972 r.) i Louis Shaw (1886-1940 r.) skonstruowali najnowszą formę żelaznego płuca, która niedługo później (w 1931 r.) została udoskonalona przez Jacka Emersona (1906-1997 r.). Prowadzone przez nich prace stały się też przyczyną poważnego konfliktu, w którym oskarżono Emersona o plagiat i skorzystanie z czyjś patentu przy projektowaniu swojego dzieła. Pozwany bronił się argumentując, że po pierwsze, żaden z zastosowanych przez Drinkera i Shawa elementów nie był nowatorski, tym samym nie nosił znamion wynalazku, a po drugie, urządzenia te są na tyle niezbędne dla ratowania ludzkiego życia, że ich produkcja nigdy nie powinna być ograniczana żadnymi prawami autorskimi. Ostatecznie Emerson wygrał sprawę, a praca nad żelaznymi płucami została pozbawiona jakichkolwiek ograniczeń patentowych²⁴⁸. Żelazne płuca zaczęto stosować na szeroką skalę podczas światowej epidemii polio w latach 1930-1960. Z czasem powstawały specjalne oddziały z coraz większą ilością wyspecjalizowanych łóżek przygotowanych dla pacjentów. Początkowo w Bostonie stworzono oddział z 4 stanowiskami w jednej sali, ale już w 1953 r. w kalifornijskim szpitalu istniało pomieszczenie z 35 żelaznymi płucami. Z czasem okazało się jednak, że leczenie ujemnym ciśnieniem, które stosowano w tych urządzeniach, nie było skuteczne przy zachorowaniu na opuszkową postać polio. Żelazne płuca zaczęto więc w tych przypadkach zastępować wentylacją dodatnim ciśnieniem, której dokonywano przy użyciu worka samorozprężalnego poprzez tracheostomię. Dzięki zastosowaniu tych urządzeń, śmiertelność chorych na

Respiration and Transpiration of Lavoisier and Séguin: Two Unknown Drawings by Madame Lavoisier. „Nuncius” 27:2012 s. 163-191).

²⁴⁷ Por. Wasiewicz. *Żelazne płuca, czyli wentylacja mechaniczna* s. 78.

²⁴⁸ Por. Kenneth E. Behring Center. *The Iron Lung and other Equipment.* [Http://amhistory.si.edu/polio/howpolio/ironlung.htm](http://amhistory.si.edu/polio/howpolio/ironlung.htm) [dostęp: 27.07.2017]

opuszkową postać polio spadła z 90% do 20%, co oznaczało zdecydowaną rewolucję w leczeniu tej choroby²⁴⁹.

Współcześnie dział medycyny zajmujący się podtrzymywaniem życia bardzo mocno się rozwija, a za jeden z głównych celów stawia on sobie udoskonalenie metody wspomagania, a niekiedy nawet całkowitego zastępowania czynności układu oddechowego. Najnowsze respiratory, które mają zadanie podtrzymywać ludzkie życie, można klasyfikować w oparciu o różne kryteria. Ważną kwestią jest sposób połączenia urządzenia z układem oddechowym pacjenta. Za metody inwazyjne uznaje się zarówno tracheotomię, jak i intubację. Pierwsza z nich – jak już wcześniej wspomniano – polega na nacięciu krtani i poprowadzeniu poprzez powstały otwór specjalnej rurki do oddychania, a druga zakłada wprowadzenie podobnego urządzenia poprzez usta pacjenta. Spośród metod nieinwazyjnych warto wspomnieć m.in. o respiratorach z dodatnim oraz z ujemnym ciśnieniem²⁵⁰, wentylacji ustnikowej, łożku i pasie ciśnieniowym, stymulatorze nerwów przeponowych, a także o tzw. „żabim oddechu”, czyli oddychaniu językowo-gardłowym²⁵¹. Najnowsze respiratory różnią się także parametrami, na których opiera się sztuczne sterowanie układem oddechowym. Urządzenia wyposażone w elektroniczny system kontroli, uzależniają długość występującej fazy od osiągnięcia odpowiedniego ciśnienia w drogach oddechowych, objętości gazów oddechowych w płucach albo upływu odpowiedniego czasu²⁵². Różne jest także przeznaczenie respiratorów w zastosowanej terapii, gdyż mogą one nie tylko wspomagać, ale także całkowicie zastępować proces oddychania człowieka. Zasadniczo zespół medyczny dąży do tego, by ten ostatni tryb był stosowany jak najrzadziej i tylko w sytuacjach absolutnej konieczności. Najnowsze respiratory potrafią bowiem dostosować swoją pracę nawet do najmniejszych naturalnych odruchów ludzkiego organizmu i w ten sposób unika się niebezpieczeństwa zaniku

²⁴⁹ Por. Wasiewicz. *Żelazne płuca, czyli wentylacja mechaniczna* s. 78.

²⁵⁰ Współcześnie nie stosuje się już urządzeń wytwarzających ciśnienie ujemne używane dawniej w tzw. żelaznym płucu, w których włączane powietrze oddziaływało na płuca z zewnątrz. Obecnie stosowane respiratory wprowadzają powietrze pod dodatnim ciśnieniem bezpośrednio do układu oddechowego człowieka.

²⁵¹ Por. P. Augustyniak *Sztuczne wspomaganie wentylacji płuc*. W: P. Augustyniak. *Elektroniczna Aparatura Medyczna. Nowy Rozdział 33*. Kraków 2015 s. 4.

²⁵² Por. tamże s. 5.

mięśni oddechowych, a zarazem stopniowo przygotowuje się pacjenta do odłączenia od urządzenia sztucznie podtrzymującego ten proces²⁵³.

Współcześnie respiratory przeznaczone są do wykorzystania zarówno przez specjalistyczne zespoły medyczne, jak i zwykłych ludzi, którzy mogą stosować je w domach. Najbardziej skomplikowanych urządzeń, które siłą rzeczy są relatywnie największe, używa się na oddziałach intensywnej opieki medycznej. Znacznie mniejsze rozmiary mają respiratory stosowane w pojazdach transportu medycznego, których najważniejszym zadaniem jest utrzymanie czynności życiowych pacjenta w czasie przewożenia go do szpitala. Urządzenia wspomagające oddech stosuje się także w domach lub ośrodkach opiekuńczych. Są one najczęściej w pełni zautomatyzowane, a ich obsługą mogą zajmować się także osoby niewykwalifikowane²⁵⁴.

Poza respiratorami ważnymi urządzeniami, których używanie uznaje się także za jedną z form leczenia podtrzymującego życie, są rozruszniki serca oraz kardiowertery-defibrylatory. Szacuje się, że w samych Stanach Zjednoczonych pierwszy z tych urządzeń ma wszczepione kilka milionów osób, a drugi przeszło 650 tysięcy²⁵⁵. Samo ich funkcjonowanie nie rodzi dylematów moralnych, gdyż ich implantacja nie stanowi stosunkowo dużego ryzyka, natomiast wiąże się z zasadniczą poprawą pracy serca. Konkretne etyczne rozterki pojawiają się jednak u kresu życia pacjenta, gdy zachodzi potrzeba wyłączenia tego typu urządzenia, które w sposób sztuczny pobudza układ krwionośny do pracy. Aby wyjaśnić ten problem, należy zwrócić uwagę na istotę działania tych niewielkich sprzętów medycznych. Rozruszniki serca, zwane też stymulatorami, stosuje się przede wszystkim u pacjentów, u których dochodzi do zaburzenia czynności węzła zatokowo-przedsionkowego oraz łącza przedsionkowo-komorowego, a także w leczeniu kardiomiopatii przerostowej, zaburzeń rytmu oraz niewydolności serca. Urządzenie to generuje odpowiednie impulsy elektryczne, które przywracają właściwy rytm pracy serca²⁵⁶. Zasadniczo inną rolę odgrywają kardiowertery-

²⁵³ Por. tamże s. 6.

²⁵⁴ Por. tamże.

²⁵⁵ Por. R. Hamel. *Implantowane urządzenia kardiologiczne u kresu życia: czy ich wyłączenie jest moralnie dozwolone?* „Medycyna Wieku Podeszłego” 2:2012 z. 1 s. 32.

²⁵⁶ Por. D. Wojciechowski [i in.]. *Wpływ różnych schorzeń oraz ich diagnostyki i leczenia na czynność rozrusznika serca.* „Postępy Nauk Medycznych” 2:2001 s. 22.

defibrylatory, choć mechanizm ich pracy również oparty jest na wyładowaniach elektrycznych. Urządzenia te wykrywają zaburzenie pracy serca, które może prowadzić do tak zwanej nagłej śmierci sercowej i poprzez odpowiedni impuls przywracają mu właściwy rytm. Jest to swoisty wewnętrzny defibrylator, który działa automatycznie w klatce piersiowej człowieka²⁵⁷.

Jak zatem powinien zachować się lekarz, gdy ma do czynienia z pacjentem z wszczepionym rozrusznikiem lub kardiowerterem-defibrylatorem, a kres jego życia już się zbliża? Zasadniczo pierwsze urządzenie nie ma zdolności przedłużenia życia człowieka w momencie, gdy proces umierania już się rozpoczął. W chwili śmierci komórki wewnątrz serca są już na tyle słabe, że nie można ich pobudzić poprzez generowane przez rozrusznik impulsy elektryczne. Jego praca w końcowej fazie życia człowieka nie jest zatem uciążliwa ani nie powoduje dodatkowego cierpienia u pacjenta, stąd nie ma z reguły konieczności, by dla jego dobra należało go wyłączyć²⁵⁸.

Zgoła inną sytuację rodzi stosowanie kardiowerterów-defibrylatorów, które w przypadku osoby w terminalnej fazie choroby w znacznej mierze oddziałują na jej organizm. Wyładowania elektryczne są bolesne, a sama świadomość ich wystąpienia i związane z tym oczekiwanie rodzi poważny niepokój zarówno u pacjenta, jak i u rodziny. W takiej sytuacji, gdy zespół medyczny wyda zalecenia niewykonywania resuscytacji, to znaczy, gdy zbliża się śmierć pacjenta, a stosowana terapia staje się daremna, dla dobra osoby chorej należy odłączyć implantowany kardiowerter-defibrylator. Celem takiego zabiegu nie jest zatem chęć przyśpieszenia śmierci człowieka, lecz pragnienie przyniesienia ulgi w cierpieniu i nieprzedłużanie procesu umierania²⁵⁹. Taką decyzję w miarę możliwości należałoby skonsultować z pacjentem lub prawnymi opiekunami, wyjaśniając im jednocześnie motywy zamierzonego postępowania.

²⁵⁷ Por. G. Raczak, D. Sominka. *Wskazania do wszczepienia kardiowertera-defibrylatora*. „Forum Medycyny Rodzinnej” 3:2009 s. 165.

²⁵⁸ Por. Hamel. *Implantowane urządzenia kardiologiczne u kresu życia* s. 32-33

²⁵⁹ Por. tamże.

2. Medycyna ratunkowa

Rozpowszechnione na całym świecie systemy pomocy medycznej, takie jak oddziały ratunkowe, w których niezbędne działania prowadzą wykwalifikowane zespoły ratownicze, są dopiero od niedawna obecne w służbie zdrowia. To, co dla współczesnego człowieka wydaje się oczywistością i podstawowym prawem obywatelskim, jest dziełem przede wszystkim ostatnich kilkudziesięciu lat. Choć człowiek od zawsze próbował bronić się przed zagrożeniem własnego życia, to zinstytucjonalizowane formy medycyny ratunkowej pojawiły się dopiero w XX w. Ostatnie lata pokazują, że ten temat jest niezwykle żywy, a jego nieustanny rozwój pozwala sądzić, że ta gałąź medycyny będzie z czasem nabierać jeszcze większego znaczenia dla całego systemu opieki zdrowotnej.

2.1. Historia medycyny ratunkowej

Od momentu, w którym człowiek zaczął poznawać i analizować zachodzące w jego organizmie procesy, obserwować konsekwencje wynikające z powstałych urazów i dostrzegać zależność przyczynowo-skutkową między chorobą i długością życia, podjął on próby odkrycia sposobów walki z pojawiającymi się dolegliwościami. Pierwsze zabiegi medyczne były konsekwencją obserwacji przyrody i na tym przykładzie radzenia sobie z rodzącymi się problemami. Gdy człowiekowi zaczął doskwierać chłód, wygrzał się na słońcu, gdy z kolei odczuwał skutki panującego upału, schładzał się w wodzie. Na ból głowy pomagało przyłożenie zimnego kamienia, a rana lepiej się goiła, gdy była zabezpieczona przed zabrudzeniem. Zauważono też, że uchodząca z człowieka krew może spowodować jego śmierć. Stąd zaczęto ją tamować poprzez ucisk. Podobnie złamana kończyna zrastała się wyłącznie wtedy, gdy kości ułożono w taki sposób, jak przed kontuzją. Tych czynności człowiek nauczył się przede wszystkim obserwując zachowania zwierząt, m.in. oczyszczanie rany przez lizanie, oszczędzanie złamanej czy zwichniętej nogi, namaczanie obolałych miejsc, a nawet stosowanie leczniczych kąpiei²⁶⁰. Z czasem jednak, te prymitywne sposoby walki z chorobą, zaczęły

²⁶⁰ Por. B. Bujalowska. *Spontaniczny rozwój medycyny od empirii do medycyny kapłańskiej. Medycyna jako przedmiot kultu*. W: *Historia medycyny*. Red. T. Brzeziński. Warszawa 1988 s. 23.

przybierać usystematyzowane ramy, które były owocem rozwoju cywilizacji, a co za tym idzie, większej ilości nagłych zranień będących konsekwencją pożarów, kataklizmów oraz walk. To właśnie wojny przyczyniły się do dynamicznego rozwoju medycyny ratunkowej, która na przestrzeni wieków z prowizorycznych szpitali polowych przekształciła się w jeden z najważniejszych obszarów współczesnej służby zdrowia.

W historii starożytnej Grecji zapisał się Likurg (IX lub VIII w. przed Chr.) uchodzący za twórcę ustroju prawnego Sparty. On to, zgodnie z tradycją, zobowiązał lekarzy do wyruszania wraz z armią na wojnę i udzielania pomocy żołnierzom, którzy odnieśli obrażenia. Nie mogli oni jednak brać udziału w samej walce, co było wyraźnie podkreślone poprzez zakaz noszenia przez nich broni. Lekarz miał być osobą neutralną, której jedynym zadaniem było nieść pomoc poszkodowanym²⁶¹. Podobne rozwiązania pojawiały się także w starożytnym Rzymie, gdzie podczas walk stawiano specjalne lecznice zwane *valetudinariami*, których celem było zapewnienie niezbędnej pomocy rannym legionistom. Z czasem te swoiste „ośrodki zdrowia” zagościły na stałe w architekturze ówczesnych miast i przyjęły formę *jatreionów*, czyli zbioru kilku budynków otaczających centralnie położoną świątynię poświęconą Eskulapowi²⁶². Znajdowały się tam również łaźnie, które były jednymi z pierwszych rzymskich budowli będących podłączonymi do sieci ówczesnych wodociągów i kanalizacji. Zapewnienie właściwej higieny i warunków sanitarnych było jednym z podstawowych założeń funkcjonowania tego typu ośrodków. Rzymianie mają swoje zasługi również w tym, że jako pierwsi przeszkolili personel medyczny, który był przeznaczony wyłącznie do służby w armii. W skład takiej formacji wchodził, oprócz lekarza określonej specjalizacji, także sanitariusz i pielęgniarz. Ich zadaniem była pomoc rannemu na miejscu lub jeśli to było możliwe, przetransportowanie go w bezpieczne miejsce i tam podjęcie leczenia. Wśród działań medycznych, których podejmowano się na polu bitwy, wymienić można amputacje i tamowanie krwotoków. Niestety, wraz z upadkiem Cesarstwa Rzymskiego, nastąpiła poważna stagnacja w rozwoju sztuki lekarskiej. Zaniechano

²⁶¹ Por. R.C. Blagg. *Triage: Napoleon to the present day*. „Journal of Nephrology” 17:2004 nr 4 s. 629-632.

²⁶² Por. T. Brzeziński. *Kształtowanie się zawodu lekarza i koncepcje kształcenia*. W: *Historia medycyny*. Red. T. Brzeziński. Warszawa 1988 s. 58.

też zorganizowanej pomocy medycznej na polach bitwy, a medycynę ratunkową zepchnięto na margines na wiele wieków²⁶³.

W średniowieczu miejscem naukowej refleksji nad medycyną były szkoły w Salerno i Montpellier, a także powstające w tym czasie uniwersytety²⁶⁴. Dostępność lekarzy była jednak niewielka, w miastach praktykujących medyków było nie więcej niż dwóch. Pewnym wyjątkiem był Paryż, gdzie w 1292 r. było 6 lekarzy, co jednak w żaden sposób nie zaspokajało potrzeb ówczesnych mieszkańców. Medycyna stała się zatem obszarem zarezerwowanym tylko dla wybranych, a z jej usług korzystali wyłącznie najbogatsi obywatele. Ta sytuacja spowodowała odejście od hipokratesowej zasady pomocy każdemu potrzebującemu, a na ratunek w przypadku zagrożenia życia mógł liczyć tylko ten, kogo było na to stać. Taka sytuacja sprzyjała rozkwitowi praktyk paramedycznych i popularności różnej maści pseudomedyków i szarlatanów. Sytuację nieznacznie poprawił dekret synodu w Clermont, który w 1130 r. zabronił duchownym pobierania opłat za świadczoną pomoc lekarską, co w konsekwencji pozwoliło na powstanie przy kościołach ośrodków doraźnej pomocy medycznej dla najuboższych. Jednak różne późniejsze ustawodawstwa doprowadziły ostatecznie do wprowadzenia zakazu podejmowania przez duchownych studiów medycznych, co skutkowało zawieszeniem tego typu działalności²⁶⁵.

Rewolucja w medycynie ratunkowej dokonana się wraz z wojnami napoleońskimi. Dominique Jean Larrey (1766-1842 r.), który pełnił rolę naczelnego chirurga wojsk napoleońskich i generalnego inspektora Urzędu Zdrowia Armii, uchodzi za twórcę nowoczesnej chirurgii urazowej. To on wprowadził do wojska system ratownictwa przedszpitalnego, który polegał na segregacji medycznej poszkodowanych. Był też zwolennikiem tezy, że im krócej trwa operacja, tym jest ona mniej uciążliwa dla pacjenta. Jak podają źródła, w bitwie pod Borodino przeprowadził osobiście 200 amputacji kończyn, co miało w wymierny sposób

²⁶³ Por. M. Goniewicz, K. Goniewicz. *Ewolucja systemu ratownictwa medycznego – od starożytności do czasów współczesnych*. „Wiadomości Lekarskie” 69:2016 nr 1 s. 38.

²⁶⁴ W XII i XIII w. zaczęto tworzyć wydziały medycyny na uniwersytecie bolońskim, paryskim i oksfordzkim, a w XVI w. w Padwie (por. J. Wróbel. *Medycyna*. W: *Encyklopedia katolicka*. T. 12. Red. E. Ziemann. Lublin 2008 kol. 407).

²⁶⁵ Por. Brzeziński. *Kształtowanie się zawodu lekarza* s. 69-70.

przyczynić się do uratowania życia rannych żołnierzy²⁶⁶. Larrey oraz Pierre Francois Percy (1754-1825 r.) są twórcami specjalnego rodzaju wozu sanitarnego, do którego zaprzęgano jednego lub parę koni i dzięki temu, w odróżnieniu od dotychczas stosowanych ręcznych wózków, można było sprawniej przeprowadzać ewakuację rannych z pola bitwy. Dla jeszcze lepszej skuteczności utworzono specjalny batalion w armii francuskiej, w którego skład wchodziłi, oprócz lekarzy i podoficerów, tak zwani sanitariusze noszowi. Larrey promował ponadto zasadę, aby w pierwszej kolejności ratować ciężko rannych bez względu na narodowość i stopień wojskowy. Według niego ci, którzy byli lżej ranni, mogli czekać na swoją kolej lub uzyskać niezbędną pomoc poza linią frontu, w szpitalach zlokalizowanych w większej odległości od pola walki. Skuteczność wprowadzonego przez niego systemu obrazują dane, według których w bitwie pod Aspen, która odbyła się w 1809 r., spośród 1200 rannych żołnierzy ostatecznie zmarło tylko 45²⁶⁷. Podobne do Larrey'a postulaty głosił pracujący w Petersburgu Nikołaj Iwanowicz Pirogow (1810-1881 r.), który był jednak przeciwny masowym amputacjom kończyn. Według niego bardziej skuteczne było opatrywanie ran poprzez operacje chirurgiczne, które należało przeprowadzać, albo na polu bitwy, albo w położonych niedaleko szpitalach polowych. Stąd przypisywał duże znaczenie właściwie zorganizowanej administracji, której głównym celem było zapewnienie dobrze skoordynowanej pomocy wszystkim potrzebującym. To jemu przypisuje się zastosowanie po raz pierwszy w historii gipsu dla unieruchomienia rany postrzałowej oraz przeprowadzenie pionierskiej operacji pod narkozą²⁶⁸. Wraz z węgierskim położnikiem Ignazem Philippem Semmelweisem (1818-1865 r.) oraz Josephem Listerem (1827-1912 r.) uchodzi za twórcę współczesnej antyseptyki i aseptyki. Pierwsza z nich polega przede wszystkim na walce z zakażeniem, a druga na niedopuszczeniu do skażenia rany. Odkrycie drobnoustrojów, a co za tym idzie wzmożona troska o czystość rany i narzędzi chirurgicznych, zrewolucjonizowało

²⁶⁶ U boku Napoleona Larrey wziął w sumie udział w 25 kampaniach, 60 bitwach i ponad 400 walkach (por. Goniewicz, Goniewicz. *Ewolucja systemu ratownictwa medycznego* s. 38).

²⁶⁷ Por. Goniewicz, Goniewicz. *Ewolucja systemu ratownictwa medycznego* s. 38; por. także R.W. Gutl. *Rozwój medycyny klinicznej*. W: *Historia medycyny*. Red. T. Brzeziński. Warszawa 1988 s. 388.

²⁶⁸ Por. Sieńkowski. *Chirurgia w XIX i XX wieku* s. 428; por. także Goniewicz, Goniewicz. *Ewolucja systemu ratownictwa medycznego* s. 39.

ówczesną chirurgię, której największym mankamentem były komplikacje pooperacyjne, z którymi medycyna nie była w stanie sobie poradzić²⁶⁹.

Działający pod koniec XIX i na początku XX w. Szwajcar Solferino Henry Dunant (1828-1910 r.) zwrócił uwagę na istotny problem związany z koniecznością pomocy rannym nie tylko na polu bitwy, ale w sposób permanentny także po jej zakończeniu. Poważne uszkodzenia ciała niekiedy dożywotnio pozbawiały poszkodowanego samodzielności i przyczyniały się do jego uzależnienia od stałej pomocy medycznej. Dunant w książce *Wspomnienie Solferino* opisał własne traumatyczne przeżycia, których doświadczył 24 czerwca 1859 r., obserwując śmierć na polu bitwy tysięcy żołnierzy pochodzących z Francji, Austrii i Sardynii. Całą swoją działalność poświęcił tworzeniu międzynarodowych stowarzyszeń, które służyłyby pomocą tym wszystkim, którzy w wyniku działań zbrojnych, niezależnie od przynależności narodowej, doznają uszczerbku na zdrowiu²⁷⁰. Dunant, który za swoją działalność w 1901 r. otrzymał przyznaną po raz pierwszy w historii Pokojową Nagrodę Nobla, był współzałożycielem Międzynarodowego Komitetu Czerwonego Krzyża. Pierwszym celem powołanej organizacji była pomoc rannym żołnierzom na polu bitwy, a także po jej zakończeniu. Z czasem objęła ona swoją troską również ofiary kataklizmów spowodowanych siłami przyrody i zdarzeniami losowymi²⁷¹. W historii medycyny ratunkowej zapisała się także Florence Nightingale (1820-1910 r.), która stała się pionierką współczesnej teorii pielęgniarstwa²⁷². To ona, jako bezkompromisowa działaczka społeczna, na przekór silnie zakorzenionej

²⁶⁹ Wśród prekursorów antyseptyki i aseptyki należy wymienić takie nazwiska, jak odkrywca bakterii ropotwórczych Ludwik Pasteur (1822-1895 r.), Ernst Bergmann (1836-1907) i Kurt Schimmelbusch (1860-1895 r.) (por. Sieńkowski. *Chirurgia w XIX i XX wieku* s. 429-431).

²⁷⁰ Por. Goniewicz, Goniewicz. *Ewolucja systemu ratownictwa medycznego* s. 39.

²⁷¹ Do współczesnych zadań Międzynarodowego Czerwonego Krzyża należą: „szerzenie oświaty zdrowotnej i działalność na rzecz poprawy stanu sanitarnego kraju, rozwój krwiodawstwa honorowego, szkolenie i organizowanie zespołów sanitarnych dla obrony cywilnej, działalność socjalna i opieka nad samotnymi chorymi, poszukiwania osób, udział w międzynarodowych akcjach na rzecz ofiar wojny i klęsk żywiołowych oraz rozwoju międzynarodowego prawa humanitarnego” (T. Marcinkowski. *Medycyna społeczna XIX-XX wieku. W: Historia medycyny*. Red. T. Brzeziński. Warszawa 1988 s. 478).

²⁷² Nightingale jest twórczynią koncentrycznego modelu pielęgniarstwa, w którym najważniejszymi pojęciami są człowiek i jego zdrowie oraz środowisko zewnętrzne, a także związane z nimi pielęgnowanie (por. Ż. Dobińska. *Opieka pielęgniarska – wybrane zagadnienia teoretyczne*. „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 38:2014 nr 1 s. 61). Ze względu na jej zasługi w 1912 r. Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża ustanowił najwyższe odznaczenie zwane „Medalem Florence Nightingale”, który przyznawany jest za wyjątkowe dokonania w dziedzinie pielęgniarstwa.

w ówczesnej medycynie patriarchalnej strukturze, doprowadziła do powstania w Londynie w 1860 r. pierwszej szkoły pielęgniarstwa. Jako cel stawiała sobie zapewnienie odpowiedniej opieki nad rannymi żołnierzami, którym oprócz bólu spowodowanego obrażeniami powstałymi na polu bitwy, najczęściej towarzyszył szok pourazowy. Dużym problemem było także zagrożenie epidemiologiczne będące efektem tragicznego stanu sanitarnego szpitali polowych. Jej działalność powszechnie przyjmuje się za początek współczesnego pielęgniarstwa, którego głównym zadaniem jest opieka nad chorymi w ramach istniejącej sieci szpitali i poprawa jakości życia pacjentów poprzez codzienną pielęgnację²⁷³.

W XX w. medycyna ratunkowa stanęła przed ważnym zadaniem polegającym na skróceniu czasu pomocy rannym, dla których największym zagrożeniem było przedłużające się oczekiwanie na pomoc lekarza. Władimir Oppel (1872-1932 r.) stworzył w 1916 r. system leczenia rannych opierający się na tak zwanej jednolitej doktrynie postępowania leczniczo-ewakuacyjnego. Korzystał on z udoskonalonej koncepcji segregacji poszkodowanych i ze sprawnej ewakuacji z miejsca walk. System ten został na przestrzeni lat dopracowany i zastosowano go na masową skalę w czasie II wojny światowej oraz podczas innych późniejszych konfliktów zbrojnych. Amerykańskie Kolegium Chirurgów przeprowadziło specjalistyczne badania, które uzmysławiają skalę postępu w dziedzinie medycyny ratunkowej na przestrzeni ostatnich dwóch wieków. Podczas wojen napoleońskich czas oczekiwania na udzielenie pomocy wynosił średnio około 40 godzin, a śmiertelność rannych żołnierzy oscylowała w granicach 46%. Podczas I wojny światowej poszkodowani musieli czekać na ratunek od 12 do 18 godzin, przy czym śmierć ponosiło już tylko 8,5 % z nich. Dwadzieścia lat później w czasie II wojny światowej rannym pomagano po 6-12 godzinach, a śmiertelność dochodziła do 5,6%. Wojna w Korei, która trwała w latach 1950-1953, przyniosła skrócenie czasu oczekiwania na pomoc do 2-4 godzin i obniżyła śmiertelność do 2,4%. Podczas walk w Wietnamie (1965-1973 r.), dzięki stosowanej na szeroką skalę ewakuacji za pomocą śmigłowców, można było zastosować zasadę tzw. „złotej godziny” czyli 60

²⁷³ Por. Goniewicz, Goniewicz. *Ewolucja systemu ratownictwa medycznego* s. 39.

minut, w czasie których ranny musiał dotrzeć do szpitala polowego. Te zabiegi pozwoliły ograniczyć śmiertelność żołnierzy do 1,7%²⁷⁴.

Doświadczenia zdobyte w czasie działań wojennych medycyna mogła z powodzeniem wykorzystać w pomocy cywilnej. Rewolucja przemysłowa, a co za tym idzie zwiększenie różnego rodzaju ran i urazów, których doświadczali pracownicy fabryk oraz dynamicznie rozwijający się system komunikacji, spowodowały konieczność powstania odpowiednich zespołów ratunkowych przy ówczesnie istniejących szpitalach. Pierwsze z nich otwierano w Stanach Zjednoczonych, a wśród najważniejszych warto wymienić: uruchomiony w 1865 r. przy Commercial Hospital w Cincinnati w stanie Ohio oraz Bellevue Hospital w Nowym Jorku (w 1869 r.). Na terenie Europy pierwszy tego typu ośrodek powstał w Wiedniu w 1883 r., a bezpośrednią przyczyną jego otwarcia był katastrofalny w skutkach pożar teatru „Ring” w 1881 r., w którym zginęły co najmniej 384 osoby. Żywioł ognia stał się również przyczyną powołania pierwszego zespołu pogotowia ratunkowego na terenie Polski. W 1891 r. po tragicznych pożarach sprzed roku, dzięki zaangażowaniu Arnolda Banneta, Alfreda Obalińskiego i Wincentego Eminowicza, otwarto tego typu placówkę w budynku krakowskiej straży pożarnej. Coraz bardziej udoskonalano także sposób transportu chorych, stąd stworzone pierwotnie z prostych wozów konnych ambulanse zaczęły być z czasem zastępowane przez pojazdy silnikowe. Najbardziej dynamiczny rozwój systemu ratownictwa medycznego nastąpił w latach 60-tych, gdy wraz z postępem w dziedzinie motoryzacji, wypadki drogowe stały się jednym z największych zagrożeń dla zdrowia i życia mieszkańców. Ambulanse przestały służyć tylko transportowi chorych, ale stały się małymi oddziałami szpitalnymi wyposażonymi w niezbędne sprzęty, dzięki którym można było pomóc nawet najbardziej poszkodowanym pacjentom na miejscu zdarzenia, a także podczas całej drogi do szpitala²⁷⁵.

²⁷⁴ Por. J. Konieczny. *Studia i materiały do dziejów ratownictwa medycznego w Polsce*. Poznań-Warszawa 2008; por. także Goniewicz, Goniewicz. *Ewolucja systemu ratownictwa medycznego* s. 39-40.

²⁷⁵ Por. Goniewicz, Goniewicz. *Ewolucja systemu ratownictwa medycznego* s. 40-41; por. także D.C. Cone. *System ratownictwa medycznego*. W: *Medycyna ratunkowa*. Red. S.H. Plantz, E.J. Wipfler. Wrocław 2008 s. 819-820.

2.2. Zadania medycyny ratunkowej

Obszarem zainteresowania medycyny ratunkowej są zagadnienia dotyczące resuscytacji związanej z wszelkiego rodzaju zagrożeniami pochodzenia wewnętrznego, okołourazowymi oraz toksycznymi i środowiskowymi. Tematem osobnych rozważań jest medycyna katastrof, która ma swoje ważne miejsce nie tylko w teoretycznym, ale i w praktycznym działaniu systemu ratownictwa²⁷⁶. Wśród podstawowych zadań, jakie stawia się przed współczesną medycyną ratunkową, należy wymienić: bezzwłoczne podjęcie procedur medycznych mających na celu podtrzymanie funkcji życiowych osób w nagłym zagrożeniu, a następnie przeprowadzenie procedur leczenia stabilizującego funkcje życiowe celem przygotowania do leczenia specjalistycznego oraz przetransportowanie pacjenta do oddziału specjalistycznego²⁷⁷.

Większość współczesnych systemów ratunkowych opiera się na jednym z dwóch modeli, których nazwy pochodzą od krajów ich powstania: anglo-amerykański (AAS) oraz francusko-niemiecki (FSG). Wspólną cechą dla nich obu jest chęć zapewnienia jak najszybszej pomocy rannym w nagłych wypadkach, a różni je stopień wykorzystania na miejscu zdarzenia tak podstawowych, jak i zaawansowanych zabiegów ratujących ludzkie życie. Systemy te inaczej postrzegają też samą medycynę ratunkową. W systemie anglo-amerykańskim uznaje się ją za odrębną specjalność medyczną, a w systemie francusko-niemieckim jej zadania powierza się lekarzom różnych specjalizacji, głównie anestezjologom i chirurgom, bez odrębnej kwalifikacji w ratownictwie medycznym²⁷⁸. W Polsce funkcjonuje pierwszy z tych modeli. Medycyna ratunkowa status samodzielnej jednostki uzyskała 25 marca 1999 r. w momencie, gdy na mocy *Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej* została ona umieszczona wśród trzydziestu podstawowych dyscyplin medycyny²⁷⁹. Ta data jest symbolicznym początkiem dynamicznego rozwoju w Polsce tej gałęzi służby

²⁷⁶ Por. S.H. Plantz, E.J. Wipfler. *Medycyna ratunkowa*. Wrocław 2008 s. V-X.

²⁷⁷ Por. J. Karski, A. Nogalski. *Zasady organizacji struktur medycyny ratunkowej*. W: *Medycyna ratunkowa i katastrof*. Red. A. Zawadzki. Warszawa 2007 s. 349-368.

²⁷⁸ Por. J. Kosydar-Bochenek [i in.]. *System ratownictwa medycznego na świecie a system polski*. „Zdrowie Publiczne” 122:2012 z. 1 s. 71-73.

²⁷⁹ Por. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 marca 1999 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów*. Dz.U. 1999 nr 31 poz. 302.

zdrowia²⁸⁰. W tym samym roku wprowadzono rządowy program *Zintegrowane Ratownictwo Medyczne na lata 1999-2003*²⁸¹, który miał być odpowiedzią na rosnące zainteresowanie tym obszarem medycyny. W 2000 r. powstały pierwsze Szpitalne Oddziały Ratunkowe, które zakresem swojego działania docelowo miały objąć cały kraj. 8 września 2006 r. uchwalono *Ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym*²⁸², która na przestrzeni lat była nowelizowana, a jej najnowsza wersja, która weszła w życie 1 stycznia 2017 r.²⁸³, jeszcze raz doprecyzowuje podstawowe zadania, jakie stawia się przed tą gałęzią służby zdrowia.

W skład działającego w Polsce Państwowego Ratownictwa Medycznego wchodzi Zespoły Ratownictwa Medycznego oraz Szpitalne Oddziały Ratunkowe. Zadaniem pierwszego z nich jest pozostawanie w gotowości w celu wykonania niezbędnych czynności ratujących ludzkie życie bezpośrednio na miejscu zdarzenia. Choć ustawodawca zaznacza, że każdy człowiek zobowiązany jest udzielić pomocy poszkodowanemu w miarę posiadanych przez siebie umiejętności, to ma robić to do czasu, aż na miejscu zdarzenia pojawi się osoba kompetentna w niesieniu pomocy. Ratownik, o którym mowa we wspomnianym akcie prawnym, musi być osobą właściwie do tego przygotowaną, posiadającą odpowiednie wykształcenie i kwalifikacje do wykonywania zawodu. W ramach systemu ratownictwa medycznego w skład wyspecjalizowanej kadry wchodzi: lekarze specjaliści medycyny ratunkowej, pielęgniarki ratunkowe i licencjonowani ratownicy

²⁸⁰ Niektórzy za taką symboliczną datę uznają 6 czerwca 1891 r., gdy powołano Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe. Nie było to jednak Pogotowie Ratunkowe w obecnym tego słowa znaczeniu, choć jego działalność niewątpliwie ułatwiła późniejsze doskonalenie systemu opieki zdrowotnej, co pozwoliło w ostatnich latach rozbudować, oparty na anglo-amerykańskim modelu, system ratownictwa medycznego w Polsce (por. Kosydar-Bochenek [i in.]. *System ratownictwa medycznego na świecie* s. 74).

²⁸¹ Por. E. Hibner. *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*. Łódź 2003 s. 159-164.

²⁸² *Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym*. Dz. U. 2006 nr 191 poz. 1410, z późn. zm. Już wcześniej próbowano wprowadzić ustawową regulację systemu ratownictwa medycznego w Polsce, dlatego uchwalono dwa akty prawne, które jednak z powodu trudności związanych z wydaniem aktów wykonawczych, tak naprawdę nigdy w pełni nie weszły w życie (por. *Ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym*. Dz. U. 2001 nr 113 poz. 1207 oraz *Ustawa z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego*. Dz. U. 2002 nr 241 poz. 2073).

²⁸³ Por. *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 31 października 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym*. Dz.U. 2016 poz. 1868.

medyczni²⁸⁴. Szpitalne Oddziały Ratunkowe pełnią natomiast pośrednią rolę pomiędzy leczeniem na miejscu zdarzenia a leczeniem specjalistycznym w szpitalu. To tutaj lekarze mają za zadanie ustabilizować funkcje życiowe pacjenta, który dopiero później kierowany jest na właściwy oddział, aby tam zapewnić mu dalszą hospitalizację. W ostatnich latach, celem zwiększenia efektywności pracy systemów ratunkowych, powołano centra urazowe²⁸⁵, które zapewniają niezbędną pomoc poszkodowanym w nagłych wypadkach. Podmiotami wspierającymi służbę zdrowia w prowadzeniu akcji ratunkowych są ponadto: Państwowa i Ochotnicza Straż Pożarna, Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe oraz Wodne Pogotowie Ratunkowe oraz takie jednostki, jak Wojewódzkie Centra Powiadamiania Ratunkowego²⁸⁶.

Omawiając zagadnienie współczesnej medycyny ratunkowej, nie sposób nie wspomnieć o systemie wstępnej selekcji rannych zwanym z języka francuskiego *triage*. Stosuje się go przede wszystkim w ramach akcji ratowniczych zakrojonych na szeroką skalę i wyróżnia się jego różne typy: *system START* (tzn. *simple* – prosta, *triage* – selekcja, *and* – i, *rapid* – szybkie, *treatment* – leczenie) i *JumpSTART* (stosowany w przypadku dzieci), *Triage SIEVE*, *CAREFLIGHT Triage*, *Triage SORT*, *system STM* oraz *system SAVE*²⁸⁷. Selekcja rannych ma miejsce zasadniczo w przypadku zdarzenia o charakterze masowym

²⁸⁴ Por. *Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym* art. 4 i 10. W polskim systemie ratownictwa medycznego funkcjonują dwa rodzaje ambulansów. Pierwszy oznaczony literą „P”, zwany „podstawowym”, ma na swoim pokładzie dwóch ratowników medycznych, natomiast w drugim, zwanym „specjalistycznym” i określony symbolem „S”, musi znajdować się lekarz (por. Kosydar-Bochenek [i in.]. *System ratownictwa medycznego na świecie* s. 74). W skład Zespołów Ratownictwa Medycznego wchodzi też między innymi Lotnicze Zespoły Ratownictwa Medycznego, które dzięki wykorzystaniu śmigłowców mogą znacznie skrócić czas przetransportowania poszkodowanego do szpitala. W Polsce obecnie działa siedemnaście takich stałych baz, które zabezpieczają medycznie obszar całego kraju (por. M. Furtak-Niczyporuk, B. Drop. *Efektywność organizacji systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne*. „Studia Ekonomiczne” 168:2013 s. 59).

²⁸⁵ Por. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2010 r. w sprawie centrum urazowego*. Dz. U. 2010 nr 118 poz. 803; por. także J. Smereka, M. Sehn. *Wstępna intensywna terapia na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym*. „Emergency Medical Service. Ratownictwo Medyczne” 2:2016. <http://ems.medlist.org/2016/10/01/wstepna-intensywna-terapia-na-szpitalnym-oddziale-ratunkowym> [dostęp: 31.08.2017]

²⁸⁶ Por. Furtak-Niczyporuk, Drop. *Efektywność organizacji systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne* s. 58-59.

²⁸⁷ Por. K. Nadolny [i in.]. *Organizacja logistyczna dużych akcji ratowniczych*. „Na Ratunek” 5:2013 s. 56-61.

(MCI – ang. *mass casualty incident*), czyli dotyczy sytuacji, w których siły medyczne z danego rejonu nie są w stanie zapewnić odpowiedniej pomocy wszystkim poszkodowanym. Pojawia się wtedy konieczność ustalenia kolejności, w której ratowane są poszczególne osoby. Rodzi to niewątpliwie poważne dylematy moralne, gdyż to osoba kierująca akcją ratunkową²⁸⁸ lub bezpośrednio sam lekarz, muszą podjąć decyzję, która w niektórych przypadkach wiąże się ze zgodą na śmierć konkretnych osób²⁸⁹. Polskie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji za zdarzenie masowe uznało sytuację, w której po dokonanej selekcji stwierdza się, że zapotrzebowanie na kwalifikowaną pomoc medyczną, której trzeba udzielić natychmiastowo, przekracza możliwości i siły podmiotów ratowniczych obecnych na miejscu wypadku²⁹⁰. Kryterium to jednak nie jest zbyt precyzyjne i często może mieć charakter uznaniowy, co dodatkowo mnoży powstałe już dylematy moralne. Niewątpliwą pomocą są wydane 6 czerwca 2015 r. przez konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej *Zalecenia dotyczące procedur postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego/masowego*²⁹¹. Z powodu ich słabego umocowania prawnego nie do końca spełniają one jednak swoje zadanie. Pomimo tego pozostają ważną wskazówką dla wszystkich podmiotów biorących udział w tego typu akcjach ratunkowych. Ta licząca 169 stron pozycja dostarcza istotnych informacji na temat systemu ratownictwa i sposobów radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych.

Na uwagę zasługuje także rozróżnienie dwóch podstawowych pojęć: zdarzenie o charakterze „masowym” i „mnogim”. Pierwsze z nich dotyczy sytuacji, w wyniku których „określone w procesie segregacji poszkodowanych zapotrzebowanie na kwalifikowaną pierwszą pomoc i medyczne czynności ratunkowe realizowane

²⁸⁸ W Polsce, zgodnie z obowiązującym prawem, odpowiedzialność za prowadzenie akcji ponosi kierujący działaniami ratowniczymi (por. *Ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 roku o ochronie przeciwpożarowej*. Dz. U. z 1991 r. Nr 81, poz. 351 z późn. zm.). To on wyznacza osobę do przeprowadzenia segregacji medycznej, a następnie do jej nadzorowania.

²⁸⁹ Na ten temat powstały liczne opracowania (m.in. A. Zawadzki. *Medycyna ratunkowa i katastrof*. Warszawa 2014; J. Ciećkiewicz. *Ratownictwo medyczne w wypadkach masowych*. Wrocław 2010; P. Guła. *Postępowanie ratownicze w wypadkach masowych i katastrofach*. Kraków 2009).

²⁹⁰ Por. *Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad organizacji krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego*. Dz.U. 2011 nr 46 poz. 239

²⁹¹ Por. *Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej dotyczące procedur postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego/masowego*. Red. J.R. Ładny [i in.]. Warszawa 2015.

w trybie natychmiastowym przekracza możliwości sił i środków podmiotów ratowniczych obecnych na miejscu zdarzenia w danej fazie działań ratowniczych”, a drugie „to zdarzenie, którego zagrożenia dotyczą więcej niż jednej osoby poszkodowanej znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ale określone w wyniku segregacji poszkodowanych zapotrzebowanie na kwalifikowaną pierwszą pomoc i medyczne czynności ratunkowe realizowane w trybie natychmiastowym nie przekracza możliwości sił i środków podmiotów ratowniczych obecnych na miejscu zdarzenia”²⁹². Te dwa, wydawać by się mogło oczywiste rozróżnienia, są niezbędne dla całego procesu kwalifikacji zaistniałej sytuacji, a co za tym idzie, kolejności udzielania pomocy poszkodowanym. Brak jednak zapisanego w prawie etapu przejściowego, który pozwoliłby przed podjęciem akcji ratunkowej ustalić charakter zdarzenia na podstawie wstępnej selekcji. Rodzi to pewne dylematy moralne w momencie, w którym już po rozpoczęciu akcji ratunkowej zmienia się kwalifikacja z mnogiej na masową. W pierwszej sytuacji poszkodowanym, u których stwierdza się brak oddechu, udziela się natychmiastowej pomocy poprzez udrożnienie dróg oddechowych i podjęcie resuscytacji, w drugiej natomiast takie przypadki najczęściej otrzymują kod czarny, czyli są kwalifikowane jako priorytet IV, oznaczający poszkodowanych prawdopodobnie nie do uratowania w warunkach katastrofy. Zmiana charakteru zdarzenia z mnogiego na masowy powoduje, że ratownik, który podjął się już resuscytacji, powinien ją zaniechać celem ratowania innych poszkodowanych. Tego typu działanie stoi jednak w sprzeczności z zasadą nieprzerywania rozpoczętej akcji reanimacyjnej do czasu przekazania pacjenta odpowiedniemu zespołowi ratownictwa medycznego²⁹³. Pewną próbą ograniczenia do minimum mogących rodzić się dylematów moralnych i formalno-prawnych, jest wprowadzanie wspomnianych już priorytetów rozumianych jako kolejność ratowania. W systemie ratownictwa medycznego wyróżnia się cztery tego typu poziomy oznaczane różnymi kolorami. Ratownik, któremu zlecono zadanie segregacji rannych (ang. *triage officer*), w pierwszej fazie akcji ratunkowej dokonuje wstępnej, najczęściej powierzchownej oceny stanu zdrowia wszystkich poszkodowanych, którym nadaje właściwą kategorię. Priorytet I, określany kodem czerwonym,

²⁹² Tamże s. 6.

²⁹³ Por. R. Kasperczyk. *Triage – dylematy*. Cz. 1. „Przegląd Pożarniczy” 2016 nr 6 s. 17.

oznacza osoby, którym pomoc powinna być udzielona natychmiastowo. W momencie, gdy wszyscy poszkodowani z taką kwalifikacją ją otrzymali, zdarzenie masowe staje się automatycznie mnogim. Priorytet II (kolor żółty) oznacza osoby, u których interwencja medyczna jest pilna, ale można ją, nie ryzykując ich życia, odłożyć nieznacznie w czasie, aby pomóc tym, którzy otrzymali kod czerwony. Kolor zielony, czyli priorytet III ma na celu, nie tyle określenie charakteru odniesionych obrażeń, co zaprowadzenie porządku na miejscu zdarzenia w pierwszym etapie prowadzenia akcji. Kod ten oznacza osoby mogące się poruszać. Stąd prosi się je o przejście w bezpieczne miejsce, w którym będą mogły uzyskać niezbędną pomoc²⁹⁴. Priorytet IV (kolor czarny), jak to już zostało wspomniane, oznacza poszkodowanych, którym dysponując dostępnymi środkami, nie jest w stanie się pomóc. Dokonana przez ratownika selekcja nie ma jednak charakteru ostatecznego. Po pierwszym etapie akcji i zweryfikowaniu dostępnych sił medycznych następuje *re-triage*, czyli ponowna ocena tak charakteru zdarzenia (może nastąpić zmiana z masowego na mnogie lub odwrotnie), jak i priorytetów pomocy poszczególnym poszkodowanym²⁹⁵.

Jednym z najczęściej stawianych zarzutów wymierzonych w system selekcji rannych jest ryzyko subiektywnego podejścia do oceny szans na uratowanie przez *triage officera*. Nie rzadko podnosi się także kwestię naruszania, jak twierdzą oponenti tego typu rozwiązań, konstytucyjnego prawa do równego traktowania wszystkich ludzi w momencie, w którym jednemu udziela się pomocy, a innym nie. W tym miejscu poprzez analogię można zastosować powszechnie uznawaną

²⁹⁴ Priorytet III jest różnie rozumiany w zależności od przyjętych zasad postępowania medycznego. W niektórych opracowaniach kolor zielony oznacza wprost osoby niepotrzebujące w tej chwili pomocy medycznej. Ten typ poszkodowanych można wspólnym transportem przewieźć w bezpieczne miejsce i pozostawić pod opieką osób odpowiedzialnych (np. strażaka lub policjanta), którzy są w stanie zaobserwować ewentualne pogorszenie się stanu zdrowia, ale które nie muszą posiadać szczegółowej wiedzy medycznej (por. Nadolny. *Organizacja logistyczna dużych akcji ratowniczych* s. 56-61).

²⁹⁵ Por. R. Kasperczyk. *Triage – dylematy*. Cz. 2. „Przegląd Pożarniczy” 2016 nr 7 s. 7-8; por. także E. Kulińska, J. Rut. *Logistyka działań służb ratowniczych w zdarzeniach masowych*. „Logistyka” 2014 nr 4 s. 652-660. System selekcji rannych ze względu na zastosowane priorytety pomocy jest powszechnie stosowany na całym świecie. Temat ten można odnaleźć m.in. w amerykańskich podręcznikach do medycyny (por. D.C. Cone. *Medycyna katastrof*. W: *Medycyna ratunkowa*. Red. S.H. Plantz, E.J. Wipfler. Wrocław 2008 s. 841-848).

w moralności zasadę czynu o podwójnym skutku²⁹⁶. Oznaczenie czarnym kodem kogoś, kto przejawia nikłą szansę na przeżycie, a w obliczu katastrofy jest wysoce prawdopodobne, że nie da się go uratować, nie ma na celu uśmiercenie tego człowieka, ale próbę ratunku tych, u których interwencja służb medycznych ma większe szanse powodzenia. Podstawowym celem systemu *triage* jest zatem optymalizacja negatywnych skutków zaistniałego wypadku w takim stopniu, by jak najwięcej osób mogło przeżyć. Jeśli w konkretnych przypadkach oznacza to zaniechanie ratowania poszczególnych ludzi, jest to zło jedynie dopuszczone, a nie chciane samo w sobie.

3. Medycyna reanimacyjna

Obejmując swoją troską pacjentów znajdujących się w sytuacjach granicznych związanych z ich zdrowiem i życiem, medycyna musiała zmierzyć się ze zjawiskami, które tym dwóm wartościom (zdrowiu i życiu) zagrażają. Zatrzymanie akcji serca, a tym samym zanik krążenia krwi w organizmie oraz ustanie pracy płuc, które skutkuje niedotlenieniem podstawowych organów ludzkiego ciała, są po dziś dzień najczęstszymi przyczynami zgonu. Jednak w wielu przypadkach to, co kiedyś wydawało się nie do opanowania, dziś z powodzeniem się udaje. Najnowsze osiągnięcia w reanimacji i coraz większa wiedza na jej temat sprawiają, że w wielu wypadkach, pomimo wystąpienia zdawać by się mogło krytycznych sytuacji, pacjenci wracają do pełni sił.

3.1. Historia medycyny reanimacyjnej

Korzeni medycyny reanimacyjnej, choć jej usystematyzowane struktury pojawiły się dopiero w czasach najnowszych, należy upatrywać w wielu obecnych od początku istnienia ludzkości próbach ratowania ludzkiego życia. Niewątpliwie

²⁹⁶ Zasada ta głosi, że człowiek może wykonać działanie, które wiąże się także ze skutkiem ubocznym, który jest zły, o ile zostaną spełnione cztery warunki: „1. Czyn sam w sobie jest moralnie dobry lub przynajmniej obojętny; 2. Skutek bezpośredni tegoż czynu jest dobry; 3. Skutek bezpośredni (dobry) jest celem działającego, a zły co najwyżej dopuszczony (tolerowany); 4. Istnieją proporcjonalnie ważne racje dla spełnienia takiego czynu” (Wróbel. *Człowiek i medycyna* s. 340).

najbardziej istotnym elementem tych działań były zabiegi zmierzające do przywrócenia krążenia oraz oddechu. Świadczenia starożytnych praktyk medycznych dostarczają wielu ciekawych informacji o ewolucji tego, co dziś nazwać można reanimacją.

Badając historię starożytnego Egiptu, można natrafić na pochodzącą z okresu 5000 lat przed Chr. płaskorzeźbę, na której przypuszczalnie uwieczniono zabieg wykonania otworu w tchawicy będącej prototypem znanej dziś tracheotomii. Około 3000 lat przed Chr. w starożytnej Grecji oraz w Japonii powstały pierwsze opisy ówczesnych technik przywracania funkcji życiowych za pomocą zwieszania człowieka głową w dół, wożenia na grzbiecie konia lub rolowania na beczce²⁹⁷. Niektórzy historycy pierwszej wzmianki mówiącej o skutecznym przeprowadzeniu reanimacji doszukują się w tekście z 2. Księgi Królewskiej opisującym wskrzeszenie lub – jak twierdzą wspomniani badacze dziejów medycyny – przywrócenie krążenia krwi u syna Szunemitki (por. 2 Krl 4,8-37)²⁹⁸. Chorobą, która go dotknęła, mógł być udar mózgu lub inne wewnętrzne urazy, takie jak tętniak czy naczyniak, gdyż bezpośrednio przed utratą przytomności chłopiec wołał: „Moja głowa! Moja głowa!” (2 Krl 4,19). Elizeusz, jeśli rzeczywiście przyjął wspomniany fragment za opis ściśle medycznej procedury, położył się na dziecku i zbliżył swoją twarz, usta i oczy do jego ust i oczu. Ten „zabieg” trwał tak długo, aż jego ciało rozgrzało się i wróciło krążenie krwi. Dziecko zaczęło ponownie oddychać, a działanie to poczytywano za cud.

Najstarszym udokumentowanym zabiegiem reanimacyjnym jest tracheotomia, którą stosuje się powszechnie po dziś dzień²⁹⁹. Choć istnieją historycy, którzy jej początków upatrują w zmianie pochodzącej z *Corpus Hippocraticum*: „fistula in fauces ad maxillas intrudenta, qua spitytus in pulmones trakatur” (to znaczy: „należy wprowadzić rurkę do tchawicy wzdłuż kości szczęki, aby można było

²⁹⁷ Por. P. Rzońca [i in.]. *Historia zabiegów resuscytacyjnych*. „Journal of Education, Health and Sport” 7:2017 nr 3 s. 301-302.

²⁹⁸ Wydarzenie to mogło mieć miejsce ok. 800 r. przed Chr. (por. J.H. Skalski. *Dawne dzieje resuscytacji i reanimacji*. „Szlachetne Zdrowie” 3:2003 s. 2; por. także M. Rogowski. *Dzieje resuscytacji*. [Http://scanwork.pl/archives/459](http://scanwork.pl/archives/459) [dostęp: 15.04.2017]; Rzońca. *Historia zabiegów resuscytacyjnych* s. 302).

²⁹⁹ Samo pojęcie „tracheotomia” po raz pierwszy pojawiło się w wydanym w 1649 r dziele *Libri Chirurgiae XII*, którego autorem jest T. Fienus (por. N. Weir. *Otolaryngology. An Illustrated History*. London 1990. Cyt. za M. Korpas-Wasiak [i in.]. *Tracheotomia w oddziałach intensywnej terapii*. „Anestezjologia i Ratownictwo” 8:2014 nr 2 s. 182).

wciągnąć powietrze do płuc”)³⁰⁰, to należy przyjąć, że jej faktycznym prekursorem jest Asklepiades z Bitynii (124-56 r. przed Chr.). Zalecał on ją wtedy, gdy pojawiało się realne ryzyko uduszenia się osoby chorej z powodu ropnia w gardle. Nakazywał wtedy „pewną ręką” rozciąć tchawicę poniżej zainfekowanego miejsca³⁰¹. Wśród zwolenników stosowania tracheotomii należy wymienić także żyjących nieco później: Claudiusa Galenusa z Pergamonu (ok. 130-200 r. po Chr.), Antyllusa (III w.), Caeliusa Aurelianususa (V w.), a także Paulosa Aeginata (625-690 r.), który zostawił dokładny opis wykonywania tracheotomii. Zabieg ten stosowali także arabscy lekarze Rhases (850-923 r.) oraz Avicenna (980-1037 r.)³⁰².

Rozwój badań nad resuscytacją przyniosła epoka renesansu. Przyczyniły się do tego przede wszystkim eksperymenty na zwierzętach. Za prekursora tego typu badań uchodzi Andreas Versalius (1514-1564 r.), który wykonał sztuczną wentylację u psa wdmuchując mu powietrze do tchawicy przy pomocy trzciny. Sto lat później w 1667 r. Robert Hook (1635-1703 r.) opracował metodę podtrzymywania życia przy pomocy miecha. Udało mu się przez ponad godzinę wpompowywać w taki sposób powietrze do płuc psa. Sama metoda, choć jeszcze nadal mało skuteczna, była stosowana także u ludzi, jednak pierwsza udokumentowana metoda usta-usta pochodzi dopiero z 1732 r. i zastosował ją brytyjski chirurg William Tossach (1700-1771 r.), ratując w ten sposób rannego górnika. Otworzyło to drogę do oficjalnego uznania jej za właściwą metodę przywracania oddechu przez Paryską Akademię Nauk w 1740 r.³⁰³

Szczególnym motywem rozwoju medycyny w zakresie resuscytacji była swoista plaga utonięć, która stała się jedną z najczęstszych przyczyn nagłych zgonów³⁰⁴.

³⁰⁰ O Hipokratesie jako domniemanym prekursorze zabiegów tracheotomii wspomina m.in. J.H. Skalski (*Dawne dzieje resuscytacji i reanimacji* s. 2) oraz P. Rzońca (*Historia zabiegów resuscytacyjnych* s. 302). Takie stanowisko zostało jednak wyraźnie odrzucone przez M. Korpas-Wasiak (*Tracheotomia w oddziałach intensywnej terapii* s. 182). Również A. Dewhirst dowodzi, że wspomniany tekst opisuje zabieg intubacji, który nie był jednak tracheotomią (por. *The Evolution of Cardiopulmonary Resuscitation – An Historical Perspective*. New Zealand 2010. <http://www.nzats.co.nz/wp-content/uploads/Evolution-of-Cardiopulmonary-Resuscitation-.docx> [dostęp: 14.04.2017]).

³⁰¹ Por. J. Olszewski, J. Miłośki. *Historia tracheotomii*. „Otolaryngologia Polska” 61:2007 nr 3 s. 350.

³⁰² Por. tamże; por. także Rzońca. *Historia zabiegów resuscytacyjnych* s. 302.

³⁰³ Por. tamże.

³⁰⁴ Jedną z podstawowych przyczyn takiego wzrostu utonięć był dynamiczny rozwój handlu morskiego i budowa olbrzymich portów, m.in. w Londynie i Amsterdamie.

W 1767 r. w Amsterdamie do reagowania w tego typu przypadkach powołano specjalną organizację Society for the Recovery of Drowned Person, która opublikowała wytyczne dotyczące resuscytacji ofiar utonięć. Zawarto w nich takie wskazania, jak rozgrzewanie ofiary, usunięcie połkniętej wody, stosowanie nacisku na brzuch przy pomocy rąk, stosowanie metody usta-usta lub usta-nos, wywoływanie wymiotów. Wśród wytycznych znalazły się również tak nietypowe sugestie, jak pobudzanie ofiary poprzez podanie dymu tytoniowego przez odbytnicę lub celowe upuszczanie krwi³⁰⁵. W tym czasie nastąpił dynamiczny rozwój medycyny reanimacyjnej, co pozwoliło w 1776 r. Williamowi Cullenowi (1710-1790 r.) opisać szczegółowo zabieg intubacji tchawicy i wentylacji płuc³⁰⁶.

Pierwszy udokumentowany pośredni masaż serca za pomocą ucisku klatki piersiowej przeprowadził Friedrich Maass (1834-1909 r.) w 1891 r., a już dwa lata później George Crile (1864-1943 r.) dokonał skutecznej resuscytacji krążeniowej za pomocą tego typu zabiegu. W 1899 r. Janowi Prusowi we Lwowie udało się „ożywić” pacjenta, podczas przeprowadzanej operacji jamy brzusznej, poprzez bezpośredni masaż serca, co było pierwszym znanym tego typu zabiegiem w historii³⁰⁷. XX w. to dalszy rozwój tej gałęzi medycyny ratunkowej. W pierwszej połowie stulecia należy wskazać takich lekarzy, jak A.E. Schafer, E. Nielsen oraz F.C. Eve, którzy opracowywali coraz doskonalsze metody prowadzenia resuscytacji³⁰⁸. Jednak dopiero w 1954 r. James Elam (1918-1995 r.) dowiódł naukowo, że wydychane z organizmu ratownika powietrze, które metodą usta-usta jest następnie przekazywane pacjentowi, wystarczy do właściwego utlenienia organizmu i utrzymania go przy życiu. 13 lipca 1957 r. na Oddziale Anestezjologii Szpitala Miejskiego w Baltimore przeprowadzono eksperyment resuscytacyjny, który potwierdził opracowaną wcześniej przez Petera Safara (1924-2003 r.) oraz wspomnianego Jamesa Elama w pełni skuteczną technikę resuscytacji metodą usta-usta. Datę tę przyjmuje się za symboliczny początek współczesnej ery badań nad resuscytacją³⁰⁹. Kolejne lata to upowszechnianie się na całym świecie metody CPR (*cardio-pulmonary resuscitation* – resuscytacja krążeniowo-oddechowa),

³⁰⁵ Por. Dewhirst. *The Evolution of Cardiopulmonary Resuscitation*.

³⁰⁶ Por. Skalski. *Dawne dzieje resuscytacji i reanimacji* s. 2.

³⁰⁷ Por. Rzońca. *Historia zabiegów resuscytacyjnych* s. 304.

³⁰⁸ Por. Rogowski. *Dzieje resuscytacji*.

³⁰⁹ Por. T. Czarnik. *Reanimacja: dawniej i dziś*. „wcm.opole.pl” 30:2011 z. 7 s. 3-4.

której głównym propagatorem było Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne. To oni opracowali tak zwane ABC resuscytacji, które polegało na: A (*airway*) – udrożnieniu górnych dróg oddechowych, B (*breathing*) – przywróceniu lub zastąpieniu oddechu oraz C (*circulation*) – przywróceniu lub stymulowaniu przepływu krwi poprzez masaż serca. W 1966 r. przy współpracy Amerykańskiego Czerwonego Krzyża oraz Amerykańskiej Narodowej Akademii Nauk zorganizowano pierwszą konferencję, której celem było wypracowanie jednolitych standardów postępowania przy resuscytacji krążeniowo-oddechowej i jednakowych sposobów szkolenia³¹⁰.

Poważnym problemem, z którym – wraz z wydłużeniem się średniej ludzkiego życia – musiała poradzić sobie medycyna, były pojawiające się coraz częściej problemy sercowe i w konsekwencji zawały, które z czasem stały się główną przyczyną śmierci. Żyjący w XIX w. Carl Ludwig (1816-1895 r.) odkrył mechanizm migotania komórek, który dał podwaliny pod rozwój defibrylacji. W 1899 r. po raz pierwszy opisano zastosowanie defibrylacji na zwierzęciu w celach terapeutycznych, a dokonali tego pracujący na uniwersytecie w Genewie Jean-Louis Prevost (1838-1927 r.) i Federico Battelli (1867-1941 r.). Odkrycia te potwierdził Carl J. Wiggers (1883-1963 r.), który przepuszczał przez serce zwierząt impulsy elektryczne, obserwując zachodzące reakcje. Opisał szczegółowo etapy migotania komórek, które do dziś określa się jego nazwiskiem. Dzięki tym badaniom Claude Beck (1894-1971 r.), bazując jednak nie tylko na wynikach pracy Wiggersa, ale i na swoim wieloletnim doświadczeniu cenionego chirurga, mógł w 1947 r. po raz pierwszy przeprowadzić na 14-letnim chłopcu skuteczny zabieg defibrylacji, co nadało mu historyczny tytuł „ojca defibrylacji”³¹¹. Po tak spektakularnym sukcesie, ośrodki na całym świecie zaczęły badania nad tym sposobem przywracania czynności serca. Jednak do lat 50-tych defibrylatorów używano jedynie podczas zabiegów na otwartym sercu. Pierwszymi, którzy skutecznie zastosowali to urządzenie do defibrylacji zewnętrznej, byli Rosjanie V. Eskin i jego asystent A. Klimov³¹². To wszystko w znacznej mierze przyczyniło się do dynamicznego rozwoju tej gałęzi medycyny. Z biegiem lat zaczęto udoskonalać

³¹⁰ Por. Rzońca. *Historia zabiegów resuscytacyjnych* s. 304.

³¹¹ Por. Rogowski. *Dzieje resuscytacji*.

³¹² Por. M. Wieczorski, E. Stodółkiewicz. *Aktualne rozwiązania w zakresie defibrylacji i kardiowersji*. „Acta Bio-Optica et Informatica Medica” 3:2009 z. 15 s. 253.

defibrylatory, które dzięki zastosowaniu specjalnych wózków, mogły być używane także poza salą operacyjną³¹³. Z czasem rozwinęła się idea powszechnej dostępności tego typu urządzeń, z których – po przeprowadzeniu krótkiego szkolenia – mógłby korzystać każdy, a nie tylko wykwalifikowany lekarz. W drugiej połowie XX w. zaczęto tworzyć uproszczone modele zwane Automatycznymi Zewnętrznymi Defibrylatorami (AED), które dzięki społecznym kampaniom na stałe zagościły w przestrzeni publicznej wielu krajów świata³¹⁴.

3.2. Współczesne sposoby reanimacji

Podstawowym zadaniem zespołów ratunkowych jest utrzymanie bądź przywrócenie czynności życiowych pacjenta. W zależności od efektu tego działania, można mówić o resuscytacji lub reanimacji. Pierwsza z nich to zespół czynności, których celem jest przywrócenie podstawowych funkcji życiowych, takich jak krążenie i oddychanie. Reanimacja to, podobnie jak w przypadku resuscytacji, przywrócenie przepływu krwi i oddechu, jednak skutkiem jej przeprowadzenia jest także odzyskanie przez pacjenta świadomości³¹⁵.

Standardy resuscytacji krążeniowo-oddechowej, wraz ze stopniowym rozwojem medycyny, nadal ulegają mniejszym lub większym zmianom. Z tego względu współczesne wytyczne są publikowane co 5 lat, a ich opracowywaniem zajmuje się Międzynarodowa Komisja Współpracy w Dziedzinie Resuscytacji (International Liaison Committee on Resuscitation – ILCOR)³¹⁶. Najnowsze standardy

³¹³ Skonstruowany w 1966 r. pierwszy mobilny defibrylator, którego twórcą byli Frank Pantridge i Geddes z Royal Victoria Hospital w Belfaście, ważył 110 kg, a już w 1973 r. dzięki intensywnej pracy naukowców pod kierunkiem Johna Andersona powstało urządzenie ważące zaledwie 7,5 kg (por. *Jak powstały defibrylatory AED?* <https://www.hsmedical.pl/wiedza/jak-powsta%C5%82y-defibrylatory-aed> [dostęp: 1.05.2017]; por. także T. Łopaciński. *Projekt wprowadzenia programu automatycznej defibrylacji zewnętrznej na podstawie analizy epidemiologiczno-klinicznej przypadków nagłego zatrzymania krążenia w warunkach pozaszpitalnych w aglomeracji trójmiejskiej*. Gdańsk 2014 s. 14-24).

³¹⁴ Por. Rzońca. *Historia zabiegów resuscytacyjnych* s. 305.

³¹⁵ Por. A. Orońska. *Reanimacja/resuscytacja*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 521; por. także W. Kmiotczyk. *Resuscytacja według wytycznych PRC/ERC*. „Acta Bio-Optica et Informatica Medica” 1:2010 z. 16 s. 78.

³¹⁶ ILCOR składa się z następujących podmiotów: Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne, Europejska Rada Resuscytacji, Kanadyjskie Towarzystwo Kardiologiczno-

pochodzące z 2015 r., które wydano także w języku polskim, doprecyzowują zasady udzielania pomocy medycznej w przypadku nagłego zaprzestania krążenia i wskazują na podstawowe problemy etyczne. Jednocześnie autorzy wytycznych zwracają uwagę na nieodpowiednie do skali zagadnienia zaangażowanie instytucji naukowych w rozwiązywanie rodzących się problemów. Podkreśla się, że „tylko 1% wszystkich zaleceń z 2015 roku (3 z 315) bazuje na dowodach naukowych o najwyższym poziomie (A), a tylko 25% zaleceń (78 z 315) jest oznaczonych jako klasa I (mocne zalecenie). Większość (69%) zaleceń *Aktualizacji Wytycznych* z 2015 roku jest poparta dowodami naukowymi o najniższym poziomie (C-LD lub C-EO), a niemal połowa (144 z 315, 45%) została zakwalifikowana do klasy IIb (słabe zalecenie)”³¹⁷.

Wśród najważniejszych czynności, jakie winno się wykonać w trakcie zabiegów mających na celu przywrócenie oddechu i krążenia krwi, należy wymienić defibrylację serca oraz odpowiedni ucisk klatki piersiowej połączony ze sztucznym oddychaniem³¹⁸. Najnowsze wytyczne AHA (American Heart Association) zalecają rozróżnienie ścieżek opieki nad pacjentem, u którego doszło do nagłego zatrzymania krążenia, w zależności od tego, czy do tej sytuacji doszło w szpitalu, czy poza jego murami. W pierwszym przypadku zaleca się wypracowanie odpowiednich mechanizmów współpracy między oddziałami i objęcie pacjentów odpowiednim systemem ciągłego nadzoru. W sytuacji, gdy do nagłego zatrzymania krążenia dojdzie poza oddziałem szpitalnym, należy zastosować odpowiednią procedurę polegającą na rozpoznaniu zatrzymania krążenia i wezwaniu zespołu ratownictwa medycznego, niezwłocznej resuscytacji krążeniowo-oddechowej

Udarowe, Australijskie i Nowozelandzkie Towarzystwo Resuscytacji, Południowo Afrykańska Rada Resuscytacji, Środkowo-Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne i Azjatycka Rada Resuscytacji. W Polsce za wprowadzanie opracowanych przez tę organizację standardów odpowiada Polska Rada Resuscytacji, którą założono w 2001 r. w wyniku współpracy Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof, Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego oraz Polskiego Towarzystwa Neonatologii (por. Rzońca. *Historia zabiegów resuscytacyjnych* s. 305-306; por. także Czarnik. *Reanimacja: dawniej i dziś* s. 4).

³¹⁷ American Heart Association. *Highlights. Aktualizacja wytycznych AHA w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej i doraźnego postępowania w zaburzeniach krążenia z 2015 roku*. Dallas 2015 s. 2.

³¹⁸ Por. Kmiotczyk. *Resuscytacja według wytycznych PRC/ERC* s. 78; por. także P. Augustyniak. *Defibrylatory*. W: P. Augustyniak. *Elektroniczna Aparatura Medyczna. Nowy Rozdział 32*. Kraków 2015 s. 1-2.

(RKO) wysokiej jakości oraz szybkiej defibrylacji³¹⁹. Te czynności muszą być wykonywane aż do przybycia specjalistycznego zespołu ratunkowego, a ich skuteczność jest zależna między innymi od odpowiedniego przygotowania społeczeństwa do właściwej reakcji w sytuacji zagrożenia i nabycia przez nie umiejętności resuscytacji, a także od powszechnego dostępu do defibrylatora w przestrzeni publicznej. Podkreślona w dokumencie wysoka jakość resuscytacji krążeniowo-oddechowej polega na „uciskaniu klatki piersiowej w odpowiednim tempie i na odpowiednią głębokość, umożliwiające powrót klatki piersiowej do pierwotnego kształtu po każdym uciśnięciu, minimalizowanie przerw w uciskaniu klatki piersiowej i unikanie nadmiernej wentylacji”³²⁰. Przyjmuje się, że mózg człowieka obumiera od 3 do 5 minut po zatrzymaniu krążenia krwi, a średni dojazd karetki pogotowia w obszarze miejskim to w najlepszym przypadku 10-12 minut. Podjęta zatem jak najszybciej i właściwie przeprowadzona akcja ratownicza przez osoby postronne w znacznej mierze ogranicza śmiertelność pacjentów, u których nastąpiło nagłe zatrzymanie akcji serca skutkujące zaprzestaniem krążenia i utratą zdolności samodzielnego oddychania³²¹. Warto podkreślić, że niespełnienie obowiązku niesienia pomocy w niebezpieczeństwie życia i zdrowia jest w Polsce obwarowane sankcją karną³²².

Z biegiem lat nastąpiło przesunięcie akcentów prowadzonej akcji resuscytacyjnej ze skupiania się na dostarczaniu tlenu na rzecz metod podtrzymywania odpowiedniego ukrwienia. Potwierdzono bowiem naukowo, że w chwili ustania krążenia, krew jest najczęściej wystarczająco dotleniona, dlatego w pierwszej fazie interwencji należy zadbać przede wszystkim o jej właściwy przepływ, a w drugiej kolejności o dostarczenie do niej tlenu. Ta zależność zmieniała się na przestrzeni ostatnich lat i ewoluowała z zasady pięciu ucisków i jednego wdechu, poprzez proporcję 15:1 do przyjmowanej obecnie proporcji 30:2. Nie wyklucza się również zmian w przyszłości. Już teraz wskazuje się na niektóre

³¹⁹ Por. American Heart Association. *Highlights* s. 4.

³²⁰ Tamże s. 5.

³²¹ Por. Czarnik. *Reanimacja: dawniej i dziś* s. 6.

³²² „Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu groźącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” (*Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny*. Dz. U. nr 88 poz. 553 z późn. zm. art. 162).

badania potwierdzające skuteczność metody 50:2. Co więcej, nawet jeśli z jakiś przyczyn nie można dostarczyć tlenu metodą usta-usta lub usta-nos (na przykład, gdy występuje ryzyko zakażenia), zaleca się zawsze stosowanie samego masażu serca. Przy właściwie przeprowadzonej resuscytacji krążeniowo-oddechowej, w której ucisk klatki piersiowej zastępuje mechanizm pompy sercowej, ratownik jest w stanie zapewnić ok. 30% normy ciśnienia krwi u zdrowego człowieka. Choć jest to z pozoru osiągnięcie niewielkie, można w ten sposób uzyskać wynik powyżej niezbędnego dla przeżycia minimum³²³.

Prawidłowo prowadzona resuscytacja krążeniowo-oddechowa w znacznej mierze zwiększa szansę pacjenta na przeżycie, jednak jej powodzenie w dużym stopniu zależy również od zastosowania elektroterapii. Niektóre badania podają, że użycie defibrylatora zwiększa szansę przeżycia pacjenta do 70%, co pozwala wskazać tę metodę resuscytacji jako najbardziej korzystną dla poszkodowanego. Dlatego również w Polsce z coraz większą intensywnością powstają punkty, w których 24 godziny na dobę dostępne są automatyczne defibrylatory (AED) pozwalające nawet niewykwalifikowanej osobie przeprowadzić skuteczną akcję ratowniczą. Za pomocą specjalnych komunikatów urządzenie instruuje postronnego ratownika, jak przeprowadzić elektroterapię, która polega na przerwaniu migotania komór lub przedsionków na co najmniej 5 sekund i umożliwieniu przez to przywrócenie właściwej czynności elektrycznej mięśnia serca³²⁴. Standardy defibrylacji z biegiem lat ulegały konkretnym przeobrażeniom, a współczesne wytyczne także nie noszą znamion ostatecznych. Europejska Rada Resuscytacji w 2000 r. zalecała natychmiastowe zastosowanie elektroterapii po stwierdzeniu zatrzymania krążenia, a już pięć lat później rekomendowała przeprowadzenie najpierw resuscytacji krążeniowo-oddechowej, która powinna trwać od 1,5 do 3 minut. Pierwotne zalecenia wskazywały ponadto na konieczność trzykrotnego użycia defibrylatora, a obecnie podkreśla się, że po jednej defibrylacji należy stosować ucisk klatki piersiowej przez około 2 minuty i dopiero po tym czasie, jeśli

³²³ Podczas resuscytacji można osiągnąć ciśnienie rzędu 60-80 mm Hg (przy ucisku) i 40 mm Hg (przy rozprężeniu), a krytycznym dla egzystencji minimum jest ciśnienie co najmniej 15 mm Hg (por. Kmiotczyk. *Resuscytacja według wytycznych PRC/ERC* s. 78).

³²⁴ Najnowocześniejsze defibrylatory wyposażone są w specjalne samoprzylepne elektrody, które w znaczny sposób ograniczają ryzyko błędu. We współczesnych wersjach AED stosuje się ponadto prąd dwufazowy, dzięki czemu elektroterapia jest jeszcze bardziej skuteczna (por. tamże s. 248).

nadal zachodzi taka konieczność, ma miejsce kolejne wyładowanie elektryczne³²⁵. Należy wskazać ponadto, że istnieją dwa podstawowe typy defibrylatorów, które różnią sposobem przepływu prądu. Modele dwufazowe w przeciwieństwie do jednofazowych dostarczają impuls prądu, który przez pewien czas płynie w jednym kierunku, by następnie odwrócić się i płynąć w drugim. To dokonujące się w przeciągu kilku milisekund zjawisko ma kompensować w znacznej mierze impedancję klatki piersiowej poprzez odpowiednie dostosowanie wyładowania elektrycznego³²⁶.

Z samym zabiegiem defibrylacji wiążą się odpowiednie standardy, których należy przestrzegać celem ochrony życia i bezpieczeństwa pacjenta. Europejska Rada Resuscytacji zwraca uwagę między innymi na występujące ryzyko pożaru, który może być spowodowany jednoczesnym podawaniem pacjentowi tlenu bez zastosowania odpowiedniej maseczki³²⁷. Ponadto wskazuje się na cztery podstawowe grupy błędów, które mogą skutkować niepowodzeniem czynności resuscytacyjnych: błędy organizacyjne (m.in. brak wyszkolonych ludzi, niewłaściwa komunikacja, czy złe szkolenie), nieprawidłowości dotyczące sprzętu (np. niewystarczająca ilość defibrylatorów lub urządzeń do stymulacji serca), błędy w postępowaniu (nieskuteczne udrożnienie dróg oddechowych, nieodpowiednie ułożenie rannego oraz nieumiejętny masaż serca lub nieprawidłowe posługiwanie się sprzętem medycznym) oraz nieprawidłowości w farmakoterapii resuscytacyjnej (np. niezastosowanie 100% tlenu podczas wentylacji workiem ambu lub złe dawki leków)³²⁸.

Stosowane współcześnie metody resuscytacji krążeniowo-oddechowej rodzą też konkretne problemy natury etycznej. Warto zatem postawić pytanie, czy przeprowadzanie tego typu zabiegu, będącego z góry skazanym na niepowodzenie, jest w ogóle moralnie godziwe? Problem nie jest jednowymiarowy i ośrodki medyczne w różny sposób próbują znaleźć właściwe wyjście w tego typu

³²⁵ Por. Wieczorski, Stodólkiewicz. *Aktualne rozwiązania w zakresie defibrylacji i kardiowersji* s. 256.

³²⁶ Por. tamże s. 254.

³²⁷ Por. P.H. Miller. *Potential Fire Hazard in Defibrillation*. „Journal of American Medical Association” 1972 t. 221 z. 2 s. 192.

³²⁸ Por. R. Gajdosz. *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa*. W: *Medycyna ratunkowa i katastrof. Podręcznik dla studentów uczelni medycznych*. Red. A. Zawadzki. Warszawa 2013 s. 40-41.

sytuacjach. Niewątpliwie we wszelkich procedurach medycznych najważniejsze jest dobro samego pacjenta. Niektórzy lekarze wskazują jednak, że istotna z punktu widzenia dobra wspólnego jest także troska o właściwe przeżycie śmierci bliskiej osoby ze strony rodziny. W tym względzie może zrodzić się konflikt interesu, gdy najbliższe otoczenie umierającej osoby domaga się przeprowadzenia resuscytacji, nawet gdy z medycznego punktu widzenia jest to daremne. Zależy im wtedy na psychicznej pewności, że zrobili wszystko, co w ich mocy, poprzez podjętą próbę ratowania członka rodziny. Ważne jest jednak podkreślenie, że żadne argumenty mające na celu dobre samopoczucie bliskich, nie mogą być przyczyną stosowania nieprzynoszącej żadnej korzyści resuscytacji, która byłaby źródłem znaczącego cierpienia dla pacjenta. W takim przypadku żądania rodziny stoją w ewidentnej sprzeczności z dobrem umierającej osoby. Warto również podkreślić, że analogicznie należy się zachować, gdy z góry skazana na niepowodzenie resuscytacja angażuje pracowników medycznych w taki sposób, że istnieje realne zagrożenie dla innych pacjentów, którzy w tym czasie nie mogą korzystać z ich pomocy. I w takiej sytuacji interes rodziny stoi w sprzeczności z dobrem innych osób³²⁹.

Pomocne we właściwym rozeznaniu decyzji dotyczącej stosowania tego typu terapii, są podstawowe zasady etyczne, takie jak autonomia pacjenta, nieczynienie krzywdy, działanie w imię korzyści pacjenta, sprawiedliwość, godność i uczciwość³³⁰. Pierwsza z nich związana jest z prawem pacjenta do decydowania o sobie. Wyjątek stanowi sytuacja, gdy pacjent jest nieletni lub nieprzytomny. Wtedy decyzja winna być uzgodniona z rodzicami lub prawnymi reprezentantami. Należy jednak zawsze pamiętać, że to chory ma być centrum procesu decyzyjnego w ramach terapii, a nie jakieś zewnętrzne naciski pochodzące od rodziny, czy arbitralne decyzje zespołu medycznego. Wymaga to oczywiście poinformowania pacjenta o stanie jego zdrowia i o wszelkich konsekwencjach wynikających z zaprzestania terapii. Z tej przyczyny, że resuscytacja krążeniowo-oddechowa lub

³²⁹ Por. R.D. Truog. *Czy wykonywanie skazanej z góry na niepowodzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej jest zawsze niewłaściwe?* „Medycyna po Dyplomie” 19:2010 z. 8 s. 94-95.

³³⁰ Por. L.L. Bossaert [i in.]. *Etyka w resuscytacji i decyzje dotyczące końca życia*. W: *Wytyczne resuscytacji 2015*. Red. J. Andres. Kraków 2016 s. 383; por. także F.K. Lippert [i in.]. *Etyka resuscytacji oraz problem końca życia*. W: *Wytyczne resuscytacji 2010*. Red. J. Andres. Kraków 2010 s. 280-281.

stosowanie defibrylatora związane jest z utratą świadomości ze strony chorego, trudno tę zasadę w prosty sposób zastosować w sytuacjach nagłego zatrzymania krążenia³³¹. W wielu krajach istnieją tzw. oświadczenia woli, które są ważnym elementem pomagającym poznać decyzję pacjenta, związaną ze stosowaną na nim terapią. Nie jest to niestety najbardziej doskonała forma, gdyż wyraża się ją prospektywnie, a co za tym idzie nie uwzględnia aktualnych okoliczności.

Zasadniczo jednak przy stosowaniu resuscytacji krążeniowo-oddechowej związanej z nagłym zatrzymaniem krążenia nie traci się czasu na ustalanie, czy dana osoba wyraziła na nią zgodę, czy nie. W przypadku bezpośredniego zagrożenia, rolą zespołu medycznego, a także postronnych świadków, jest ratowanie życia poszkodowanego człowieka³³². Warto jednak podkreślić, że w myśl artykułu 8 *Europejskiej Konwencji Praw Człowieka* celowe nieuwzględnienie decyzji pacjenta o niepodejmowaniu resuscytacji (DNAR – *Do Not Attempt Resuscitation*) jest złamaniem jego podstawowych praw³³³. W wielu ośrodkach w dokumentacji medycznej stosuje się także specjalną adnotację DNR (*Do Not Resuscitate*), która ma być jasną informacją dla zespołu ratowniczego, że resuscytacja takiej osoby będzie miała znamiona terapii uporczywej. Takiego wpisu dokonuje się po dyskusji w gronie specjalistów, a także po przebytej w miarę możliwości rozmowie z rodziną pacjenta. Konieczne jest ponadto, aby zapisane w dokumentacji wskazanie było codziennie rewidowane celem wiarygodnej oceny stanu pacjenta. DNR nie oznacza jednak zgody na zaprzestanie stosowania środków proporcjonalnych, w tym niezbędnej pielęgnacji pacjenta wraz z uśmierzaniem bólu³³⁴.

W przypadku niemożności poznania woli pacjenta, co do stosowania terapii mogącej mieć znamiona uporczywej, należy bezwzględnie zastosować zasadę korzyści związaną z nieczynieniem krzywdy. Oznacza to działanie zawsze w najlepszym interesie pacjenta oraz stosowanie hipokratesowej zasady „po pierwsze nie szkodzić”. Ponadto, jak już podkreślono, zawsze winno się konsultować rodzinę pacjenta lub prawnych opiekunów. Najnowsze wytyczne dotyczące resuscytacji wskazują na następujące przypadki, w których personel

³³¹ Por. Lippert. *Etyka resuscytacji oraz problem końca życia* s. 280.

³³² Por. Bossaert. *Etyka w resuscytacji i decyzje dotyczące końca życia* s. 384-385.

³³³ Por. Z. Fritz [i in.]. *DNACPR Decisions: Challenging and Changing Practice in the Wake of the Tracey Judgment*. „Clinical Medicine” 14:2014 nr 6 s. 571-576.

³³⁴ Por. Orońska. *Reanimacja/resuscytacja* s. 523-524.

medyczny powinien rozważyć niepodejmowanie lub zakończenie resuscytacji: brak możliwości zapewnienia bezpieczeństwa ratownika, ewidentnie śmiertelny uraz lub wystąpienie pewnych oznak śmierci, obecność asystolii³³⁵ przez ponad 20 minut pomimo podjęcia zabiegów resuscytacyjnych, a także istnienie ważnego i obowiązującego oświadczenia woli lub wystąpienie innych istotnych okoliczności, które świadczą o tym, że dalsze stosowanie resuscytacji krążeniowo-oddechowej oznacza terapię daremną³³⁶. Z takim stanowiskiem w pełni zgadza się etyka katolicka³³⁷ oraz *Kodeks Etyki Lekarskiej*, który wskazuje: „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych”³³⁸. Faktem jednak jest, że w sytuacjach nagłego zatrzymania krążenia, trudno stwierdzić z należytą pewnością, czy terapia ma już znamiona uporczywości, czy nie. W takim przypadku lekarz zobowiązany jest ją zawsze stosować, a dopiero po uzyskaniu pewności, że jest ona daremna, może przerwać działania reanimacyjne³³⁹. Istotna z punktu widzenia osób wykonujących resuscytację jest także zasada sprawiedliwości i równego dostępu do leczenia. Przy braku odpowiedniej ilości osób, które mogłyby podjąć się tej metody leczenia, należy skupić się przede wszystkim na tych pacjentach, którym akcja ratownicza przyniesie faktyczną korzyść. Niedopuszczalne jest jednak, w myśl zasady sprawiedliwości, jakiegokolwiek dyskryminowanie kogokolwiek ze względu na jego status społeczny czy socjalny. Wobec każdego człowieka, w momencie gdy nastąpi u niego nagłe zatrzymanie krążenia, należy zawsze podjąć próbę ratunku³⁴⁰.

W Europie nie istnieją jednak jednolite standardy stosowania reanimacji krążeniowo-oddechowej, co w znacznej mierze utrudnia etyczną ocenę tych

³³⁵ Asystolia związana jest z całkowitym brakiem skurczów mięśnia komór oraz jednoczesnym brakiem aktywności elektrycznej mięśnia sercowego w EKG (por. R. Rajtar. *Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne (als) u dorosłego*. [Http://ratunek24.pl/zaawansowane-zabiegi-resuscytacyjne--als--u-doroslego](http://ratunek24.pl/zaawansowane-zabiegi-resuscytacyjne--als--u-doroslego) [dostęp: 14.06.2017]).

³³⁶ Por. Bossaert. *Etyka w resuscytacji i decyzje dotyczące końca życia* s. 387.

³³⁷ Por. IB 4; KKK 2278; EV 65; NKPSZ 149.

³³⁸ *Kodeks Etyki Lekarskiej: tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r.* art. 32.

³³⁹ Por. Orońska. *Reanimacja/resuscytacja* s. 523.

³⁴⁰ Por. Bossaert. *Etyka w resuscytacji i decyzje dotyczące końca życia* s. 384. W Polsce tę kwestię reguluje także ustawa, mówiąca: „Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki” (*Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty* poz. 464 art. 30).

działań³⁴¹. Brak jednakowych regulacji prawnych powoduje, że zespół medyczny w zależności od kraju, w którym wykonywana jest resuscytacja, zobowiązany jest do stosowania różnych procedur. W tym względzie na uwagę zasługują dane opublikowane w 2015 r. Wskazują one na istniejące rozbieżności w poszczególnych europejskich państwach. W 20 na 32 krajach akceptuje się oświadczenie woli pacjenta, a w 22 podpisane przez niego DNAR. Podobnie wygląda sytuacja w przypadku zgody na niepodjęcie resuscytacji krążeniowo-oddechowej w terapii noszącej znamiona terapii uporczywej (w 19 przypadkach jest to uregulowane prawnie, a w 21 stosowane w praktyce). W większości krajów nie dopuszcza się rodziny do asystowania w trakcie działań resuscytacyjnych (taka zgoda dotyczy tylko 10 państw w przypadku osób dorosłych i 13 w sytuacji ratowania dzieci), tym samym ograniczając ich udział w podejmowaniu ewentualnej decyzji o zaniechaniu prowadzonej akcji. Analizując opublikowane dane, ważne jest jednak podkreślenie powszechnego dostępu do ratownictwa medycznego w krajach Europy. W większości krajów (18 na 32 w przypadku obszarów wiejskich i 24 na 32 w miastach) karetka dociera do poszkodowanego w przeciągu 10 minut, a w 29 państwach już w ambulansie dokonuje się pierwszej defibrylacji³⁴². Te dane pokazują, że stosowanie resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz defibrylacji jest zjawiskiem powszechnym, a wszelkie różnice w jakości i dostępności do tych praktyk z czasem – wraz z rozwojem gospodarczym i kulturowym poszczególnych krajów – powinny ulec zatarciu.

³⁴¹ Pogłębionej analizy sytuacji prawnej w Polsce dokonali G. Bujok i A. Grochowicz (*Nagle zagrożenie zdrowia oraz nagłe zagrożenie życia. Analiza prawna oraz jej kontekst socjomedyczny*. „Emergency Medical Service. Ratownictwo Medyczne” 2:2016 [Http://ems.medlist.org/2016/10/01/nagle-zagrozenie-zdrowia-oraz-nagle-zagrozenie-zycia-analiza-prawna-oraz-jej-kontekst-socjomedyczny](http://ems.medlist.org/2016/10/01/nagle-zagrozenie-zdrowia-oraz-nagle-zagrozenie-zycia-analiza-prawna-oraz-jej-kontekst-socjomedyczny) [dostęp: 14.06.2017]).

³⁴² Por. S. D. Mentzelopoulos [i in.]. *Evolution of European Union Legislation on Emergency Research*. „Resuscitation” 91:2015 s. 84-91. Cyt. za Bossaert. *Etyka w resuscytacji i decyzje dotyczące końca życia* s. 389.

III. TROSKA O ŻYCIE CZŁOWIEKA W POSTACI UPORCZYWEJ TERAPII

Szczególnym wymiarem troski o zdrowie i życie człowieka w sytuacjach granicznych jest postawa, jaką przyjmuje się wobec uporczywej terapii. Jest to działanie nieefektywne, które nie jest dla chorego źródłem dobra, lecz skutkuje niewspółmiernym cierpieniem. Ważne jest, aby podejmując temat troski o zdrowie i życie pacjentów, uwzględnić ten niezwykle aktualny problem. Uporczywa terapia staje się rzeczywistością, z którą z powodu dynamicznego rozwoju medycyny mierzy się każdego dnia coraz większa grupa osób. Należy zatem poświęcić jej osobne miejsce w ramach tej pracy. Na początku zostanie uwzględniony jej biomedyczny charakter, a następnie dokonana ocena jej stosowania z perspektywy bioetycznej.

1. Uporczywa terapia z perspektywy biomedycznej

Pod pojęciem uporczywej terapii rozumie się działania medyczne mające na celu podtrzymywanie funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które jednak stają się niepotrzebnym przedłużaniem procesu umierania. Wiążą się one ponadto z nadmiernym cierpieniem i naruszeniem godności pacjenta³⁴³. Problemem uporczywej terapii jest istotnym zagadnieniem, z którym musi zmierzyć się współczesna biomedycyna. Czy można wskazać jakiegokolwiek obiektywne kryteria, które należałoby przyjąć i zastosować w praktyce medycznej? Problem uporczywej terapii jest złożony i zależy od wielu czynników, wśród których istotną rolę odgrywa poziom rozwoju medycyny, a także – co jest szczególnie ważne dla określenia kryterium śmierci człowieka – najnowsze wyniki badań nad funkcjonowaniem ludzkiego mózgu.

³⁴³ Por. *Definicja Uporczywej Terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia*. Red. W. Bołoz W., M. Krajnik [i in.]. „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2:2008 nr 3 s. 77.

1.1. Uporczywa terapia jako praktyka biomedyczna

Rewolucja naukowo-techniczna, która miała miejsce także w medycynie, otworzyła przed człowiekiem całkiem nowe możliwości. To, co kiedyś wydawało się jedynie futurystyczną wizją, dziś staje się standardem. Dawne metody leczenia, które były pełne niepewności i intuicyjnego działania, zostały zastąpione nowoczesnymi terapiami opartymi na pogłębionym studium ludzkiego organizmu. Narzędzia chirurgiczne przez wieki będące nie do przecenienia przy wszelkiego typu operacjach, zaczynają być wypierane przez urządzenia zaopatrzone w lasery i mikroprocesory. Przedstawiciele zawodów medycznych, nazywanych słusznie służbą zdrowia, zaczynają być traktowani jak inni komercyjni usługodawcy. Szpital, będący przez lata przestrzenią bezinteresownej służby na rzecz drugiego człowieka, został w XXI w. sprowadzony do poziomu komercyjnej firmy nastawionej często przede wszystkim na zysk. Te wszystkie zmiany stawiają przed współczesną praktyką biomedyczną zupełnie nowe zadania. Ma ona do odegrania szczególną rolę zwłaszcza w sytuacjach związanych z kresem ludzkiego życia, a co za tym idzie w opracowaniu odpowiednich standardów pozwalających uniknąć sytuacji stosowania terapii daremnych.

1.1.1. Natura uporczywej terapii

Głównym celem medycyny jest ratowanie ludzkiego zdrowia i życia. Lekarz zajmujący się chorym z takim właśnie nastawieniem powinien podchodzić do wykonywanej przez siebie posługi. Jedynym obszarem medycyny, który nie stawia sobie takich celów, jest medycyna paliatywno-hospicyjna, dla której najważniejsze celem staje się już nie ratowanie, ale poprawa jakości życia oraz opieka nad osobami umierającymi. W praktyce klinicznej lekarz często staje przed dylematem związanym z realizacją fundamentalnych założeń etyki lekarskiej. Realnym problemem jest decyzja związana z kontynuacją leczenia (wynikająca z zasady „czynieniem dobra”) lub rezygnacją z niego, gdy to leczenie jest zbyt uciążliwe i mało skuteczne (związana z zasadą „nieszkodzenia”). Celem rozwiązania tego problemu, do praktyki medycznej wprowadzono zasadę „proporcjonalności środków”, która pozwala stosować adekwatne z punktu widzenia leczenia środki lub

rezygnować z nich we właściwym momencie. To na pograniczu tych dwóch rzeczywistości – zadaniu ochrony życia oraz troski o właściwy komfort umierania – ma swoje miejsce problematyka uporczywej terapii³⁴⁴. Warto zatem zadać pytanie: czym ona jest i jakie przesłanki świadczą o tym, że zastosowana metoda leczenia zostaje uznana za medycznie daremną? Jaka jest natura uporczywej terapii?

Na wstępie konieczne jest rozróżnienie podstawowych wyrażań, które będą używane w dalszej analizie omawianej problematyki. Niestety, w polskiej terminologii medycznej istnieje – wskazywane wielokrotnie w różnych publikacjach – pomieszanie znaczenia pewnych pojęć. Jak podkreśla Polskie Towarzystwo Pediatryczne w wydanych *Wytycznych dla lekarzy*, wyrażenie „umierający” często jest zastępowane przez zbitki słowne: „chory terminalnie”, „pacjent terminalnie chory” i „choroba terminalna”, a określenie „śmiertelny” zostaje wyparte przez neologizm „terminalny”³⁴⁵. Wspomniane wyrażenia nie opisują zatem jedynie sytuacji osób znajdujące się w stanie około śmierci, ale także tych, którzy chorują przewlekłe, lecz kres ich życia nie jest jeszcze bliski. *Kodeks Etyki Lekarskiej* używa podobnych sformułowań. Pojawiają się tam bowiem zarówno określenia „opieka terminalna”, jak i „stany terminalne”³⁴⁶. Skoro wyrażenia te weszły do oficjalnego języka medycznego, a ponadto często używa się ich w potocznym znaczeniu, konieczne jest właściwe usystematyzowanie tych pojęć. W tym celu pomocne mogą okazać się definicje, funkcjonujące w anglojęzycznych publikacjach medycznych. Poprzez „stan terminalny” (ang. *end-stage conditio*) należy rozumieć nieodwracalną sytuację spowodowaną chorobą lub urazem, która skutkuje postępującym, poważnym i trwałym pogorszeniem zdrowia. W takim przypadku istnieje uzasadnione medyczne przekonanie, że wszelkie formy terapii będą nieskuteczne³⁴⁷. Nie jest to zatem sytuacja związana tylko z końcowym etapem życia człowieka, ale oznacza raczej „nieuleczalną chorobę prowadzącą do przedwczesnej śmierci”³⁴⁸. „Fazą terminalną” (ang. *terminal phase*) określa się

³⁴⁴ Por. K. de Walden-Gałuszko. *O uporczywej terapii*. W: *Uporczywa terapia we współczesnej medycynie*. Red. R. Budziński. Pelplin 2016 s. 13-15.

³⁴⁵ Por. *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci*. *Wytyczne dla lekarzy*. Red. T. Dangel [i in.]. Warszawa 2011 s. 39.

³⁴⁶ Por. art. 30 i 32.

³⁴⁷ Por. R. Twycross, I. Lichter. *The Terminal Phase*. W: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Red. D. Doyle, G. Hanks, N. MacDonald. Oxford 1998 s. 977-992.

³⁴⁸ *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia* s. 40.

ostatnią fazę życia człowieka nieuleczalnie chorego, gdy z medycznego punktu widzenia w sposób niebudzący wątpliwości jest się w stanie przewidzieć, że śmierć nastąpi w ciągu kilku najbliższych dni. Objawami charakterystycznymi dla tego stanu są: bardzo nasilone osłabienie; sytuacje, gdy chory nie opuszcza już łóżka; przedłużające się okresy senności; dezorientacja ze znacznym skróceniem czasu koncentracji; narastający brak zainteresowania jedzeniem i pić oraz trudność w połykaniu leków³⁴⁹.

Wraz z rozwojem medycyny, przypadki pacjentów znajdujących się w fazie terminalnej, wobec których istnieje możliwość sztucznego przedłużania życia, są coraz częstsze. Osoba umierająca umieszczona na oddziale intensywnej opieki medycznej i podłączona do specjalistycznej aparatury, zależna jest już najczęściej od decyzji lekarza. Sztuczne przedłużanie końcowej fazy życia pacjenta tworzy ze śmierci pewnego rodzaju przeszkodę, którą pomimo wielu trudności, trzeba pokonać. Świętość życia, na którego straży powinien stać lekarz, zabrania mu zabijać, ale jednocześnie nakazuje troskę o godność człowieka, a co za tym idzie, o nie przysparzanie mu cierpienia wtedy, gdy nie przynosi mu to żadnych korzyści³⁵⁰. Jednak, gdy spojrzeć się z medycznego punktu widzenia na osobę znajdującą się w terminalnej fazie swojego życia, można wskazać trzy uzasadnione sytuacje dopuszczające odstępianie od działań ratujących życie. Pierwsza z nich zakłada istnienie jednoznacznych danych medycznych mówiących o tym, że takie postępowanie nie przyniesie żadnych korzyści. Druga sytuacja wiąże się ze słusznym domniemaniem, że jakość życia człowieka po zastosowanym zabiegu będzie bardzo zła. Trzecia to przypadek, w którym pacjent znajduje się w tak złym stanie fizycznym i psychicznym, że jakakolwiek próba przedłużania życia byłaby dla niego i dla jego najbliższych olbrzymim cierpieniem³⁵¹. Zasady te można stosować w różnych przypadkach związanych z decyzją o odstępianiu od uporczywej terapii, która rozumiana jest jako zaprzeczenie prawu do umierania w spokoju i do poszanowania ludzkiej godności. Sztuczne przedłużanie życia w fazie terminalnej,

³⁴⁹ Por. *Definitions*. Florida Statutes Section § 765.101. <http://law.onecle.com/florida/title-xliv/765.101.html> [dostęp: 29.08.2017]; por. także *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia* s. 39.

³⁵⁰ Por. P. Krajewski, M. Suszko-Każarnowicz. *Postęp medycyny i uporczywa terapia*. „Studia Warmińskie” 40:2003 s. 109-110.

³⁵¹ Por. M. Dąbska. *Zasady deontologii w zakresie stosunku do życia ludzkiego*. W: *Refleksje nad etyką lekarską*. Red. K. Osińska. Warszawa 1992 s. 42.

z którym wiąże się aplikowanie dużej ilości środków i absorbowanie nieadekwatnej liczby personelu medycznego, jest niewłaściwe nie tylko z punktu widzenia etyki, ale także deontologii lekarskiej. W myśl tej ostatniej, wszelkie wysiłki należy koncentrować na poprawieniu jakości ostatniego etapu życia człowieka. Zadaniem lekarza jest zatem towarzyszenie człowiekowi w jego umieraniu, a nie uporczywe podtrzymywanie resztek jego życia³⁵².

Na kwestię natury uporczywej terapii można spojrzeć zarówno z perspektywy naturalizmu, jak i personalizmu, a obie te wizje różnią się od siebie diametralnie. Podejście naturalistyczne można rozumieć w dwójnasób: jako niezgodę na działanie bezużyteczne lub jako niedopuszczanie śmierci. Każdy z tych przypadków jawi się jako niebezpieczna skrajność, która uprzedmiotawia człowieka, nie uwzględniając jego istoty. Względna absolutyzacja tego, co naturalne, prowadzi do zanegowania wszystkiego, co wydaje się bezwartościowe. Konsekwentnie, życie pozbawione swej dotychczasowej jakości nie jest warte tego, aby walczyć o nie za wszelką cenę. Takie utylitarystyczne podejście do ludzkiej egzystencji prowadzi nie tylko do odrzucenia terapii przedłużających życie, ale ostatecznie otwiera się na eutanazję, która jawi się jako właściwy sposób eliminacji tego, co niedoskonałe. Na przeciwnym biegunie naturalistycznej wizji człowieka stoi bezwzględna absolutyzacja tego, co naturalne. W tak rozumianej rzeczywistości, nie istnieje nic poza tym, co można doświadczyć empirycznie, a człowiek nie jest niczym więcej ponad to, co mówi o nim biologia. Takie podejście prowadzi najczęściej do uporczywego trwania przy resztkach ludzkiego życia i stosowania wszelkich dostępnych terapii, traktując je jako jedyny właściwy sposób służenia umierającemu człowiekowi.

Do zupełnie innych wniosków można dojść, gdy na kwestię uporczywej terapii spojrzemy z perspektywy personalistycznej. Człowiek nie jest bowiem jedynie prostym zbiorem komórek biologicznych, ale różni się od świata przyrody obecnym w nim elementem duchowym, co wyraża się w jego niezbywalnej godności. Personalizm zatem nie neguje, ale też nie absolutyzuje życia biologicznego, lecz poszukuje tego, co poza nie wykracza. Integralna wizja człowieka zakłada zachowanie równowagi między sferą duchową i cielesną, co ma swoje konkretne

³⁵² Por. Krajewski, Suszko-Każarnowicz. *Postęp medycyny* s. 110-111.

konsekwencje także w stosowaniu lub zaniechaniu uporczywej terapii. Personalizm nie zgodzi się nigdy na to, aby kosztem ludzkiej godności stosowano terapię daremną lub niezwykle bolesną, jeśli nie przyniosłaby ona korzyści dla człowieka w pełnym tego słowa znaczeniu³⁵³.

1.1.2. Rozwój historyczny

Od początku istnienia ludzkiej społeczności temat choroby, cierpienia i śmierci był podejmowany z niezwykłą intensywnością. Wraz z rozwojem cywilizacyjnym znacznej poprawie ulegały warunki, w których udzielano chorym pomocy, a przeciętna długość życia istotnie się wydłużała. Niezależnie jednak od stanu badań, medycyna nadal ma swoje granice, których nie jest w stanie przekroczyć, wobec których staje się bezsilna. Tą skrajną sytuacją jest nieuchronność śmierci człowieka.

W starożytnych Chinach rozróżniano dwa rodzaje śmierci: *shou* oznaczającą śmierć w wieku sędziwym, po wielu przeżytych latach, oraz *yao*, która wskazywała na śmierć przedwczesną, najczęściej w młodym wieku³⁵⁴. Istniał także podział ze względu na doświadczenie samego procesu umierania, co mogło dokonywać się szybko i bezboleśnie, ale także długo i powolnie. To ten pierwszy typ śmierci – nazwany już w V w. przed Chr. przez Kratinosa „eutanzją” – stał się z czasem przedmiotem gloryfikacji i dążeń antycznego świata³⁵⁵. Wskazując różne sposoby umierania, podkreślano także rolę sztuki medycznej, która w wielu trudnych przypadkach mogła przyjść z pomocą. Brak społecznej zgody na przedwczesną śmierć oraz cierpienie towarzyszące odchodzeniu osób starszych, motywowała lekarzy do poszukiwania coraz doskonalszych sposobów walki z chorobą i towarzyszącymi jej dolegliwościami. Niezależnie jednak od szerokości

³⁵³ Por. A. Pała. *Śmierć na miarę człowieka*. Kraków 2014 s. 146-155.

³⁵⁴ Por. W. Bauer. *Das Stirnrunzeln des Totenkopfes. Über die Paradoxie des Todes in der frühen chinesischen Philosophie*. W: *Der Tod in den Weltkulturen und Weltreligionen*. Red. C. Von Barloewen. Frankfurt nad Menem 2000 s. 309; por. także W. Bołoz. *Etyczne warunki rezygnacji z uporczywej terapii*. „*Studia Ecologiae et Bioethicae*” 11:2013 z. 3 s.160.

³⁵⁵ Por. U. Benzehöfer. *Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart*. Monachium 1999 s. 17; por. także Bołoz. *Etyczne warunki* s.160.

geograficznej medycyna wszędzie napotykała podobne problemy. Istnieją pochodzące z tamtego okresu dokumenty opisujące różne zabiegi chirurgiczne, które nie zawsze kończyły się powodzeniem. Spisany w starożytnym Egipcie *Papirus Edwina Smitha* mówi o kilkudziesięciu konkretnych przypadkach, w których stosowano różne rodzaje interwencji medycznych. Oprócz dolegliwości, które można było wyleczyć lub przynajmniej trzeba było spróbować to zrobić, opisuje także sytuacje, gdzie nie było praktycznie żadnej nadziei na wyzdrowienie. Wskazuje na szesnaście takich przypadków, spośród których należy wymienić między innymi poważny uraz czaszki³⁵⁶ oraz uszkodzenie kręgosłupa³⁵⁷. Autor papirusu ma świadomość ograniczonych możliwości lekarza, wie, że w pewnym momencie musi dać za wygraną i pogodzić się z nieuniknionym. Podobnego zdania jest Hipokrates (460-370 r. przed Chr.) – główny przedstawiciel greckiej sztuki lekarskiej – który jasno definiuje to, co dziś nazywamy medycyną: „Najpierw określę, co uważam za lecznictwo. Otóż jest nim zupełne uwolnienie osób cierpiących od chorób, co do chorób zaś – złagodzenie tych ostrzejszych oraz niepodejmowanie leczenia takich chorych, którzy zostali pokonani przez chorobę, przy pełnej świadomości tego, czemu lecznictwo nie jest w stanie podołać”³⁵⁸. Fragment mówiący o możliwości odstąpienia od terapii, świadczy o uczciwym podejściu do profesji lekarskiej i pokornym uznaniu swej niemocy w obliczu nieuleczalnej choroby. Hipokrates w innym ze swoich dzieł jeszcze wyraźniej zaznacza, z czego

³⁵⁶ „Instrukcja dotycząca szczelinowego urazu głowy, roztrzaskania czaszki. Jeżeli badany człowiek ma szczelinowy uraz głowy, dochodzący do kości i roztrzaskaną czaszkę, musisz wymacać jego ranę. Powinieneś znaleźć roztrzaskane miejsce głęboko w jego czaszce zapadnięte pod twymi palcami, obrzęk wystaje ponad tym miejsce, [chory] krwawi z obu kanałów nosowych i obu uszu, ma usztywniony kark, dlatego nie może spojrzeć na swoje ramiona ani na piersi. Masz o nim powiedzieć: ma szczelinowy uraz głowy dochodzący do kości i roztrzaskaną czaszkę, towarzyszy temu zeszczywnienie karku. Dolegliwość nie może być leczona”. (*The Edwin Smith Surgical Papyrus. Published in Facsimile and Hieroglyphic Transliteration with Translation and Commentary in Two Volumes*. T. 1. Red. J.H. Breasted. Chicago 1930 s. 433-434. Cyt. za Aszyk. *Etyczne oblicza starożytnej medycyny* s. 235-236).

³⁵⁷ „Instrukcja dotycząca przemieszczenia kręgu szyjnego. Jeżeli badasz człowieka mającego przemieszczony kręgu szyjny, stwierdzisz brak kontroli [i czucia] w obu rękach i obu nogach, jego członek bez wiedzy [chorego], jego ciało przyjmuje wiatr, jego oczy są przekrwione, jest to przemieszczenie kręgu szyjnego oddziałujące na kręgosłup, powoduje ono brak kontroli w obu rękach i obu nogach [...]. Masz o nim powiedzieć: ma przemieszczony kręgu szyjny, nie ma kontroli w obu nogach i obu rękach, nie trzyma uryny. Dolegliwość nie może być leczona”. *The Edwin Smith Surgical Papyrus* s. 452-453. Cyt. za Aszyk. *Etyczne oblicza starożytnej medycyny* s. 236.

³⁵⁸ Hippokrates. *O sztuce*. W: *Hippocrates with An English Translation*. T. 2. Red. W.H.S. Jones. Cambridge 1967 s. 192.

wynika decyzja o rezygnacji z terapii. Podkreśla, że należy „leczyć choroby, które da się leczyć, lecz także rozpoznawać te, na które nie można wpłynąć i wiedzieć, dlaczego nie można ich wyleczyć”³⁵⁹. Ten wybitny grecki lekarz podaje wiele konkretnych opisów starożytnych praktyk medycznych, które świadczą o niezwykle rozbudowanej sztuce leczenia, a mimo to ma świadomość jej ograniczeń.

W starożytności istniały dwie tradycje, z których zrodziła się praktyka odstępowania od daremnych interwencji medycznych. Pierwszy nurt nawiązuje do idei hipokratesowej i związany jest z medycznym aspektem podejmowanych decyzji, a drugi do rodzącej się myśli chrześcijańskiej bazującej na tradycji filozoficznej i teologicznej. Obie rzeczywistości nie stoją jednak wobec siebie w opozycji, gdyż – jak słusznie zauważa Piotr Aszyk – „nurt medyczny wynika z doświadczenia osób leczących, zaś nurt chrześcijański dotyczy przede wszystkim postaw osób leczonych”³⁶⁰. Przedstawicielami poglądów przedchrześcijańskich dotyczących problematyki odstępowania od interwencji medycznych, oprócz autora *Papirusu Edwina Smitha* i szkoły założonej przez Hipokratesa, byli między innymi Celsus, Platon, Seneka, Epiktet i Pliniusz Starszy. Dużo na temat medycznych aspektów³⁶¹ związanych ze stosowaną terapią pisał pierwszy z nich. Celsus (II w. po Chr.) wskazywał, że „człowiek roztropny nie powinien zajmować się tym, któremu nie jest w stanie pomóc”³⁶², a wśród ran uznanych za śmiertelne wymieniał: uszkodzenie podstawy mózgu, przebicie serca, uszkodzenie nerek, serca i wątroby³⁶³. Ponadto nie wszystkie zabiegi medyczne uznawał za adekwatne i – wedle współczesnego rozumienia – proporcjonalne, a co za tym idzie twierdził, że nikt nie jest zobowiązany do ich stosowania. Za okrutne praktyki uważał między

³⁵⁹ Hippokrates. *Choroby I*. W: *Hippocrates with An English Translation*. T. 5. Red. P. Potter. Cambridge 1988 s. 112. W innym z jego dzieł przeczytać można ponadto: „To czego nie wyleczysz lekarstwem, wyleczysz żelazem, czego nie wyleczysz żelazem, wyleczysz ogniem, czego ogniem nie wyleczysz, za niewyleczalne uważać wypadnie” (*Hipokratesa aforyzmy i rokowania oraz przysięga wykonywane przez lekarzy – kapłanów Eskulapa*. Red. H. Łukasiewicz. Warszawa 1864 s. 70).

³⁶⁰ *Terapia uporczywa – szkic historyczny*. „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2:2008 nr 3 s. 87.

³⁶¹ Problem etycznej refleksji nad uporczywą terapią w starożytności zostanie podjęty w drugiej części tego rozdziału.

³⁶² Celsus A. *De medicina V 26C-D*. W: *Celsus De Medicina with An English Translation*. Red. W.G. Spencer. Cambridge 1935 s. 66-67. Cyt. za Aszyk. *Etyczne oblicza starożytnej medycyny* s. 240.

³⁶³ Por. tamże.

innymi krajanie brzucha lub klatki piersiowej na żywym pacjencie³⁶⁴. Również Pliniusz Starszy (23-79 po Chr.) z dużym dystansem podchodził do ówczesnych technik stosowanych w medycynie, co wyraził w dosadnych słowach: „ci wszyscy, którym udało się wyjść cało z rąk lekarzy, mają blizny wstrętniejsze jeszcze od samych objawów choroby”³⁶⁵. Odrzucał ponadto wszelkie terapie mające na celu przedłużenie życia pacjenta, zwłaszcza te, które budziły przerażenie. Uzasadnił to stwierdzeniem: „Życia nie uważam za coś tak dalece wartościowego, żeby można było uznać za godziwe wszelkie środki przedłużania go”³⁶⁶. Przedstawicielami starożytnej szkoły medycznej są także wczesnochrześcijańscy myśliciele, którzy jednak bardziej skupiali się na rozważaniu dylematów moralnych związanych z przeprowadzanymi zabiegami, niż na samym ich opisie. Niemniej jednak i wśród ich dzieł znaleźć można interesujące świadectwa ówczesnych praktyk medycznych. Tertulian (160-220 r.) w apologetycznym tekście *Lekarstwo na ukłucie skorpiona* pisał: „Oczywiście istnieją okrutne środki lecznicze jak skalpel, żelazo do przypalania czy też paląca gorczyca [...]. Skutek leczenia przewyższa ból leczenia”³⁶⁷. Również Orygenes (185-255 r.) zostawił obszerny opis bolesnej terapii, która jednak zgodnie z zamierzeniem miała przynieść pożądany efekt. W jednej ze swoich homilii mówił: „Znawcy sztuki lekarskiej powiadają, że przy pewnych zabiegach leczniczych konieczne jest zastosowanie nie tylko cięcia żelazem, lecz również przypalania. Otóż wobec chorych, których ciało gnije na skutek zezarzałego nowotworu, stosują rozpalone ostrze brzojwy albo inny rodzaj bardzo ostrego żelaza, aby ogniem wypalić korzenie nowotworu, przez nacięcie zaś usunąć gnijące ciało i otworzyć drogę dla aplikowanych później leków”³⁶⁸. Tertulian i Orygenes dopuszczali stosowanie bolesnych terapii, tak długo, jak przynieść mogą one spodziewane efekty.

Drastyczny opis zabiegów leczniczych, które okazywały się daremne, pozostawił po sobie Laktancjusz (240-320 r.). W dziele *Jak umierali prześladowcy chrześcijan* zamieścił historię choroby cesarza Galeriusza (293-311 r.), który – jak

³⁶⁴ Por. Celsus. *De medicina. Prooemium* 40-44 s. 22-25.

³⁶⁵ Pliniusz Starszy. *Historia naturalna* XXVI 3. Wrocław 2004 s. 216.

³⁶⁶ Pliniusz Starszy. *Historia naturalna* XXVIII 9 s. 225-226; por. także Aszyk. *Etyczne oblicza starożytnej medycyny* s. 247-248.

³⁶⁷ Nr 5. W: Tertulian. *Wybór pism*. T. 2. Warszawa 1983 s. 126.

³⁶⁸ Orygenes. *Homilie o Księgach Izajasza i Ezechiela*. Kraków 2000 s. 126-127.

uważał autor – pod wpływem bolesnej i nieskutecznej terapii, zgodził się w końcu podpisać w 311 r. edykt tolerancyjny względem chrześcijan³⁶⁹. Do starożytnej sztuki lekarskiej nawiązywali późniejsi adepci medycyny, wśród których należy wspomnieć Awicennę i Majmonidesa oraz wielu myślicieli chrześcijańskich.

Kompleksowego opracowania tematu medycyny z perspektywy chrześcijaństwa podjął się Izydor z Sewilli (560-636 r.). W jednym ze swoich dzieł opisał chorobę nowotworową, na którą – jak zaznaczał – nie znano lekarstwa. Pochwalał jednak w tym przypadku interwencje medyczne polegające na wycięciu chorej tkanki, co pozwalało niekiedy nieznacznie przedłużyć ludzkie życie³⁷⁰.

Na przestrzeni wieków doskonalono terapie medyczne, mocno rozbudowano farmakologię, a także silnie rozwinięto refleksję nad właściwym rozumieniem relacji lekarz-pacjent. W średniowieczu do podstawowych obowiązków medyka zaliczono także troskę o stan życia chorego, nawet wtedy, gdy obiektywnie stwierdzono daremność prowadzenia jakiegokolwiek terapii. W obliczu nieuleczalnej choroby, lekarz miał zadbać o właściwy komfort tego życia, które jeszcze pozostało pacjentowi. Średniowieczny ideał lekarza, jeszcze wyraźniej zarysowany w nowożytnych kodeksach lekarskich, nie godził się na odstępianie od łóżka chorego, które traktowano jako zdradę profesji³⁷¹. U źródeł takiego podejścia stała dominująca w średniowieczu postawa *dystanazji*. Wiązało się to z wyraźnym akcentowaniem wartości ludzkiego życia, co skutkowało jego obroną za wszelką cenę. Spośród najważniejszych przedstawicieli tamtego okresu, którzy charakteryzowali się ową postawą, należy wspomnieć Antonina z Florencji (1389-1459 r.). Tak rozumiana *dystanazja* stała w wyraźnej opozycji do poglądów takich znamienitych postaci myśli chrześcijańskiej, jak Augustyn z Hippony (354-430 r.) i Tomasz z Akwinu (1225-1274 r.). Obaj dopuszczali możliwość odstępiania od leczenia, gdy było wiadomo, że jest ono nieskuteczne³⁷².

³⁶⁹ Por. nr 33. W: Laktancjusz. *Pisma wybrane*. Poznań 1993 s. 61.

³⁷⁰ Por. *Etymologiarum sive Originum Libri XX*. Oxford 1911 nr 4.1.1.

³⁷¹ Por. Aszyk. *Terapia uporczywa* s. 88.

³⁷² Por. W. Bołoz. *Rezygnacja z uporczywej terapii czy utrzymywanie życia za wszelką cenę. Punkt widzenia etyka*. W: *Dylematy etyczne końca życia – problem uporczywej terapii*. Red. W. Sinkiewicz [i in.]. Bydgoszcz 2013 s. 37-38.

XV w. charakteryzował intensywny rozwój nauk przyrodniczych. Medycyna jednak nie potrafiła im w tamtym okresie dotrzymać kroku. Sztuka lekarska na wyższym poziomie była uprawiana jedynie na dworach królewskich, magnackich czy w pałacach biskupich, a niższe warstwy społeczeństwa zdane były na łaskę lekarzy-samouków. Dopiero powołanie instytucji lekarza miejskiego, którym byli zarówno absolwenci uniwersytetów, jak i chirurdzy nieposiadający akademickiego wykształcenia³⁷³, zaowocowało powstaniem oficjalnych struktur służby medycznej, nad którą można było w jakimś stopniu sprawować kontrolę. W tym okresie nie wypracowano jednak nowej koncepcji leczenia osób w stanach terminalnych. Terapia u kresu ludzkiego życia ograniczała się często do najprostszych zabiegów, takich jak upuszczanie krwi pacjenta³⁷⁴.

Dopiero dynamiczny rozwój medycyny w XVI w. przyniósł pierwsze medyczne wskazania dotyczące kresu ludzkiego życia. To w tamtym okresie wprowadzono rozróżnienie na środki „zwyczajne” i „nadzwyczajne”³⁷⁵, których praktyczne rozumienie z biegiem lat ulegało poważnym zmianom. Duże znaczenie miały bowiem miejscowe warunki i zamożności społeczeństwa, dlatego to, co w pewnym okresie mogło być uważane za działanie nieproporcjonalne, później zostało uznane za praktykę proporcjonalną. W tamtym czasie dla przykładu, z powodu nieodkrycia jeszcze skutecznych środków przeciwbólowych, duże znaczenie w podjęciu decyzji o odstąpieniu od terapii odgrywał ból. Jeśli był on nie do zniesienia, mógł stać się powodem rezygnacji z leczenia. Leonard Lessius (1554-1623 r.), który w kontekście dyskusji na temat amputacji kończyn, podjął kwestię proporcjonalności stosowanych środków, pisał wtedy: „człowiek jest zobowiązany zezwolić na amputację organu, jeśli lekarze wskażą na taką konieczność i nie zachodzi

³⁷³ Zawód chirurga, pierwotnie bardzo ceniony – sztukę tę wykładano na uniwersytetach w Montpellier i w Bolonii – z biegiem lat tracił na znaczeniu, aby ostatecznie stać się elementem paramedycyny uprawianej przez niewykształconych i często samozwańczych medyków. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy było podejście średniowiecznego Kościoła do kwestii angażowania się duchownych w przeprowadzane operacje. Potwierdzeniem negatywnego stanowiska Magisterium był dekret Soboru Laterańskiego IV, który w 1215 r. ostatecznie zabronił duchownym zajmować się chirurgią. Uniwersytety zależne wówczas od władzy kościelnej, zaczęły wycofywać się najpierw z egzaminowania (Montpellier w 1230 r.), a następnie z wykładania chirurgii (por. E. Sieńkowski. *Chirurgia – etapy rozwojowe*. W: *Historia medycyny*. Red. T. Brzeziński. Warszawa 1988 s. 198-199).

³⁷⁴ Por. Brzeziński. *Kształtowanie się zawodu lekarza* s. 74.

³⁷⁵ Jako pierwszy takiego rozróżnienia dokonał Domingo Banez, co zostanie szczegółowo omówione w dalszej części pracy.

niebezpieczeństwo znoszenia wielkiego bólu [...]. Jest on zobowiązany ratować swe zagrożone życie przez zwyczajne środki, które nie są niezmiernie trudne. Jeśli jednak wiążą się z tym straszliwe bóle, które ma cierpieć, nie musi się on godzić, ani nie może być przymuszany do tego. Przemawia za tym fakt, iż nikt nie ma obowiązku zachować swoje życie, znosząc takie cierpienia, kiedy rokowania pozostają niepewne”³⁷⁶.

W 1605 r. Francis Bacon (1561-1626 r.) wprowadził określenie „eutanzja exteriore”, które oznaczało wspomaganie przez lekarza łagodnego i przyjemnego umierania w przypadkach nieuleczalnych chorób, przy wykorzystaniu dostępnych technik medycznych³⁷⁷. Nauki przyrodnicze w XVII w. wzbogaciły się ponadto o pogłębione studium anatomii, fizjologii oraz morfologii. W tym czasie poznano procesy zachodzące w organizmie człowieka, wyodrębniono tlen, azot, dwutlenek węgla, co pozwoliło zrozumieć zasady oddychania (efekt spalania i utleniania) oraz ludzki metabolizm. Rozwijająca się anatomia to wynik pracy wybitnych lekarzy, spośród których wymienić należy takie osoby, jak zajmujący się budową i funkcją ucha Joseph Duverney (1648-1730 r.), specjalizujący się w neurologii Francois Pourfoir du Petit (1664-1741 r.) oraz badający ukrwienie mięśnia sercowego Adam Thebesius (1686-1732 r.). Prace nad poznaniem budowy ludzkiego organizmu nabrały jeszcze większego tempa w XVIII w., co wyraźnie przyczyniło się do rozwoju medycyny³⁷⁸. W 1724 r. w Berlinie powstało Collegium medico-chirurgicum, które w znacznej mierze zrewolucjonizowało ówczesną sztukę lekarską. W sposób naturalny udało się połączyć chirurgię z medycyną wewnętrzną poprzez rozszerzenie zakresu działania tej pierwszej. Rewolucja przemysłowa przyczyniła się ponadto do wzrostu zapotrzebowania na lekarzy, co przy jednoczesnej elitarności tego zawodu, skutkowało wysokimi kosztami ich pracy. Taka sytuacja spowodowała, że chirurdzy – reprezentujący wtedy niezależny zawód – zaczęli praktykować jako zwykli medycy pomagając także uboższym warstwom społeczeństwa. To, co z początku było jawnym łamaniem przyjętych zasad

³⁷⁶ *De justitia et Jure Ceterisque Virtutibus Cardinalibus*. Lion 1632 s. 101. Cyt. za Aszyk. *Terapia uporczywa* s. 89.

³⁷⁷ Por. Bołoz. *Rezygnacja z uporczywej terapii czy utrzymywanie życia za wszelką cenę* s. 34.

³⁷⁸ Por. E. Miętkiewski. *Dalszy rozwój anatomii i fizjologii w okresie oświecenia*. W: *Historia medycyny*. Red. T. Brzeziński. Warszawa 1988 s. 129-130.

(ówczcześni „chirurdzy” nie mieli odpowiednich uprawnień), wraz z powstaniem berlińskiego Collegium, nabrało oficjalnego charakteru. Uczący się tam adepci sztuki lekarskiej mogli uzyskać stopień zarówno operatora (technika chirurgii), jak i lekarza oraz chirurga³⁷⁹.

XVIII w. to także powstawanie i rozwój nowego typu szpitali, które nie były już wyłącznie formą przytułku, ale zorganizowanymi instytucjami niosącymi kompleksową pomoc. W ich skład wchodziły nie tylko oddziały dla pacjentów według klasycznego rozumienia (wprowadzono wtedy podział na choroby wewnętrzne i zewnętrzne), ale wydzielono także specjalne miejsca dla rekonwalescentów, rodzących kobiet oraz osób nieuleczalnie chorych³⁸⁰. Szpitale, które początkowo finansowane były na zasadzie działalności filantropijnej, z czasem – wraz z postępującym rozwojem medycyny – zaczęły wprowadzać opłaty obowiązujące początkowo tylko najbogatszych. Tego typu podział doprowadził jednak do tego, że poszczególne oddziały, czy nawet całe szpitale, różniły się między sobą klasą świadczonych usług. O ile różnica związana z komfortem pobytu w szpitalu, w tym standard zajmowanych pomieszczeń i jakość pożywienia, które były zależne od wysokości przekazanego datku, nie budziło aż takiego zdziwienia, to różnicowanie jakości podawanego lekarstwa oraz stosowanej terapii w zależności od zamożności pacjenta, co było częstą praktyką XIX-wiecznych szpitali, rodziło poważne zastrzeżenia moralne³⁸¹. Nie bez znaczenia dla tego typu praktyk była także działalność Karola Darwina (1809-1882 r.), który w tamtym czasie zaczął propagować ideę sztucznej selekcji osób słabych i chorowitych. Stanowili oni w jego ocenie poważne zagrożenie dla cywilizacji. Zauważał, że: „wnosimy przytułki dla idiotów, kalek i chorych. Ustanawiamy prawa chroniące biednych, a nasi lekarze oferują swoje umiejętności, aby podtrzymywać życie chorych tak długo, jak to możliwe”³⁸², co było dla niego zaprzeczeniem naturalnego instynktu samozachowawczego, którego istnienie zaobserwował u dzikich ludzi. XIX w. to

³⁷⁹ Por. Brzeziński. *Kształtowanie się zawodu lekarza* s. 78-79.

³⁸⁰ Por. Z. Podgórska-Kławe. *Początki i rozwój szpitalnictwa*. W: *Historia medycyny*. Red. T. Brzeziński. Warszawa 1988 s. 90-91.

³⁸¹ Warto dodać, że w Polsce podział na klasy w szpitalach zniesiono dopiero w 1948 r. (por. tamże s. 93).

³⁸² K. Darwin. *O powstawaniu gatunków drogą doboru naturalnego*. Warszawa 2013. Cyt. za Bołoz. *Rezygnacja z uporczywej terapii czy utrzymywanie życia za wszelką cenę* s. 34-35.

także czas, w którym coraz większą wagę zaczęto przywiązywać do higieny, co wraz z odkryciem antyseptyki przez Pasteura (1822-1895 r.) doprowadziło między innymi do wyeliminowania gangreny, która w istotny sposób wpływała na niską skuteczność terapii. W tamtym okresie w znacznym stopniu rozwinęła się również anestezjologia, co w dużej mierze ograniczyło przypadki występowania bólu nie do zniesienia, który był wtedy jednym z dopuszczalnych powodów zaniechania leczenia.

XX w. zaowocował powstaniem ruchów proeutanatycznych, wśród których za pionierskie uchodziło powołane do życia w Wielkiej Brytanii w 1935 r. stowarzyszenie Voluntary Euthanasia Legalization Society. W ślad za nim trzy lata później w Stanach Zjednoczonych założono Euthanasia Society of America. Ich głównym zadaniem było propagowanie powszechnego dostępu do praktyki eutanazji, którą uważano za jedno ze znamion współczesnej cywilizacji. Dramatycznym skutkiem takich poglądów okazała się działalność nazistowskich lekarzy podczas II wojny światowej, którzy powołując się na postulaty tych organizacji dokonywali przymusowej eutanazji osób psychicznie chorych i niepełnosprawnych. W latach siedemdziesiątych XX w. powstał termin „medyczna daremność” (*medical futility*). Oznaczał on działania, którym towarzyszyła zdecydowana dysproporcja pomiędzy korzyściami wynikającymi dla chorego a zastosowanymi kosztownymi i uciążliwymi metodami³⁸³. W 1972 r. Zrzeszenie Szpitali Amerykańskich opublikowało *Deklarację Praw Człowieka*, w której zawarto między innymi prawo pacjenta do odmowy zaproponowanej formy leczenia oraz prawo do informacji o medycznych konsekwencjach takiej terapii.

Ówczesne osiągnięcia w medycynie dały możliwość skutecznego podtrzymywania ludzkiego życia, co zrodziło potrzebę wypracowania właściwych procedur postępowania. W 1976 r. Jacques Bréhant w książce *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci* po raz pierwszy użył pojęcia „uporczywa terapia”. Zastosowane w jego definicji francuskie wyrażenie *acharnement thérapeutique* oznaczało postępowanie w zwalczaniu choroby w momencie, gdy brak już

³⁸³ Por. J. Suchorzewska [i in.]. *Trudne decyzje wobec umierającego człowieka – refleksje klinicysty*. W: *Przedłużanie życia jako problem moralny*. Red. B. Chyrowicz. Lublin 2008 s. 64.

jakiegokolwiek nadziei, gdy wiadomo, że wszystko jest już stracone³⁸⁴. W tym samym roku Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy wydało *Rekomendację w sprawie praw chorych i umierających*, w której zauważono m.in. zagrożenie dla podstawowych praw człowieka, wynikające z szybkiego postępu w naukach medycznych. Podkreślono ponadto, że celem medycyny nie może być wyłącznie przedłużanie ludzkiego życia. Zgromadzenie zarekomendowało ponadto Komitetowi Ministrów Rady Europy, aby wydał zalecenie utworzenia w krajach członkowskich specjalnych komisji celem wypracowania norm postępowania względem pacjentów w ostatniej fazie życia oraz zasad stosowania nadzwyczajnych środków medycznych. Propozycja ta nie spotkała się jednak ze spodziewanym odzewem³⁸⁵. W 1991 r. powstał *Kodeks Etyki Lekarskiej* będący pierwszym dokumentem w języku polskim, w którym pojawia się pojęcie „uporczywa terapia”. Autorzy publikacji podkreślają: „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych”³⁸⁶.

1.1.3. Aktualny stan

Temat uporczywej terapii jest nadal niezwykle aktualny, o czym świadczy nieustanny rozwój tego zagadnienia. Zmiany w medycynie, które dokonują się praktyczne z dnia na dzień, sprawiają, że lekarz coraz częściej musi stawać przed decyzją o rezygnacji z jakiegoś etapu leczenia, aby nie przedłużać procesu umierania w sposób niekorzystny dla pacjenta. Zgodnie z definicją wypracowaną przez uczestników II Seminarium Ekspertów w ramach projektu *Granice terapii medycznych* uporczywą terapią jest: „stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów

³⁸⁴ Por. Warszawa 1993 s. 125.

³⁸⁵ Por. Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy. *Rekomendacja Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy w sprawie praw chorych i umierających*. 779:1976. Cyt. za D. Konieczny. *Terapia daremna w świetle norm prawnych*. W: *Uporczywa terapia we współczesnej medycynie*. Red. R. Budziński. Pelplin 2016 s. 48-49.

³⁸⁶ Warszawa 1991 art. 32.

pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta”³⁸⁷. O aktualności tego zagadnienia świadczy także opracowanie w 2014 r. *Wytycznych postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*³⁸⁸. Aby pełniej zrozumieć tę kwestię, należy przyjrzeć się najważniejszym ustaleniom, które tam zamieszczono. Zgodnie z dokumentem „przyjęcie pacjenta na OIT [Oddział Intensywnej Terapii] jest oparte na ustalonych wskazaniach (niewydolność jednego lub wielu ważnych dla życia układów lub narządów, potrzeba ciągłego monitorowania funkcji życiowych, inne stany zagrożenia życia). Zasadniczym wskazaniem jest potencjalna odwracalność istniejących zaburzeń funkcji organizmu skutkująca możliwością przeżycia chorego i wypisania go z OIT. Przyjmowanie pacjenta na stanowisko intensywnej terapii, aby zmarł, jest nieuzasadnione medycznie i etycznie”³⁸⁹. Stwierdzenie to jest niezwykle istotne w kontekście debaty nad właściwym i sprawiedliwym wykorzystaniem istniejącego potencjału służby medycznej. Przy ograniczonych zasobach lokalowych i niewystarczającej ilości personelu nie można dopuścić, aby oddziały ze swej istoty przeznaczone do ratowania życia przejmowały rolę oddziałów paliatywnych. Co więcej, zastosowanie wspomnianej zasady już na wstępie pozwala aplikować właściwą terapię, która w przypadkach nierokujących poprawy, powinna skupić się na proporcjonalnej opiece. Jest to spowodowane tym, że – jak mówi dalej dokument – „decyzje o ograniczeniu określonych metod podtrzymywania funkcji narządów nie zmniejszają znaczenia leczenia paliatywnego zapewniającego eliminację cierpienia pacjenta i zapewnienie mu optymalnego komfortu (w tym pielęgnacji, nawadniania, żywienia, dostępu bliskich i osób wspierających, uśmierzania niekorzystnych dolegliwości), a nawet wysuwają ten aspekt terapii na plan pierwszy”³⁹⁰.

³⁸⁷ *Definicja Uporczywej Terapii* s. 77.

³⁸⁸ Wytyczne zostały opublikowane w wersji angielskiej, a następnie przetłumaczone na język polski. Por. *Guidelines regarding the ineffective maintenance of organ functions (futile therapy) in ICU patients incapable of giving informed statements of will*. Red. K. Kübler [i in.]. „Anaesthesiology Intensive Therapy” 2014 nr 4 s. 215-220 oraz *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*. Red. K. Kübler [i in.]. „Anestezjologia Intensywna Terapija” 46:2014 nr 4. 229-234.

³⁸⁹ Tamże s. 230.

³⁹⁰ Tamże s. 231.

W opublikowanych wytycznych zostały ponadto wskazane te działania, którym najczęściej towarzyszy problem uporczywej terapii. Dokument wspomina o następujących formach medycznej aktywności: „resuscytacja krążeniowo-oddechowa, wentylacja mechaniczna, leczenie nerkozastępcze, elektroterapia serca, mechaniczne wspomaganie krążenia, farmakologiczne wspomaganie krążenia, pozaustrojowe wspomaganie oddychania, pozaustrojowe wspomaganie wątroby”³⁹¹. Sytuację, w której przy stosowaniu tych zabiegów, zamiast pomagać pacjentowi, przedłużałoby się jedynie proces umierania, nazwano wprost terapią daremną i „błędem postępowania medycznego”³⁹².

1.2. Możliwości medycyny a kres uporczywej terapii

Dynamiczny rozwój medycyny w ostatnich dziesięcioleciach, poza niewątpliwymi sukcesami, zaowocował niewystępującymi wcześniej problemami. Nieustanne balansowanie na granicy życia i śmierci sprawiło, że zespół medyczny stanął przed koniecznością podejmowania fundamentalnych decyzji związanych z ludzką egzystencją. Rozwój transplantologii, intensywnej terapii i technik reanimacji w zasadniczy sposób zrewolucjonizował podejście współczesnego świata do kwestii umierania. Na przestrzeni wieków możliwości medycyny zmieniały się w znacznym stopniu i to, co kiedyś wydawało się nieosiągalne, dziś jest już standardową praktyką³⁹³. Podobną ewolucję znaczeniową przeżyło pojęcie „uporczywości”, które zależne jest od charakteru konkretnej terapii. To, co do niedawna mogło uchodzić za działanie nieproporcjonalne, współcześnie stanowi zwyczajny środek stosowany w leczeniu. Dlatego tak ważne jest podkreślenie istnienia stałych zasad pozwalających określić, niezależnie od poziomu rozwoju medycyny to, co stanowi kres jej możliwości. Moment, w którym skuteczność jej działania zostaje maksymalnie ograniczona, jest też chwilą, gdy dana terapia zaczyna być uporczywą.

³⁹¹ Tamże.

³⁹² Tamże.

³⁹³ Por. Krajewski, Suszko-Każarnowicz. *Postęp medycyny* s. 107-116.

1.2.1. Medycyna u kresu życia

Współczesna medycyna rozwija się na skalę niespotykaną nigdy wcześniej w historii. Każdy rok przynosi nowe, zaskakujące odkrycia i spektakularne sukcesy. Troska o życie ludzkie będące wartością nadrzędną, stała się podstawowym zadaniem medycyny. Dzisiejszy świat uwierzył w jej wielkie możliwości do tego stopnia, że najczęściej nawet wtedy, gdy pacjent znajduje się już w stanie terminalnym, a najbliżsi dostrzegają objawy zbliżającej się śmierci, trafia on do szpitala w nadziei wyleczenia. Niesie to za sobą poważne społeczne konsekwencje, gdyż miejsca utworzone w celu ratowania ludzkiego życia, takie jak intensywne terapia czy szpitalne oddziały ratunkowe, skupiają się często na nieracjonalnej próbie ratowania życia pacjenta, u którego tego typu terapia jest już daremna. Wynika to najczęściej ze społecznego przekonania, że o życie należy walczyć wszelkimi dostępnymi metodami. Każdego człowieka czeka jednak śmierć, niektórych także ta przedwczesna. Konieczne jest zatem uznanie ograniczoności medycyny w walce o ludzkie życie, a tym samym świadomość nieproporcjonalności pewnych środków stosowanych w terapii, które świadczą o jej daremności. Współczesna medycyna musi zatem zmierzyć się z niespotykanymi wcześniej problemami i opracować pewne standardy i zasady, które pozwolą podejmować obiektywne decyzje dotyczące granic terapii i rezygnacji z niej. Nie jest to zadanie łatwe, ale tylko w ten sposób można stworzyć pewien fundament dla dalszej dyskusji nad rozwojem technologii przedłużających ludzkie życie³⁹⁴.

W dzisiejszej praktyce medycznej wyróżnia się dwie formy rezygnacji z uporczywej terapii: może mieć ona charakter aktywny lub pasywny. Na ich określenie używa się słów: *withdrawal* oraz *withholding*. Pierwsze wyrażenie oznacza wycofanie się i ostateczne zaniechanie jakiegokolwiek formy terapii, którą zastosowano celem podtrzymania życia pacjenta, co jednak skutkowało jedynie wydłużeniem procesu jego umierania. Drugie pojęcie, które określa się również skrótem DNE (ang. *do not escalate therapy*), polega na niepodejmowaniu terapii lub nierozszerzaniu zakresu jej działania w przypadkach, gdy nie wiąże się ona z żadnymi pozytywnymi rezultatami dla pacjenta. Najczęstszą formą pasywnej rezygnacji z uporczywej terapii jest odstąpienie od standardowych działań

³⁹⁴ Por. Suchorzewska. *Trudne decyzje* s. 62.

resuscytacyjnych (DNAR – ang. *do not attempts resuscitation*)³⁹⁵. W ostatnich latach przeprowadzono obejmujące 17 europejskich krajów badania dotyczące zaprzestania lub niepodejmowania terapii. Analizując przypadki 31417 pacjentów w 37 oddziałach intensywnej terapii, zauważono, że *withholding* zastosowano u średnio 37,5% pacjentów, a *withdrawal* u 32,9% leczonych osób. Dane te pokazują przede wszystkim, że istnieje problem z ujednoczeniem zasad, gdyż – zależnie od ośrodka – podejmowano różne decyzje. Ponadto, jak wskazują badania, różnice między nimi sięgały odpowiednio od 16% do 70% w przypadku niepodejmowania terapii i od 5% do 69% w sytuacjach, w których jej zaprzestano³⁹⁶. Różne są przyczyny tak dużej rozbieżności stosowanych praktyk medycznych. Niekiedy wskazuje się na uwarunkowania kulturowe, religijne czy związane z samoświadomością pacjenta, innym razem na sprawy obiektywne, takie jak stopień wyspecjalizowania danego oddziału czy skala finansowania służby zdrowia³⁹⁷. Niezależnie od skali podejmowanych decyzji, przytoczone dane pokazują, że w każdym ośrodku występują oba rodzaje (*withdrawal* i *withholding*). Choć opisane praktyki medyczne różnią się w sposobie ich realizacji, jedna wiąże się z zaprzestaniem, a druga z niepodejmowaniem terapii, to jednak ostateczny skutek ich działania jest taki sam. Osoby, które w tym przypadku podejmują konkretne decyzje, kierują się przede wszystkim właściwie rozumianym dobrem pacjenta, godząc się z nieuchronnie zbliżającą się śmiercią. Różne są jednak emocjonalne i prawne implikacje związane z poszczególnymi decyzjami. Niepodjęcie działań ratujących życie wiąże się z większą odpowiedzialnością prawną niż odstąpienie od terapii. Podobnie bardziej społecznie akceptowane jest przerwanie leczenia po jakimś czasie walki, niż zupełne jego zaniechanie.

W krajach rozwiniętych u ponad połowy chorych, którzy znaleźli się na oddziale intensywnej opieki medycznej, zachodzi konieczność podjęcia decyzji o kontynuowaniu lub zaniechaniu różnych form leczenia³⁹⁸. Decyzje o tym, aby w uzasadnionych przypadkach zaprzestać stosowania terapii uznanej za

³⁹⁵ Por. tamże s. 66-67.

³⁹⁶ Por. *End-of-life practices in European Intensive Care Units – the Ethicus Study*. Red. Ch.L. Sprung [i in.]. „The Journal of the American Medical Association” 2003 t. 290 nr 6 s. 790-797.

³⁹⁷ Por. Suchorzewska. *Trudne decyzje* s. 66-69.

³⁹⁸ Por. J. Umiastowski. *Uporczywa terapia*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 651.

uporczywą, mogą być motywowane różnymi przesłankami. Wśród nich należy wymienić obok aspektu medycznego, także etyczny, ekonomiczny i prawny. Etyka związana jest przede wszystkim z poszanowaniem woli chorego, w tym także prawa do godnego umierania. Aspekt ekonomiczny dotyczy racjonalnego korzystania z ograniczonych środków służby zdrowia, które powinny być sprawiedliwie rozdzielane wobec wszystkich potrzebujących. Również kwestia prawna decyzji, która wiąże się z wszelkimi działaniami medycznymi, zwłaszcza tymi dotyczącymi ostatniego etapu życia pacjenta, ma istotne znaczenie. Niekiedy zawiłości z tym związane w znacznym stopniu utrudniają lekarzowi swobodne podjęcie decyzji³⁹⁹. Z punktu widzenia prowadzonej lub zaniechanej terapii pierwszorzędne znaczenie ma jednak aspekt medyczny, a pozostałe o tyle muszą być brane pod uwagę, o ile ten właśnie jest spełniony.

Jakie zatem, ważne z medycznego punktu widzenia, przesłanki można uznać za wystarczające, by podjąć decyzję o zaniechaniu stosowania terapii? W którym momencie medycyna musi przyznać, że nie jest wszechmocna i jednocześnie zrezygnować z metod uznanych za uporczywe? Czy istnieje jakiś katalog wypracowanych rozwiązań, czy może ostatecznie wszystko rozstrzyga się w sumieniu lekarza i pacjenta? Określenie danej terapii jako tej, która ma znamiona uporczywości, nie jest proste i zależy od licznych czynników. U wielu osób przebywających w oddziałach intensywnej opieki medycznej, stosowanie nawet podstawowych czynności podtrzymujących ludzkie życie okazuje się bezskuteczne. Statystyki podają, że w przypadku reanimacji tego typu pacjentów tylko 18% chorych może dożyć momentu wyjścia ze szpitala, przy jednoczesnym podkreśleniu, że wśród nich 30% wymaga potem stałej opieki paliatywnej⁴⁰⁰. W przypadku osób starszych ta liczba jest jeszcze mniejsza; i tak 6% osób zostaje wypisanych z oddziału, ale tylko 1,6% wraca do swojego domu i do normalnego życia⁴⁰¹. Określając daną terapię jako uporczywą, w pierwszej kolejności należy ocenić szanse na odwrócenie samego procesu chorobowego. Lekarz prowadząc badania powinien opierać się przede wszystkim na kryteriach medycznych, bazując

³⁹⁹ Por. Suchorzewska. *Trudne decyzje* s. 69-70.

⁴⁰⁰ Por. *Survey of 3765 cardiopulmonary resuscitations in British hospitals (the BRESUS study): methods and overall results*. Red. Tunstall-Pedoe H. [i in.]. „British Medical Journal” 1992 t. 304 nr 6838 s. 1347-1351.

⁴⁰¹ Por. tamże; por. także D.J. Murphy [i in.]. *Outcomes of Cardiopulmonary Resuscitations in the Elderly*. „Annals of Internal Medicine” 1989 t. 111 nr 3 s. 199-205.

na konkretnych przesłankach naukowych oraz odwoływać się do nabytego doświadczenia wynikającego z obserwacji innych, podobnych przypadków. Zespół medyczny musi zatem wziąć pod uwagę zarówno skalę ciężkości choroby, jak i skalę prognozowania, których powszechnie używa się w medycynie⁴⁰². Wymagają one jednak przyjęcia konkretnej metody. W ustalaniu właściwych kryteriów bierze się pod uwagę między inne choroby, które towarzyszą pacjentowi oraz to wszystko, co dotyczy bezpośrednio samego pacjenta⁴⁰³. Do najbardziej rozpowszechnionych metod należą skale APACHE (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*) oraz SAPS II (*Simplified Acute Physiology Score*). Poszczególne skale różnią się od siebie stosowanymi kryteriami, niektóre na przykład opierają się na 75 kategoriach zawierających parametry kliniczne i laboratoryjne, a inne jedynie na 15. Należy jednak podkreślić, że pomimo wprowadzania nowych metod udoskonalających, wspomniane skale mają jedynie charakter prognostyczny. Ich zadaniem jest jedynie wspomagać ewentualną decyzję dotyczącą zaniechania leczenia, w przypadku, gdy terapia zostanie uznana za uporczywą⁴⁰⁴.

Każda sytuacja kliniczna nosi jednak na sobie cechy oryginalności. Trudno więc przykładać jedną miarę do wszystkich pacjentów, nawet jeśli przeżywane przez nich choroby mają podobny przebieg. Na zróżnicowanie poszczególnych przypadków wpływają między innymi patologie towarzyszące podstawowej jednostce chorobowej, będące źródłem konkretnych komplikacji. Dlatego należy podkreślić, że standardy wypracowywane przez różne ośrodki cały czas mają charakter jedynie pomocniczy. W niektórych sytuacjach ich zastosowanie może oznaczać błąd w sztuce, gdyż nie zawsze wiążą się z właściwym rozpoznaniem konkretnego przypadku. Przy ustalaniu kryteriów medycznych stosowanych terapii, poza wspomnianymi standardami opartymi głównie na badaniach statystycznych, ważna jest także ocena szansy powodzenia danego procesu leczenia. Lekarz w tej sytuacji musi opierać się na własnym doświadczeniu i zdobytej wiedzy. Zawsze jednak w takim przypadku pojawia się ryzyko subiektywizmu i popełnienia błędu

⁴⁰² Lekarze coraz częściej posługują skalami ciężkości choroby i skalami prognozowania celem oceny szansy przeżycia danej osoby, a także możliwości jej wyleczenia.

⁴⁰³ Por. R. Moreno, S. Afonso. *Ethical, Legal and Organizational Issues in the ICU: Prediction of Outcome*. „Current Opinion in Critical Care” 12:2006 s. 619-623.

⁴⁰⁴ Por. J. Suchorzewska. *Rezygnacja z uporczywej terapii w praktyce lekarza*. W: *Uporczywa terapia we współczesnej medycynie*. Red. R. Budziński. Pelplin 2016 s. 26-28.

decyzyjnego. To, co lekarz określi jako sytuację nierokującą poprawy, z racjonalnego punktu widzenia jest na ogół wątpliwe. Z tego względu bliższe prawdy jest stwierdzenie, że dotychczasowa terapia okazuje się nieskuteczna, co daje podstawy do oceny jej jako daremnej⁴⁰⁵.

Przy określaniu granic ingerencji medycznych nie sposób nie wspomnieć o kwestii środków proporcjonalnych i nieproporcjonalnych. Współczesna medycyna wiele sytuacji ocenia poprzez pryzmat skutków, jakie wynikają z takiego czy innego działania. Wybór konkretnej techniki czy metody leczenia, zależy często od wielu czynników, takich jak dostępności konkretnego lekarstwa, możliwości leczniczych danego ośrodka medycznego, a także stanu zdrowia pacjenta⁴⁰⁶. Konkretnie zabiegi, czy stosowane medykamenty mogą być określane mianem środków zwyczajnych (proporcjonalnych) lub nadzwyczajnych (nieproporcjonalnych), a to, w jaki sposób są one zaklasyfikowane, zależy od wielu czynników. Ich zakres może być różny w zależności od kraju, rejonu czy bieżącej sytuacji ekonomicznej tak państwa, jak i konkretnej rodziny. To, co w czasach pokoju uznaje się za środek podstawowy, w czasie działań wojennych może być zakwalifikowane jako działanie nadzwyczajne. Niezależnie jednak od sytuacji, istnieją pewne obiektywne kryteria pozwalające na klasyfikację niektórych działań medycznych. Mianem środka zwyczajnego określa się takie działanie, które jest dostępne finansowo dla większości ludzi danego kraju, nie jest przyczyną nadmiernych cierpień chorej osoby i jest wysoce prawdopodobne, że jego zastosowanie skutkować będzie wyleczeniem pacjenta. Analogiczne nadzwyczajnymi środkami będą takie działania, które są bardzo drogie (wykraczają poza możliwości finansowe rodziny i nie mieszczą się w ramach standardowego leczenia finansowanego przez państwową służbę zdrowia), mogą być źródłem poważnych zmian w psychice pacjenta, spowodowanych nie tylko bólem nie do zniesienia, ale także związanych z ryzykowną operacją na mózgu oraz dające nikłą szansę wyleczenia⁴⁰⁷. W zależności od tego, jak zakwalifikujemy daną metodę leczenia – uwzględniając

⁴⁰⁵ Por. Suchorzewska. *Trudne decyzje* s. 70.

⁴⁰⁶ Por. A. Bartoszek. *Środki proporcjonalne i nieproporcjonalne leczenia*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 591.

⁴⁰⁷ Coraz częściej wskazuje się, że współczesna medycyna w znacznej mierze ograniczyła występowanie drugiego elementu związanego z nadmiernym cierpieniem, gdyż coraz bardziej rozwinięta anestezjologia skutecznie zaradza temu problemowi (por. Bołoz. *Etyczne warunki* s.166).

omówione czynniki różnicujące – konkretną terapię można uznać za zasadną lub sklasyfikować ją jako uporczywą.

Najprostszym wyjaśnieniem tego, na czym polega proporcjonalność stosowanego leczenia, jest to, czy sprzyja ono zdrowiu pacjenta. Środkami zwyczajnymi (proporcjonalnymi) obejmującymi zarówno lekarstwa, jak i metody leczenia są te, które pozytywnie oddziałują na człowieka, nie obciążają go cierpieniem nie do zniesienia oraz wydatkami nie do udźwignięcia i które nie uwłaczają jego godności. Działaniem nadzwyczajnym (nieproporcjonalnym) należy określić takie, które pociąga za sobą owe niedogodności. Ich stosowanie naraża pacjenta na niepotrzebne uciążliwości i jednocześnie niczym nieuzasadnione obniżenie jakości życia⁴⁰⁸. Zadaniem służby zdrowia jest zapewnienie każdemu pacjentowi zwyczajnych środków leczniczych, a ich nie stosowanie należy uznać za świadome wystąpienie przeciw życiu. Aplikowanie środków nadzwyczajnych – choć za zgodą pacjenta moralnie dozwolonych, lecz nieobowiązkowych – nie wchodzi w zakres podstawowego działania lekarza. Co więcej, z punktu widzenia dobra wspólnego, byłoby rzeczą niewłaściwą zapewnienie nielicznym leczeniu nadzwyczajnego kosztem ograniczenia środków zwyczajnych dla pozostałych chorych⁴⁰⁹.

Konieczność podejmowania decyzji różnicujących dane terapie jest na porządku dziennym w wielu oddziałach intensywnej opieki medycznej. Ograniczone zasoby sprzętu podtrzymującego życie zmuszają lekarzy do dokonywania wyborów, któremu pacjentowi w pierwszej kolejności należy go przydzielić. Powszechne w wielu krajach niedofinansowanie służby zdrowia rodzi ponadto dylematy związane z opłacaniem konkretnych terapii, w sytuacji, gdy budżet jest całkowicie wyczerpany. Dlatego coraz częściej pojawiają się postulaty, aby opracować ogólne standardy pozwalające w poszczególnych przypadkach podjąć w miarę obiektywną decyzję. Niezależnie jednak od ustalenia i przyjęcia określonych zasad, różne życiowe sytuacje będą zawsze rodziły konkretne dylematy. Jednym z ważnych pytań jest takie, czy istnieje jakaś grupa osób, wobec których można zgodzić się na wykorzystanie środków finansowych ponad przyjętą miarę? Czy takimi osobami będą chociażby samotne matki małych dzieci albo kobiety w ciąży, jak sugerują

⁴⁰⁸ Por. Pała. *Śmierć na miarę człowieka* s. 142.

⁴⁰⁹ Por. Wróbel. *Człowiek i medycyna* s. 400-419.

niektórzy etycy⁴¹⁰? Jednak, czy wprowadzanie jakichkolwiek wyjątków nie stanie się źródłem nacisków i siłą rzeczy wiązać się będzie z wartościowaniem ludzkiego życia na mniej lub bardziej godne przetrwania? Może się zdarzyć, że pojawią się wtedy postulaty, by – kosztem innych pacjentów – skupić się na ratowaniu życia wybitnego naukowca, słynnego sportowca, wpływowego polityka lub charyzmatycznego przywódcy. Trudno wskazać jednoznaczną odpowiedź na zasygnalizowane pytania, a codzienna praktyka wskazuje, że każdy przypadek musi być traktowany indywidualnie. Największa społeczna i moralna odpowiedzialność spoczywa zatem na zespole medycznym, który – po dokonaniu rzetelnej oceny sytuacji – podejmuje ostateczną decyzję dotyczącą stosowanego leczenia⁴¹¹.

Każda próba wypracowania jakiegokolwiek katalogu mającego na celu kazuistyczne omówienie specyficznych sytuacji i wskazanie rozwiązań w konkretnych przypadkach związanych z daremnym leczeniem, będzie niedoskonała i obciążona subiektywizmem. Pomimo to warto, dla zobrazowania istoty problemu, przytoczyć zawarty w *Encyklopedii bioetyki* wykaz działań medycznych sklasyfikowanych jako uporczywa terapia. Jednym z przykładów jest transport chorego do szpitala w momencie, gdy w wyraźny sposób potęguje to cierpienie, a jednocześnie z dużą pewnością można założyć, że skutkiem takiego działania będzie śmierć pacjenta. Za leczenie daremne uznać należy także chemioterapię, gdy nie przynosi już zakładanych owoców, a jedynie jest źródłem olbrzymiego cierpienia. Ponadto niedopuszczalne są zabiegi uznawane za nadmiernie ryzykowne, takie jak uporczywe wykonywanie upustów płynów z jam ciała w ostatniej fazie choroby nowotworowej, a także dializoterapia w sytuacjach krańcowych. Elementem uporczywego leczenia będzie także umieszczenie pacjenta na oddziale intensywnej terapii i podawanie mu sztucznie pozajelitowo kosztownych środków odżywczych przekraczających możliwości chorego, jego rodziny, firmy ubezpieczeniowej czy społeczności. *Encyklopedia* uznaje ponadto za daremne reanimację oraz wszelkie sytuacje związane ze stosowaniem respiratora, tlenoterapii, kardiowersji elektrycznej oraz kardiostymulacji w stanie śmierci klinicznej, kiedy jest pewność, że takie działanie nie może już pomóc

⁴¹⁰ Por. Bołoz. *Etyczne warunki* s.167.

⁴¹¹ Por. P. Ramsey. *Pacjent jest osobą*. Warszawa 1977 s. 275-314.

pacjentowi⁴¹². Ten sam autor wskazuje dalej przypadki, które należy zaklasyfikować jako zwyczajne i obowiązkowe, a wśród nich wymienia: stosowanie antybiotyków w sytuacji powikłań infekcyjnych, leczenie odleżyn, odżywianie i nawadnianie chorego, leczenie niewydolności krążenia oraz niedomogi oddechowej. Za środki proporcjonalne uznaje ponadto: leki przeciwdepresyjne, przeciwbólowe i uspokajające oraz wszelkie metody związane z medycyną paliatywną pozwalające uporać się z tzw. bólem totalnym⁴¹³. Jeśli znajdzie potrzeba aplikacji któregośkolwiek z wymienionych specyfików lub zastosowania jednej ze wskazanych terapii, zespół medyczny jest zobowiązany do zaradzenia tym potrzebom.

W analizie działań medycznych związanych z kresem ludzkiego życia należy podkreślić to, co jest istotą ingerencji medycyny w strukturę duchowo-cieleśną człowieka. Osoba ludzka jest zarazem przedmiotem, jak i celem istnienia i działania medycyny. Wszystko, co z niej wynika, ma służyć właśnie człowiekowi i dążeniu do realizacji jego dobra. Osoba ludzka nie jest bowiem tylko bytem materialnym, nie utożsamia się też z bytem zwierzęcym, choć jest do niego podobna, przewyższa go swoją duchową naturą. Wiąże się z tym wyjątkowa godność, która rodzi też konkretne zobowiązania wobec wszystkich, którzy podejmują się ingerencji w cielesną strukturę człowieka będącą swoistą manifestacją jego ducha⁴¹⁴. Jakość życia w wymiarze somatycznym ma fundamentalne znaczenie dla jakości życia osoby, a wszelkie doświadczenie niewydolności nawet jednego tylko organu ciała ma wpływ na całą osobę. Analogicznie jej własnymi przeżyciami są wszelkie inne

⁴¹² Por. Umiastowski. *Uporczywa terapia* s. 652.

⁴¹³ Por. tamże; por. także Wróbel. *Człowiek i medycyna* s. 428-436; Pała. *Śmierć na miarę człowieka* s. 145; W. Sinkiewicz. *Wprowadzenie – jak umierać z godnością*. W: *Dylematy etyczne końca życia – problem uporczywej terapii*. Red. W. Sinkiewicz [i in.]. Bydgoszcz 2013 s. 8-9. Nieco inny katalog działań nieproporcjonalnych, podał Zbigniew Pilichowski, który do tej grupy zaliczył: „chemioterapię, gdy okazuje się nieskuteczna, pogarsza stan chorego i nasila jego cierpienie z powodu przykrych objawów ubocznych, nazbyt ryzykowne zabiegi operacyjne, zabiegi endoskopowe, naczyniowe [...], dializoterapię, reanimację, stosowanie respiratora, tlenoterapię, kardiowersję elektryczną i kardiostymulację w stanie śmierci klinicznej u krańcowo wyniszczonego chorego w stanie terminalnym z powodu uogólnionej choroby nowotworowej lub innej choroby o jednoznacznie złym rokowaniu, kiedy istnieje pewność, że działanie takie nie może mu pomóc” (*Uporczywa terapia a dobro pacjenta*. „Studia Loviciensia” 15:2013 s. 265-275). Autor powołuje się na artykuł T. Biesagi (por. *Wobec uporczywej terapii*. „Medycyna Praktyczna” 2005 nr 11 s. 27).

⁴¹⁴ Por. Paweł VI. *Congresso mondiale di fisiopatologia tiroidea*. Przemówienie do uczestników V światowego kongresu na temat chorób tarczycy [25 V 1965]. W: PVIIIns. T. 6.1965. Rzym 1966 s. 301.

doświadczenia ciała, zarówno te przyjemne, jak i związane z bólem⁴¹⁵. Terapia, nawet najbardziej zaawansowana, nie może zatem wiązać się jedynie z bezrefleksyjnym dbaniem o funkcjonowanie poszczególnych elementów organizmu. Jej cel jest znacznie bardziej doniosły, ma służyć właściwie rozumianemu dobru człowieka, które nie zawsze jest tożsame z agresywnym działaniem medycznym. Każda interwencja skierowana wobec struktury biologicznej człowieka oraz procesów związanych z życiem organicznym, wyraża stosunek do osoby ludzkiej, dlatego każde naruszenie wspomnianej struktury, jak i charakterystycznych dla niej procesów, skierowane jest wprost w nią samą. Lekarz przeprowadzający daną terapię nie ma na celu jedynie wyeliminowania takiej czy innej patologii, ale działa w perspektywie dobra całej osoby. Jej godność obejmująca wszystkie sfery życia, zarówno tę cielesną, uczuciową, intelektualną, jak i duchową jest nie do pogodzenia z jej uprzedmiotowieniem. Osoba ludzka nie jest nigdy środkiem, ale zawsze ostatecznym celem wszelkich działań medycznych, w tym także tych związanych z ostatnią fazą jej życia. Dlatego stosowanie uporczywej terapii nie jest jedynie mechanicznym działaniem absolutyzującym możliwości medycyny, ale jest pogwałceniem podstawowych praw człowieka i zamachem na jego osobiste dobro⁴¹⁶.

1.2.2. Kwestia świadomości pacjenta

Jednym z podstawowych zagadnień związanych z aktualną debatą na temat uporczywej terapii jest określenie stanu świadomości pacjenta. Dla lepszego zrozumienia tego problemu, do języka współczesnej medycyny wprowadzono takie pojęcia, jak „przetrwwały stan wegetatywny” i „stan minimalnej świadomości”. Jako pierwsi kompleksowego opracowania tego zagadnienia podjęli się B. Jannett i F. Plum. W 1972 r. opublikowali oni wnioski ze swych analiz i zaproponowali wprowadzenie określenia nowej jednostki chorobowej. W ich pracy „przetrwwały stan wegetatywny” oznaczał sytuację, w której pacjent wychodzący ze śpiączki w pewnym momencie zaczyna spontanicznie otwierać oczy i pojawia się u niego zarówno cykl czuwania, jak i snu. Jest to tak zwane „czuwanie bez świadomości”,

⁴¹⁵ Por. M. Krąpiec. *Ja – człowiek*. Lublin 1991 s. 157-163.

⁴¹⁶ Por. Wróbel. *Człowiek i medycyna* s. 97-101.

które – jak zaznaczają autorzy opracowania – wiąże się z podnoszeniem powiek (z czasem nawet pomimo braku bodźców zewnętrznych) i ruchem gałek ocznych, które choć może sprawiać wrażenie świadomego, pozbawione jest jakiegokolwiek konsekwencji. Ponadto może pojawiać się u chorego odruch chwywania, żucie, fragmenty skoordynowanych ruchów, a także ruchy kończyn górnych skierowane w kierunku bodźca bólowego. Nie jest to jednak działanie celowe⁴¹⁷. Definicja przetrwałego stanu wegetatywnego, którą proponują wspomniani autorzy, brzmi następująco: „do istoty tego zespołu należy brak jakiegokolwiek adaptacyjnej odpowiedzi w stosunku do środowiska zewnętrznego, brak dowodów na funkcjonowanie umysłu, który przyjmowałby bądź wysyłał informacje u pacjenta, który ma długie okresy czuwania”⁴¹⁸. Adam Zeman w dwudziestopięciolecie ukazania się pracy Jennetta i Pluma postulował doprecyzowanie słowa „przetrwały”, który według niego powinien dotyczyć osób, które znajdują się w stanie wegetatywnym od co najmniej roku (w przypadkach pourazowych) lub trzech miesięcy (w przypadkach nieurazowych). W takiej sytuacji, jak twierdził, pacjent już z tego nie wyjdzie⁴¹⁹. W 1999 r. Keith Andrews opublikowała pracę, w której postulowała zmianę terminu „wegetatywny” na mniej pejoratywny. Ponadto udowadniała ona, że nie da się w żaden sposób stwierdzić, czy chory w tym stanie posiada świadomość, a wszelkie tego próby opierają się wyłącznie na kryteriach behawioralnych. Andrews w swojej klinice przeprowadziła szereg badań, które miały na celu udowodnienie, że niektórzy pacjenci w przetrwałym stanie wegetatywnym zachowują świadomość. Między innymi jej praca przyczyniła się do przyjęcia stanowiska przez Aspen Consensus Group, w którym mowa jest, że „jakikolwiek przejaw reakcji na bodźce, który byłby stały, powtarzalny, celowy lub też wolitywny, wskazuje na to, że chory jest świadomy w stopniu, który umożliwia diagnozę stanu minimalnej świadomości, nie zaś przetrwałego stanu wegetatywnego”⁴²⁰. W 2002 r. wypracowano dokument, którego sygnatariuszami są

⁴¹⁷ Por. *Persistent Vegetative State after Brain Damage; Syndrome in Search of a Name*. „The Lancet” 1972 t. 299 nr 7753 s. 734-737. Na temat rozumienia „przetrwałego stanu wegetatywnego” obszernie pisze J.M. Norkowski (*Medycyna na krawędzi. Ewolucja definicji śmierci człowieka w kontekście transplantacji narządów*. Radom 2011 s. 33-46).

⁴¹⁸ Jennett, Plum. *Persistent vegetative state* s. 736.

⁴¹⁹ Por. *Persistent Vegetative State*. „The Lancet” 1997 t. 350 nr 9080 s. 795-799.

⁴²⁰ Norkowski. *Medycyna na krawędzi* s. 98. Autor odnosi się do artykułu K. Andrews (*The vegetative state – clinical diagnosis*. „Postgrad Medicinal Journal” 75:1999 nr 884 s. 321-324).

lekarze i naukowcy z renomowanych ośrodków w Stanach Zjednoczonych i innych krajów, a w którym zawarto definicję „stanu minimalnej świadomości”. Pojęcie to oznacza: „zespół, w którym stwierdza się poważne zmiany świadomości i w którym chory manifestuje minimalne, lecz wyraźnie obecne behawioralne oznaki świadomości siebie samego i swego otoczenia”⁴²¹.

Wspomniana dyskusja i próba wypracowania właściwych pojęć wcale nie jest bez znaczenia. W sposób istotny dotyka bowiem zagadnienia związanego z ludzką egzystencją i jego osobowym życiem. Określenie stanu pacjenta mianem „wegetatywnego” może prowadzić ostatecznie do jego depersonalizacji i uprzedmiotowienia. Gdy człowiek decyzją zespołu medycznego zostaje „pozbawiony” świadomości, dyskusja na temat ewentualnego kontynuowania terapii nabiera zupełnie nowego sensu. Dzięki najnowszym badaniom związanym z funkcjonowaniem ludzkiego mózgu i odkryciem w wielu konkretnych przypadkach minimalnych oznak świadomości, udało się doprowadzić do realizacji wieloletnich postulatów rodzin, aby pacjentów w takim stanie otaczać odpowiednią opieką. Takie osoby mają bowiem ograniczony kontakt z otoczeniem, wyraźną świadomość siebie i zdolność odczuwania bólu. Nie można zatem odstąpić wobec nich od terapii uznawanych za proporcjonalne, oraz jednocześnie – nie uzyskawszy ich wyraźnej zgody – stosować leczenia nieproporcjonalnego, które w znacznej mierze potęgowało by ich cierpienie⁴²².

Z problemem świadomości pacjenta wiąże się także kwestia tego, kto – przy jej braku – może podjąć wiążącą decyzję w sprawie kontynuowania terapii. Wzmoczoną dyskusję na ten temat sprowokował przypadek Helgi Wanglie z 1989 r. Pacjentka mając osiemdziesiąt sześć lat, została przyjęta do szpitala po stwierdzeniu u niej duszności spowodowanych chronicznym zapaleniem otrzewnej. Zgodnie z jej aktualnymi potrzebami, podłączono ją do respiratora. Jednak w wyniku prowadzonych działań medycznych ustała akcja serca i u pacjentki zdiagnozowano trwałe uszkodzenie mózgu. Po kilku miesiącach stwierdzono, że znajduje się ona w przetrwałym stanie wegetatywny i nie wykazuje już żadnych oznak świadomości.

⁴²¹ *The Minimally Conscious State: Definition and Diagnostic Criteria*. Red. J.T. Giacino [i in.]. „Neurology” 58:2002 s. 350-351. Cyt. za Norkowski. *Medycyna na krawędzi* s. 99-102.

⁴²² Por. Norkowski. *Medycyna na krawędzi* s. 121-136.

Rodzina jednak nie wyrażała zgody na odłączenie jej od respiratora i domagała się stosowania wszystkich możliwych procedur celem utrzymywania jej przy życiu za wszelką cenę. Szpital, w którym znajdowała się pacjentka, wystąpił do sądu o wyznaczenie dla niej innego niż mąż opiekuna prawnego. Wyrok był jednak korzystny dla rodziny. W uzasadnieniu zadano retoryczne pytanie o to, kto powinien podejmować decyzje w imieniu chorej, „jej małżonek od 53 lat, czy ktoś obcy?”⁴²³. Wzbudziło to uzasadniony niepokój wśród lekarzy, którzy zaczęli obawiać się o swoją podmiotowość przy podejmowaniu decyzji w sprawie leczenia i o to, czy naciski ze strony rodzin nieświadomych pacjentów nie sparaliżują ich codziennej pracy. Kresu możliwości medycyny często nie rozumie bowiem zarówno sam pacjent, jak i jego rodzina. Dlatego wszelkie sugestie o zaprzestaniu stosowania nieproporcjonalnej terapii traktują oni jako objaw rezygnacji, czy wręcz wyrachowanego zaniechania ratowania życia przez zespół medyczny. Pojawiający się nacisk społeczny wynika najczęściej z przeświadczenia, że medycyna ma nieograniczone możliwości, co przy braku wzajemnego zaufania między poszczególnymi podmiotami decyzji, rodzi wiele niepotrzebnych kontrowersji.

1.2.3. Opieka paliatywna

Dynamiczny rozwój medycyny podtrzymującej życie rodzi zupełnie nowe problemy i stawia nowe wyzwania przed służbą zdrowia. Musi ona z całą stanowczością odpowiedzieć na rodzące się pytania związane z jakością przedłużanego życia oraz z godnym przejściem przez proces umierania. Współczesnej medycynie często stawia się zarzut, że z całą mocą angażuje się w swoistą walkę ze śmiercią, traktując ją jak największego wroga. Doświadczenie umierania wydaje się być dla niej czymś nienaturalnym, a nawet wstydliwym do tego stopnia, że niektórzy mówią o istnieniu zjawiska tak zwanej „pornografii śmierci”⁴²⁴, polegającej na jej tabuizacji. Podstawowym celem medycyny nie może być jednak próba wyeliminowania jej z historii życia człowieka, ale jedynie przeciwdziałanie jej zbyt wczesnemu przyjściu. Jej istotnym zadaniem jest zatem także towarzyszenie

⁴²³ Cyt. za J.F. Daar. *Medical Futility and Implications For Physician Autonomy*. „American Journal of Law and Medicine” 2-3:1995 s. 222.

⁴²⁴ Por. A. Karbowski. *Ruch paliatywno-hospicyjny*. „Perspectiva” 15:2009 z. 2 s. 58.

człowiekowi w spokojnej śmierci. Można ją za taką uznać, gdy „ból i cierpienie minimalizuje właściwa opieka paliatywna, pacjent nie czuje się opuszczony i zaniedbany, a opieka nad umierającym jest tak samo ważna jak opieka nad tymi, którzy przeżyją”⁴²⁵. Nie można zatem, omawiając zagadnienie medycyny podtrzymującej życie, nie podjąć tematu medycyny paliatywnej, która jest integralnie związana z działaniami na rzecz osób terminalnie chorych.

W tym miejscu należy dokonać rozróżnienia między stanem terminalnym a wegetatywnym. Pierwszy z nich wiąże się z poważnym pogorszeniem stanu zdrowia oraz z nieodwracalnym zanikaniem czynności życiowych w organizmie pacjenta⁴²⁶. Objawy charakterystyczne dla tego stanu to między innymi: brak apetytu i łaknienia, zaparcia, mdłości, bezdech, gorączka, osłabienie i drgawki. W niektórych przypadkach mogą pojawiać się zaniki świadomości, które wynikają ze zjawiska demencji starczej. Stan terminalny, poprzez stopniowe zanikanie czynności fizjologicznych organizmu, przeradza się w śmierć kliniczną, to znaczy ustanie czynności krążeniowo-oddechowych organizmu przy zachowaniu jeszcze pracy mózgu, a następnie w agonię, czyli stan poprzedzający zgon – śmierć definitywną⁴²⁷. Stanem wegetatywnym określa się sytuację osób, u których doszło do utraty wyższych funkcji mózgu, przede wszystkim świadomości. W tym przypadku organizm człowieka funkcjonuje w miarę normalnie, oddycha on samoistnie, otwiera i zamyka oczy oraz zapada w sen. Po kilkunastu miesiącach trwania takiego stanu przyjmuje się, że pacjent znalazł się w tak zwanym przewlekłym stanie wegetatywnym⁴²⁸. W tym przypadku trudno jest jednoznacznie

⁴²⁵ J. H. Howell, W.F. Sale. *Life Choices. A Hastings Centre Introduction to Bioethics*. Waszyngton 2000 s. 12; por. także Biesaga. *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny* s. 22.

⁴²⁶ Por. Pala. *Śmierć na miarę człowieka* s. 44.

⁴²⁷ Por. A. Pala. *Eutanazja, uporczywa terapia i opieka paliatywna. Próba moralnej oceny w świetle antropologii naturalistycznej i personalistycznej*. W: *Człowiek na granicy istnienia. Dyskusje o śmierci mózgowej i innych aspektach umierania*. Red. G. Holubek, P. Duchliński. Kraków 2017 s. 268-269.

⁴²⁸ Pojęcie „stan wegetatywny” pochodzi od łacińskiego słowa *vegeto*, co dosłownie oznacza „ożywiam”, „pobudzam”. Cechą charakterystyczną takiego stanu jest zaprzestanie wyższych funkcji mózgu, z czym wiąże się przede wszystkim zatrzymanie działania świadomości. Jak wyżej podkreślono, w tym czasie pacjent może samodzielnie oddychać, zapadać w sen, a nawet mimowolnie zamykać i otwierać oczy. Jest to wynikiem zachowania funkcji pnia mózgu, który odpowiada za te podstawowe aktywności organizmu. Przyczyną stanu wegetatywnego jest najczęściej poważny uraz wewnętrzny lub zewnętrzny czaszki, którego efektem jest nekroza kory mózgu. Gdy stan nieświadomości jest trwały i w przeciągu kilkunastu miesięcy nie następuje poprawa, przypadek klasyfikowany jest jako przewlekły stan wegetatywny (por. T. Orłowski. *Status antropologiczny pacjenta*

wskazać moment, w którym rozpoczyna się u człowieka proces umierania. Pomimo ukazanych różnic, niezależnie od tego, czy pacjent znajduje się w stanie wegetatywnym, czy przeżywa już terminalną fazę swojego życia, należy mu się zawsze konkretna i stała pomoc. Naprzeciw tym potrzebom wychodzi medycyna paliatywna.

Greckie słowo *pallium* oznaczające „przykryty, okryty płaszczem” jest obrazowym opisem tego, co jest przedmiotem zainteresowania medycyny paliatywnej. Jej głównym celem jest bowiem „zajmowanie się leczeniem objawowym i zaspakajanie potrzeb medycznych chorych w terminalnym okresie choroby, czyli wtedy, gdy nie ma możliwości przedłużania życia chorego w drodze bezpośredniego oddziaływania na przyczynę choroby, a stan wymaga opieki medycznej”⁴²⁹. Medycyna paliatywna przyjmuje śmierć za coś naturalnego; nie walczy z nią nieproporcjonalnymi metodami, ale jednocześnie jej w żaden sposób nie przyśpiesza. Zajmuje się leczeniem wszelkich dolegliwości towarzyszących nieuleczalnej chorobie, takich jak infekcje, duszności, odleżyny, zaparcia, wymioty, obrzęki, swąd i bezsenność. Najważniejszym zadaniem paliatywnej troski o chorego jest łagodzenie bólu, ale także opieka psychologiczna i duchowa, którą obejmuje się zarówno pacjenta, jak i jego rodzinę⁴³⁰. W ten sposób medycyna paliatywna udziela człowiekowi integralnej pomocy, gdyż oprócz zabiegów medycznych, podejmuje się kompleksowej opieki nad nim⁴³¹.

Źródła medycyny paliatywnej należy doszukiwać się już w poglądach Hipokratesa, który poza bezpośrednią walką z chorobą, nakazywał niesienie pacjentowi ulgi w cierpieniu, nawet wtedy, gdy wiadomym było, że nie da się go już wyleczyć. W traktacie *O sztuce* zaleca adeptom medycyny „powstrzymać się od leczenia tych chorych, którymi choroba totalnie zawiadnęła, bowiem w takich

wegetatywnego. „Studia z Bioetyki i Antropologii Filozoficznej” 7:2006 s. 85; por. także Pala. *Śmierć na miarę człowieka* s. 44-46; Pala. *Eutanazja, uporczywa terapia i opieka paliatywna* s. 269).

⁴²⁹ J. Umiastowski. *Medycyna paliatywna*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 394.

⁴³⁰ Por. tamże; por. także J. Brusilo. *Opieka czy troska o człowieka na granicy życia i śmierci*. W: *Człowiek na granicy istnienia. Dyskusje o śmierci mózgowej i innych aspektach umierania*. Red. G. Holubek, P. Duchliński. Kraków 2017 s. 300.

⁴³¹ Por. J. Iwaszczyszyn. *Autonomia pacjenta w kontekście opieki paliatywnej*. W: *Od autonomii osoby do autonomii pacjenta*. Red. G. Hołub [i in.]. Kraków 2013 s. 258-260.

przypadkach medycyna jest bezsilna⁴³². Jednocześnie nakazuje, by taki pacjent był świadomy tego, co go czeka, gdyż „człowiek cierpiący z powodu choroby, która jest zbyt silna w porównaniu ze środkami, jakimi dysponuje medycyna, nie może oczekiwać, iż zwalczy chorobę dzięki medycynie”⁴³³. W momencie, w którym lekarz nabiera przekonania, że nie jest już w stanie pomóc choremu, a jednocześnie pacjent ma świadomość powagi sytuacji, w której się znalazł, należy nieść mu ulgę w cierpieniu, poprzez łagodzenie bólu i zawsze szukać tego, co jest dla niego korzystne⁴³⁴.

Praktyczna realizacja wezwania do opieki nad chorymi stała się szczególną cechą pierwszych chrześcijan. Bazując zarówno na popularnym już wtedy etosie hipokratesowym, jak i obecnej w całej starożytności idei gościnności, bardzo konkretnie wprowadzali w życie słowa Chrystusa wyrażone w „Kazaniu na górze”: „Byłem głodny, a daliście Mi jeść; byłem spragniony, a daliście Mi pić; byłem przybyszem (łac. *hospes*), a przyjęliście Mnie; byłem nagi, a przyodzialiście Mnie; byłem chory, a odwiedziliście Mnie [...]. Wszystko, co uczyniliście jednemu z tych braci Moich najmniejszych, Mnieście uczynili” (Mt 25,35-36.40). Chrześcijanin zatem nie miał pomagać tylko tym, którzy przybywali do niego w gościnę, ale każdemu, który tego potrzebował, tak bezdomnym, ubogim, jak i chorym. W kontekście powstającego ruchu hospicyjnego istotną rolę odegrała także przypowieść o miłosiernym Samarytaninie (por. Łk 10,30-37), który nie tylko uratował umierającego, ale otoczył go niezbędną opieką, a następnie zostawił środki, które miały sfinansować dalszą terapię. Taka postawa stała się wzorem dla wszystkich, którzy gotowi byli poświęcić swój czas, własne siły i prywatne środki, aby pomóc najbardziej potrzebującym. Po ogłoszeniu Edyktu Mediolańskiego w 313 r. działalność Kościoła względem osób obłożnie chorych zaczęła nabierać instytucjonalnego charakteru. Pierwsze tego typu placówki nosiły nazwę *xenodochium* i pełniły rolę schroniska dla ubogich i pielgrzymów⁴³⁵. Następne generacje budynków dedykowanych osobom potrzebującym miały różne nazwy i często pełniły też odmienne role. Wśród najważniejszych placówek należy

⁴³² O sztuce s. 192.

⁴³³ Tamże s. 202-204.

⁴³⁴ Por. Hippokrates. *Choroby I* s. 112; por. także Aszyk. *Etyczne oblicza starożytnej medycyny* s. 235-239.

⁴³⁵ Por. S. Longosz. *Ksenodochium – hospicjum wczesnochrześcijańskie*. „Vox Patrum” 16:1996 z. 30-31 s. 281.

wymienić takie, jak *nosokomia* tzn. publiczne szpitale, *orfanotrofia* i *brefotrofia* będące przytułkami dla sierot i niemowląt, *gerotokia* przeznaczona dla starców oraz *lobotrofia*, gdzie schronienie mogli znaleźć inwalidzi i kalecy⁴³⁶. Dopiero św. Paulin z Noli (352-431 r.) jako pierwszy na określenie budynku przeznaczonego do niesienia pomocy potrzebującym użył słowa *hospitia*⁴³⁷. Ważną cechą charakterystyczną dla istniejących wtedy hospicjów, niezależnie od formy ich funkcjonowania, było to, że ofiarowano w nich pomoc całkowicie bezpłatnie, a jedynie bogatsi pacjenci dobrowolnie składali jakieś datki na funkcjonowanie placówki. To właśnie bezinteresowność w niesieniu pomocy, a także trwanie przy chorym pomimo bezradności medycyny, stawało się znakiem rozpoznawczym chrześcijańskich hospicjów⁴³⁸.

Okres średniowiecza to czas, w którym prowadzenie placówek opieki powierzano szczególnie zakonom, co uległo zauważalnej zmianie w czasie odrodzenia i oświecenia, gdzie kościelne placówki zostały sekularyzowane. Nie zmienił się jednak ich charakter i ciągle pełniły rolę swoistych przytułków dla ubogich chorych⁴³⁹. Radykalna zmiana nastąpiła w XIX w., gdy wraz z dynamicznym rozwojem medycyny nastąpił podział na placówki świadczące usługi lecznicze oraz takie, które miały pełnić rolę przytułków dla osób nieuleczalnie chorych. W tym okresie na całym świecie zaczęły powstawać zarówno państwowe, jak i prywatne zakłady opieki społecznej⁴⁴⁰. Ważnym wydarzeniem było powołanie w 1842 r. przez Jeanne Gardier pierwszej placówki przeznaczonej wyłącznie dla osób umierających, którą nazwano „hospicjum”. Jest to pierwszy przypadek, gdzie użyto tej nazwy w znaczeniu dzisiejszym, czyli miejsca przeznaczonego dla osób mających się w nich przygotować na własną śmierć. Po tym wydarzeniu podobne placówki zaczęły powstawać w całej Europie, a ich prowadzeniem zajmowali się zarówno katolicy, jak i protestanci. Ci ostatni w 1935 r. w Domu dla Konających Ubogich św. Łukasza w Londynie wprowadzili powszechną zasadę podawania

⁴³⁶ Por. Bartoszek. *Człowiek w obliczu śmierci i umierania* s. 65-66.

⁴³⁷ Por. I. Milewski. *Rozwój chrześcijańskich instytucji dobroczynnych w zachodniej części Cesarstwa Rzymskiego w IV i V wieku*. „Przegląd Religioznawczy” 40:1996 z. 4 s. 6.

⁴³⁸ Por. A. Bartoszek. *Hospicjum*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 280; por. także Bartoszek. *Człowiek w obliczu śmierci i umierania* s. 67-68.

⁴³⁹ Por. J. Fijałek. *Spółeczne tradycje organizacyjne i naukowe w opiece zdrowotnej do końca XVIII w.* W: *Historia medycyny*. Red. T. Brzeziński. Warszawa 1995 s. 213.

⁴⁴⁰ Por. tamże s. 398.

morfiny jako środka przeciwbólowego osobom cierpiącym na raka⁴⁴¹. To właśnie w tym ośrodku jako wolontariuszka pracowała Saunders twórczyni współczesnego ruchu hospicyjnego i opieki paliatywnej. Na bazie tych doświadczeń założyła ona w 1967 r. hospicjum św. Krzysztofa w Londynie. Fundamentem działalności tej placówki stały się, obok koncepcji otwarcia się na człowieka umierającego, także walka z „bólem totalnym”, który oprócz cierpienia fizycznego oznacza także doświadczenia psychiczne, społeczne i duchowe⁴⁴².

W 1974 r. na terenie Stanów Zjednoczonych powstało pierwsze hospicjum, które bazując na zaangażowaniu wolontariuszy, podjęło się opieki domowej. Była to nowa forma pomocy umierającym, która z powodzeniem przyjęła się także w innych miejscach. Z amerykańskiego doświadczenia skorzystali m.in. Kanadyjczycy, u których upowszechnił się termin „opieka paliatywna” w jego współczesnym znaczeniu. To właśnie w kanadyjskim Montrealu otwarto pierwszy na świecie Zespół Opieki Paliatywnej działający przy szpitalu Royal Victoria. Zajmował się on, obok codziennej pomocy umierającym, także naukowymi badaniami nad końcową fazą choroby nowotworowej, tym samym udało się im wypracować model szkoleniowy dla powstawania innych tego typu obiektów na terenie całego kraju. Z czasem podobne ośrodki zaczęto zakładać na całym świecie, a pojęcie „medycyny paliatywnej” stało się obecne na uniwersytetach⁴⁴³. Obowiązek pomocy chorym w stanach terminalnych znalazł też swoje miejsce w najnowszych kodeksach etyki lekarskiej⁴⁴⁴. Opieka paliatywna to jednak stosunkowo młoda gałąź medycyny. Jej prawny charakter określił dopiero dokument wydany w 1990 r. przez Światową Organizację Zdrowia⁴⁴⁵. Jest on naturalnie owocem wieloletnich doświadczeń pracy

⁴⁴¹ Por. Bartoszek. *Człowiek w obliczu śmierci i umierania* s. 70.

⁴⁴² Por. C. Saunders. *Historia ruchu hospicyjnego*. „Nowotwory” 43:1993 z. 2 s. 105; por. także R. G. Twycross. *Lekarz wobec umierającego*. W: *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*. Red. H. Bortnowska. Kraków 1984 s. 263; Iwaszczyszyn. *Autonomia pacjenta* s. 259.

⁴⁴³ Por. Bartoszek. *Człowiek w obliczu śmierci i umierania* s. 72.

⁴⁴⁴ Por. m.in. *Kodeks Etyki Lekarskiej; tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r* art. 30.

⁴⁴⁵ Por. *Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna*. Genewa 1990. Współcześnie Światowa Organizacja Zdrowia opiekę paliatywną definiuje jako „działanie, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin stojących wobec problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą, poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji oraz bardzo starannej ocenie i leczeniu bólu i innych problemów: somatycznych, psychosocjalnych i duchowych” (*Definicja opieki paliatywnej*. [Http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/) [dostęp: 1.08.2017]; por. także U. Kurczewska, M. Jasińska, D. Orszulak-Michalak. *Opieka paliatywna w Polsce – wybrane*

z umierającymi oraz wielowiekowej refleksji nad fenomenem ludzkiego umierania. Medycyny paliatywnej nie można zatem traktować tylko jako kolejnej generacji ruchów charytatywnych obecnych w historii ludzkości. Stała się ona integralną częścią dzisiejszej medycyny, a jej rola we współczesnym systemie opieki zdrowotnej jest nie do zastąpienia.

Równolegle do rozwoju ruchu hospicyjnego na świecie podobne zjawisko można było zaobserwować w Polsce. Na bazie doświadczeń zdobytych jako wolontariusz w londyńskim hospicjum św. Krzysztofa, Halina Bortnowska stworzyła zespół animatorów, którzy podjęli się zorganizowanej pomocy osobom umierającym na terenie Polski. Pierwszym ośrodkiem, w którym wdrożono tę inicjatywę, był oddział zakaźny szpitala S. Żeromskiego w Nowej Hucie, którym kierował wówczas doktor Stanisław Kownacki. Z czasem, z powodu trudności w budowie samodzielnego hospicjum stacjonarnego, zaczęto rozwijać struktury opieki domowej. Sukces tej inicjatywy zaowocował powstaniem innych tego typu ośrodków w całym kraju. W 1983 r. założono Hospicjum Pallottinum w Gdańsku, w 1985 r. Hospicjum św. Jana Kantego w Poznaniu, a następnie hospicja w Białymstoku, Elblągu, Gdyni, Katowicach, Lublinie, Radomiu, Szczecinie, Toruniu, Warszawie, Wrocławiu i Zielonej Górze⁴⁴⁶. W tamtym czasie powstała również definicja pracy w tego typu placówkach: „Istotę opieki hospicyjnej stanowi praca zespołu, który składa się z lekarzy, pielęgniarek, duchownych i osób zawodów medycznych. Przebiega ona na trzech płaszczyznach: pracy zespołu przy chorym, współpracy z rodziną chorego, ścisłej współpracy w zespole hospicyjnym”⁴⁴⁷. Z czasem zupełnie innego charakteru zaczęła nabierać również pomoc hospicyjna realizowana bezpośrednio w domach pacjentów. W sposób szczególny skupiono się na opiece paliatywnej najmłodszych, którą z czasem objęto niemal wszystkich nieletnich Polaków. Jak wskazuje oficjalny dokument Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, „Polska jest prawdopodobnie krajem posiadającym najlepiej

zagadnienia. Część I. Założenia, organizacja i funkcjonowanie. „Farmacja Polska” 66:2010 z. 2 s. 93).

⁴⁴⁶ Por. J. Stokłosa. *Rozwój ruchu hospicyjnego w Polsce.* W: *Człowiek wobec śmierci.* Red. J. Makselon. Kraków 2005 s. 302-304; por. także P. Krakowiak. *Chorować w domu: od domowej opieki hospicyjnej Hospicjum Pallottinum w Gdańsku do troski o człowieka u kresu życia i edukacji społecznej „Hospicjum to też Życie”.* „Studia Ecologiae et Bioethicae” 7:2009 z. 1 s. 299-304.

⁴⁴⁷ Stokłosa. *Rozwój ruchu hospicyjnego* s. 303.

rozwinięty system hospicjów domowych dla dzieci. W 2009 roku rejony tych hospicjów obejmowały obszar zamieszkały przez 93% populacji kraju”⁴⁴⁸.

Pierwotnie opieka hospicyjna była nastawiona na pacjentów z chorobami nowotworowymi, a opieka paliatywna na inne schorzenia. Dziś opieka paliatywna i hospicyjna są traktowane jako synonimy, a zakres osób nimi objętych jest bardzo szeroki⁴⁴⁹. Współcześnie medycyna paliatywna zajmuje się osobami w stanach terminalnych, którym bardzo często towarzyszą trudne do zniesienia objawy, takie jak astenia, odleżyny, uszkodzenia skóry, wymioty, wodobrzusze, niedrożność przewodu pokarmowego, zaburzenia oddechu, krwimocz, itp. Nierzadko jednak musi ona przeciwdziałać szczególnej formie cierpienia zwanej „bólem totalnym”, który oprócz bólu fizycznego obejmuje zmagania psychiczne, objawiające się niejednokrotnie stanami depresyjnymi, w tym także myślami samobójczymi⁴⁵⁰. Tego typu doświadczenie może mieć charakter depersonalizujący, gdyż ogranicza zdolność panowania nad własnym życiem i kształtowania właściwych relacji z innymi. Zadaniem zespołu medycznego jest zatem wykorzystanie wszelkich proporcjonalnych środków, aby ten ból ograniczyć celem przywrócenia mu panowania nad sobą, aby w ten sposób „humanizować jego cierpienie”⁴⁵¹. Cechą charakterystyczną paliatywnego leczenia bólu jest działanie w taki sposób, aby nie narażać pacjenta na większe cierpienie oraz nie nakładać na niego obowiązku znoszenia bólu, duszności czy ataku paniki, nawet jeśli jego skutkiem będzie niezamierzone skrócenie życia⁴⁵².

W skład medycyny paliatywnej wchodzi opieka paliatywna i leczenie paliatywne. Określenia „opieka paliatywna” i „medycyna paliatywna” używane są często jako synonimy, choć pierwszy termin jest pojęciem szerszym w stosunku do drugiego. Medycyna paliatywna to dziedzina medycyny, która zajmuje się

⁴⁴⁸ *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia* s. 28.

⁴⁴⁹ Wśród osób podlegających opiece hospicyjno-paliatywnej oprócz chorych na nowotwory są m.in. osoby z porażeniem mózgowym, z chorobami połączeń nerwowo-mięśniowych, z przewlekłą niewydolnością oddechową i wrodzonymi wadami rozwojowymi (Por. *Wykaz jednostek chorobowych, w których są udzielane świadczenia gwarantowane w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej*. W: *Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r.* Dz.U. 2009 nr 139 poz. 1139).

⁴⁵⁰ Por. Umiastowski. *Medycyna paliatywna* s. 396.

⁴⁵¹ Por. W. Bólož. *Bioetyka i prawa człowieka*. Warszawa 2007 s. 179.

⁴⁵² Por. Brusilo. *Życie bez bólu?* s. 57; por. także J. Łuczak. *Eutanazja: perspektywa religijno-medyczno-prawna. Etyka kresu życia*. Lublin 1996 s. 17.

zaspokajaniem potrzeb medycznych chorych w stanie terminalnym⁴⁵³. Natomiast opieka paliatywna wychodzi poza ściśle rozumiane zagadnienia medyczne i podejmuje się kompleksowej troski o człowieka, która opiera się na pięciu podstawowych zasadach. Pierwsza z nich to zespolenie oddziaływań wspierających polegające na leczeniu objawów choroby, opiece psychologicznej i duchowej. Druga reguła obejmuje poszanowanie podmiotowości chorego, w tym prawa do decydowania o sobie mogącego się wyrażać chociażby w braku zgody na uporczywą terapię. Trzecia zasada dotyczy troski o rodzinę i najbliższych osoby w stanie terminalnym, którzy – w ramach czwartej reguły – zaproszeni są do konkretnego włączenia się w opiekę paliatywną. Koordynacja pracy zarówno zespołu medycznego, pacjenta, jak i jego najbliższego otoczenia, której celem byłoby jak najbardziej efektywne przeżycie przez chorego czasu umierania, jest piątą podstawową zasadą opieki paliatywnej⁴⁵⁴.

Interesujące jest świadectwo osób, które zostały wybudzone ze stanów około śmierci. Podkreślają one, że najbardziej doskwierał im brak doświadczalnej troski pomimo zapewnionej profesjonalnej opieki. To właśnie częsta rutyna, mechaniczne i bierne wykonywanie czynności medycznych oraz brak zaangażowania i współczucia, stawał się źródłem dodatkowego cierpienia dla osób, które cały czas zachowywały świadomość. Zaleca się zatem, obok koniecznej opieki paliatywnej, rozszerzanie zakresu jej działania poprzez prostą obecność i nieprzerwaną troskę, która oprócz zabiegów medycznych i pielęgnacyjnych, powinna stawać się przestrzenią doceniania i podkreślania godności umierającego człowieka⁴⁵⁵. Choć dla komfortu pacjenta najlepszym miejscem realizacji opieki hospicyjnej, oczywiście przy współudziale wykwalifikowanej kadry, jest dom rodzinny, to jednak często złożone sytuacje nie pozwalają na taką formę terapii. Z tego powodu przy wielu placówkach medycznych powstają oddziały paliatywne. Niezależnie od miejsca sprawowania opieki, to właśnie najbliżsi tworzą dla osoby umierającej idealną przestrzeń do przejścia przez ostatni etap swojego życia⁴⁵⁶. Ich brak i rodzące się poczucie samotności jest nie rzadko, oprócz odczuwanego bólu fizycznego, główną

⁴⁵³ Por. Umiastowski. *Medycyna paliatywna* s. 394.

⁴⁵⁴ Por. Brusilo. *Opieka czy troska o człowieka* s. 300-301.

⁴⁵⁵ Por. tamże s. 314.

⁴⁵⁶ Por. P. Bortkiewicz. *Tanatologia. Zarys problematyki moralnej*. Poznań 2000 s. 231; por. także J.M. Norkowski. *Człowiek umiera tylko raz. Mało znane fakty dotyczące śpiączki, stanu wegetatywnego i śmierci mózgowej*. Warszawa 2013 s. 65.

przyczyną pragnienia śmierci i pojawiających się u pacjenta myśli samobójczych. Dlatego towarzyszenie umierającemu jest nieodzowne w wyspecjalizowanym działaniu medycznym i stanowi jego integralny element. W ramach opieki nad osobą w stanie terminalnym, należy – o ile jest to możliwe – pomóc jej odnowić relacje z rodziną⁴⁵⁷.

1.3. Śmierć jako kres uporczywej terapii

Dawna medycyna zajmowała się głównie leczeniem chorych, a nie ratowaniem umierających, ostatnie jednak lata przyniosły niespotykane wcześniej sukcesy i pozwoliły uwierzyć człowiekowi, że w jakiejś mierze jest w stanie oddalić w czasie nadchodzącą śmierć. Dzięki najnowszym urządzeniom medycznym, powstaniu specjalistycznych ośrodków i zakrojonym na szeroką skalę badaniom, znacznie lepiej poznano mechanizmy towarzyszące procesowi umierania. Dynamiczny rozwój w systemie leczenia spowodował, że z biegiem lat zmianie uległy także czynniki, które w głównej mierze wpływały na śmiertelność pacjentów. Inaczej przebiega także sam proces umierania, gdyż lekarze w wielu przypadkach są w stanie skutecznie pomóc w walce z cierpieniem, a także poprawić jakość życia u jego kresu. Wraz z postępem medycyny udało się odłożyć w czasie nadejście śmierci, jednak jest ona nieuchronna i w żaden sposób nie da się jej wyeliminować⁴⁵⁸.

⁴⁵⁷ Por. M. Machinek. *Śmierć w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u kresu ludzkiego życia*. Olsztyn 2004 s. 86; por. także J. Kowalski. *Szacunek i pomoc dla człowieka bliskiego śmierci*. W: Red. K. Kaczmarczyk. *Chronić i wspomagać ludzkie życie*. Kraków 2000 s. 148-149.

⁴⁵⁸ Por. A. Siemianowski. *Śmierć i perspektywa nadziei*. Bydgoszcz 2009 s. 15-19; por. także P. Aszyk. *Współczesny dyskurs wokół śmierci*. W: *Człowiek na granicy istnienia. Dyskusje o śmierci mózgowej i innych aspektach umierania*. Red. G. Holubek, P. Duchliński. Kraków 2017 s. 156-157.

1.3.1. Problem definicji śmierci

Śmierć, mimo że towarzyszy ludzkości od początku, nadal pozostaje metafizyczną zagadką i próba zdefiniowania dokładnego momentu jej przyścia okazuje się niemożliwa⁴⁵⁹. Na przestrzeni wieków podejmowano się jednak różnych próby mających na celu opisanie jej fenomenu oraz określenia kryteriów pozwalających stwierdzić jej wystąpienie⁴⁶⁰. Mojżesz Majmonides (1135-1204 r.), obserwując ruchy konwulsyjne u skazańców z odciętą głową, doszedł do wniosku, że to właśnie zaprzestanie funkcjonowania mózgu jest podstawą do stwierdzenia czyjeś śmierci. W swych badaniach powoływał się na przykład jaszczurek porzucających swe ogony, które w pierwszej chwili nadal się poruszają, co jednak dzieje się już poza organizmem i nie ma z nim ontycznego związku; tak samo w przypadku bezgłowego ciała, w którym mogą jeszcze zachodzić skurcze mięśni. Niezależnie od tego, jak zachowują się w tym momencie poszczególne części ciała, człowiek już nie żyje⁴⁶¹. Z argumentami Majmonidesa blisko 500 lat później polemizował Francesco Redi (1626-1696 r.), który przeprowadził ciekawy eksperyment negujący jego wnioski. Dokonując badania na zwierzętach, postanowił wyciąć mózgi żółwiom, które jednak pomimo tak drastycznego zabiegu przez następne 6 miesięcy mogły się nadal poruszać. Na tej podstawie stwierdził, że zaprzestanie funkcji mózgu nie jest wystarczającym kryterium śmierci zarówno „zwierząt wyższych”, jak i człowieka⁴⁶². Podobne poglądy głosił Robert Whytt (1714-1766 r.), który jako dowód wszechobecności duszy, a co za tym idzie pozostawiania ciała przy życiu nawet po odcięciu głowy, wskazywał „świadome i odpowiednie” ruchy bezgłowych żab⁴⁶³. Odmiennego zdania był natomiast Unzer (1727-1799 r.), który tego typu reakcje organizmów – co było skutkiem słabo rozwiniętej wówczas

⁴⁵⁹ Problematyką śmierci zajmuje się tanatologia, której pionierką jest dr Elisabeth Kübler-Ross (por. J. Petry-Mroczkowska. „Prawo do godnej śmierci” czy szansa godnego umierania. „Więź” 42:1999 nr 2 s. 47).

⁴⁶⁰ Kompleksowego opracowania tematu śmierci na przestrzeni wieków dokonał Rober Roczeń (por. *Historia i idee neurocentrycznych koncepcji śmierci człowieka*. „Otwarte Referarium Filozoficzne” 3:2010 s. 6-12).

⁴⁶¹ Por. J.L. Bernat [i in.]. *On the Definition and Criterion of Death*. „Annals of Internal Medicine” 94:1981 nr 3 s. 389-394.

⁴⁶² Por. H. Haesre. *Historia medycyny*. Warszawa 1886 s. 302.

⁴⁶³ Por. *An Essay on the Vital and Other Involuntary Motions of Animals*. Londyn 1751.

anatomii – wywodził ze zjawiska drażnienia neuronów, co dokonywało się, jak zaznaczał, bez współdziałania duszy⁴⁶⁴.

Badania nad mózgiem obejmowały także poznanie jego budowy. Pierwszym, który dostrzegł znaczenie kory mózgowej dla życia człowieka, był pracujący w Petersburgu Abraham Kaau Boerhaave (1715-1758 r.)⁴⁶⁵. Pod koniec XVIII w. działał także Marie François Xavier Bichat (1771-1802 r.), który kompleksowo zajął się tematem śmierci i jako pierwszy wskazał charakterystyczne dla fazy umierania niezależne czynności zachodzące w organizmie, które wyraźnie odróżniają się od procesów życiowych⁴⁶⁶. Prace nad zdefiniowaniem śmierci i określeniem jej kryteriów nie były jedynie konsekwencją rozważań ściśle akademickich, lecz wynikały z konkretnych życiowych tragedii. John Bruhier w XVIII w. wskazał 52 przypadki, w których z powodu błędnej diagnozy, pochowano żywych ludzi⁴⁶⁷. W 1874 r. Akademia Medyczna w Paryżu ogłosiła konkurs i ufundowała nagrodę za udokumentowanie cech zaistniałego zgonu. Niejako w odpowiedzi na sformułowany wtedy postulat dr Icard wynalazł i zastosował metodę polegającą na wstrzyknięciu pacjentowi do krwioobiegu specjalnego barwnika. Zmiana koloru skóry pacjenta świadczyła o tym, że krążenie jeszcze nie ustało, a człowiek nadal żyje⁴⁶⁸.

Ten okres to także rozwój badań nad elektrostymulacją, sztuczną wentylacją, a także wypracowanie pierwszych metod resuscytacji. „Przywracanie życia” w momencie, gdy stwierdzano śmierć, zgodnie z powszechnie przyjętymi wtedy zasadami, burzyło dotychczasową wizję funkcjonowania ludzkiego organizmu. Coraz częściej pojawiały się poglądy mówiące o tym, że życie człowieka nie jest zależne tylko od jednego narządu, a zachodzące w nim procesy to wynik działania powiązanych ze sobą organów⁴⁶⁹. Podejmowane przez licznych naukowców badania nad elektryczną aktywnością mózgu doprowadziły do powstania

⁴⁶⁴ Por. Haesre. *Historia medycyny* s. 480-482.

⁴⁶⁵ Por. tamże.

⁴⁶⁶ Bichat zaznaczał wyraźnie, że rozróżnić można „wegetatywne czynności życiowe, które ustały dokładnie w chwili śmierci mózgu i organiczne czynności życiowe, które trwają jeszcze przez jakiś czas” (cyt. za N.L. Tilney. *Przeszczep. Od mitów do rzeczywistości*. Warszawa 2005).

⁴⁶⁷ Por. A. Ostrowska. *Śmierć w doświadczeniu jednostki społeczeństwa*. Warszawa 1997 s. 62.

⁴⁶⁸ Por. W. Bołoz. *Historyczne i współczesne postawy wobec śmierci*. „*Studia Ecologiae et Bioethicae*” 3:2005 s. 174-175.

⁴⁶⁹ Por. Roczeń. *Historia i idee* s. 8.

defibrylatora, respiratora oraz (nieco później) encefalografu⁴⁷⁰. Te wynalazki zaowocowały dyskusją nad koniecznością wypracowania nowej definicji śmierci. Przez szereg lat, gdy chciano ją stwierdzić, opierano się przede wszystkim na zewnętrznych objawach związanych z ustaniem podstawowych funkcji organizmu. Lekarz orzekał śmierć pacjenta, gdy stwierdzał u niego brak oddechu i zaprzestanie akcji serca. Amerykańskie prawodawstwo definiowało ją wtedy jako „zatrzymanie krążenia krwi, oraz związane z tym ustanie funkcji życiowych, takich jak oddychanie, bicie serca”⁴⁷¹. Co więcej podkreślano wówczas, w przeciwieństwie do dzisiejszego stanu wiedzy, że śmierć następuje w „ściśle określonym momencie”, a nie jest to proces⁴⁷².

Pierre Mollaret i Mourice Goulon na podstawie własnych badań opracowali w 1959 r. kryteria, które z czasem posłużyły do powstania definicji „śmierci mózgowej”. Opisywany przez nich stan nazwali *coma dépassé*, czyli „śpiączką przetrwałą”, który choć de facto oznaczał śmierć, nie został wtedy tak jeszcze przez nich nazwany. Rok później Nils Lundberg wykazał istnienie tego, co później nazwano śmiercią mózgową. Wiązało się to z brakiem przepływu krwi przez tkankę mózgową, co skutkowało ustaniem jej metabolizmu⁴⁷³. Badania te stały się pośrednią przyczyną ożywionej dyskusji wśród nie tylko neurofizjologów i neurologów, ale także lekarzy innych specjalizacji, a nawet prawników.

Wraz z dynamicznym rozwojem medycyny, który nastąpił od połowy XX w., zauważono, że funkcjonujące definicje nie uwzględniają wszystkich występujących w medycynie przypadków⁴⁷⁴. Zrodziło to konieczność ponownego opracowania zagadnienia śmierci człowieka. Dodatkowym czynnikiem wpływającym na

⁴⁷⁰ Choć mózg zaczęto badać za pomocą elektroencefalografu dopiero od 1924 r., to pierwszych doświadczeń w tej dziedzinie już wcześniej dokonali: Richard Canton w Anglii w 1875 r., Adolf Beck na terenie obecnej Polski w 1890 r. i Władimir Prawdycz-Neminski w Rosji w 1912 r. (por. J. Wróbel. *Dyskusja wokół problemu śmierci mózgowej człowieka – dawcy organów. Między biologią, biomedycyną i filozofią*. „Roczniki Teologii Moralnej” 3:2011 s. 155).

⁴⁷¹ *Black's Law Dictionary*. Saint Paul 1951 s. 488.

⁴⁷² Por. tamże.

⁴⁷³ Por. Roczeń. *Historia i idee* s. 9.

⁴⁷⁴ Zdarzały się sytuacje, w których krew przez wiele dni krążyła jeszcze w organizmie człowieka (dzięki sztucznej wentylacji), lecz po przeprowadzonej sekcji zwłok stwierdzano daleko posuniętą martwicę tkanki mózgowej. Niekiedy również pacjent zachował naturalną funkcję samodzielnego oddychania, lecz stwierdzano utratę świadomości i naturalnych odruchów, za które odpowiada pień mózgu (por. Norkowski. *Medycyna na krawędzi* s. 175).

wypracowanie pojęcia „śmierci mózgowej”, którą w 1966 r. Fred Plum i Jerome Posner powiązali z uszkodzeniem pnia mózgu⁴⁷⁵, były liczne kontrowersje towarzyszące pobieraniu organów od osób uznanych przez lekarza transplantologa za zmarłych. 12 grudnia 1967 r. Henry Beecher, analizując pierwszą w historii operację przeszczepienia serca pobranego od zmarłego dawcy (Chrystian Barnard dokonał tego 2 grudnia 1967 r.), wskazał trzy warunki, których wystąpienie oznaczało śmierć, co w konsekwencji dopuszczało zabieg transplantologii. Po pierwsze, śmierć to moment, w którym bezspornie ustalono, że nastąpiło nieodwracalne zniszczenie tkanki mózgowej, bez możliwości odzyskania świadomości. Po drugie, śmierć to moment, w którym nie można przywrócić naturalnego bicia serca. Po trzecie, należy stwierdzić śmierć mózgu zgodnie z zapisem EEG⁴⁷⁶.

Na prośbę Beechera, który był dziekanem Harvardzkiej Szkoły Medycznej, w 1968 r. opublikowano tak zwane kryteria harwardzkie opisujące *irreversible coma* zwane „nieodwracalną śpiączką”⁴⁷⁷. Powołana przez niego specjalna komisja, poza dotychczasową obserwacją krążeniowo-oddechową, za istotny czynnik określający śmierć człowieka uznała brak jakichkolwiek uchwytnych czynności mózgu⁴⁷⁸. To, co z pozoru wydawało się mało znaczącą inicjatywą, odbiło się szerokim echem w świecie i z czasem na ich podstawie stworzono nowe kryteria pozwalające

⁴⁷⁵ Plum i Posner używali terminu *locked in syndrome*, który opisywał sytuację, gdy pacjent doświadczył czterokończynowego porażenia i anartii spowodowanej przerwaniem dróg korowo-rdzeniowych i korowo-opuszkowych (por. Roczeń. *Historia i idee* s. 9).

⁴⁷⁶ Por. A. Toynbee. *Człowiek wobec śmierci*. Warszawa 1973 s. 35; por. także Roczeń. *Historia i idee* s. 9.

⁴⁷⁷ Problem definicji „nieodwracalnej śpiączki” podzielił środowisko lekarskie. Zdaje się, że sam Beecher nie miał jeszcze wtedy wypracowanej całościowej koncepcji związanej z omawianym zagadnieniem. Niejednoznaczny tytuł dokumentu mówiący z jednej strony o nieodwracalnej śpiączce (*irreversible coma*), a z drugiej o śmierci mózgu (*brain death*) dodatkowo potęgował zamieszanie. Samo stwierdzenie nieodwracalnej śpiączki było jedynie swego rodzaju prognozą śmierci, ale nie jej wystąpieniem, co jest dopiero konsekwencją pewnych działań, jak choćby odłączenia respiratora (por. Ad Hoc Committee. *A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*. „Journal of American Medical Association” 1968 t. 205 nr 6 s. 85-88). Problem harwardzkiej definicji kompleksowo podejmuje T. Biesaga (por. *Reinterpretować czy porzucić harwardzką definicję śmierci*. W: *Człowiek na granicy istnienia. Dyskusje o śmierci mózgowej i innych aspektach umierania*. Red. G. Hołub, P. Duchliński. Kraków 2017 s. 85-104).

⁴⁷⁸ Kryteria wskazane przez komisję to: „trwały bezdech, brak reakcji na zewnętrzne bodźce, a także badanie EEG wykazujące zanik wszelkiej aktywności całego mózgu” (por. Wróbel. *Dyskusja wokół problemu śmierci mózgowej* s. 155-156; por. także Wójcik. *Śmierć mózgowa* s. 584-585).

stwierdzić śmierć człowieka. Opierały się one na trwającej dobie obserwacji, w czasie której stwierdzano brak percepcji, reakcji układu nerwowego, jakichkolwiek odruchów (tak czaszkowych, jak i rdzeniowych), zanik spontanicznych ruchów (przy co najmniej godzinnym badaniu), trwający przynajmniej trzy minuty bezdech oraz płaski wynik badania elektroencefalogramem⁴⁷⁹. W tym samym roku Światowe Stowarzyszenie Lekarzy przyjęło *Deklarację z Sydney*, w której w miejsce dotychczas stosowanego określenia „śmierć na skutek ustania czynności serca” użyto stwierdzenia „śmierć mózgowa”. Było to spowodowane rozwojem badań nad transplantacją organów i koniecznością ustalenia jasnych medycznych kryteriów związanych ze stosowaniem przeszczepów⁴⁸⁰.

W 1971 r. A. Mahandas i S.N. Chou wprowadzili nową definicję śmierci mózgowej, która związana jest ze śmiercią pnia mózgu. Stosowane przez nich określenie znalazło uznanie w środowisku medycznym, a nieodwracalne uszkodzenie pnia mózgu przyjęto za wystarczające kryterium, które pozwalało na zaprzestanie wszelkich działań reanimacyjnych⁴⁸¹. Na uwagę zasługuje także wypracowana w 1981 r. przez Prezydencką Komisję ds. Studiów Problemów Etycznych w Medycynie definicja śmierci⁴⁸². We wstępie odrzuciła ona harwardzkie rozumienie śmierci utożsamiane z nieodwracalną śpiączką, zaznaczając, że śpiączka ze swej natury przynależy żywej osobie. Ponadto podkreślano, że śmierć mózgu związana jest z obumarciem całego organu, a nie tylko jego poszczególnych części (np. półkul czy pnia), o czym dobitnie świadczy zawarte w raporcie zdanie mówiące o śmierci jako o dezintegracji organizmu jako całości⁴⁸³. Przeszło ćwierć wieku później w 2008 r. Prezydencka Rada Bioetyczna USA odnosząc się do wcześniejszych definicji, zawarła własne wyjaśnienie omawianego terminu.

⁴⁷⁹ Por. J. Pawlikowski. *Śmierć człowieka z perspektywy biologiczno-medycznej w kontekście dyskusji wokół kryteriów śmierci mózgu*. W: *Człowiek na granicy istnienia. Dyskusje o śmierci mózgowej i innych aspektach umierania*. Red. G. Hołub, P. Duchliński. Kraków 2017 s. 41.

⁴⁸⁰ Por. Dunn. *Etyka dla lekarzy* s. 48-49.

⁴⁸¹ Z czasem kryterium śmierci pnia mózgu okazało się także niewystarczające, gdyż – jak się okazało – nie zawsze oznacza ono śmierć całego mózgu (por. Wróbel. *Dyskusja wokół problemu śmierci mózgowej* s. 156).

⁴⁸² Pełna nazwa komisji i dokumentu brzmią: Raport Prezydenckiej Komisji ds. Studiów Problemów Etycznych w Medycynie i w Badaniach Biomedycznych i Behawioralnych – *Definiując śmierć: medyczne, prawne i etyczne zagadnienia w ustalaniu śmierci*.

⁴⁸³ Por. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Defining Death: A Report on the Medical, Legal and Ethical Issues in the Determination of Death*. Waszyngton 1981 s. 32.

W miejsce „śmierci całego mózgu” wprowadzono określenie „całkowita niewydolność mózgu”, a samą śmierć zdefiniowano jako „ustanie fundamentalnych, żywotnych, samozachowawczych działań żywego organizmu”⁴⁸⁴.

Jak można zauważyć, definicja śmierci związana z funkcją mózgu przechodziła na przestrzeni lat ewolucję. To, co pierwotnie nazywano „nieodwracalną śpiączką” zaczęto rozumieć jako nieodwracalne ustanie funkcji całego mózgu człowieka lub jego poszczególnych części, takich jak np. pień mózgu⁴⁸⁵. Również w Polsce definicja śmierci człowieka przechodziła konkretne przeobrażenia. Po raz pierwszy tym tematem zajęto się w 1976 r., kiedy opublikowano raport Komisji Medycyny Sądowej Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej, gdzie wprost odwołano się do koncepcji śmierci mózgowej. To samo ministerstwo w 1984 r. opublikowało pierwsze wytyczne związane z kryteriami pozwalającymi określić zgon człowieka⁴⁸⁶. Dziś natomiast obowiązuje *Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 17 lipca 2007 r.*, które jasno precyzuje sposoby stwierdzania nieodwracalnego ustania czynności mózgu⁴⁸⁷.

1.3.2. Śmierć z perspektywy medycznej

Pojęcie śmierci we współczesnym świecie nie jest czymś jednoznacznym. Wiąże się z nim wiele sposobów wyjaśnień i zawiłych definicji. Medycyna z racji przedmiotu związanego z jej kompetencjami, może jedynie opisać jej fenomen, lecz nie może zajmować się nią jako taką. Jest ona bowiem nauką bazującą na poznaniu

⁴⁸⁴ President's Council on Bioethics. *Controversies in the Determination of Death: A White Paper of the President's Council on Bioethics*. Waszyngton 2008 s. 60; por. także Biesaga. *Reinterpretować czy porzucić* s. 95-103.

⁴⁸⁵ Por. W. Iwańczuk. *Harwardzkie kryteria śmierci mózgu*. „Anestezjologia i Ratownictwo” 2:2008 z. 3 s. 265-273.

⁴⁸⁶ *Komunikat w sprawie wytycznych Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii i medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu*. Dz.U. 1984 nr 6 poz. 38.

⁴⁸⁷ Najbardziej ogólna definicja śmierci zawarta w tym dokumencie brzmi: „Śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. Powoduje to dezintegrację ustroju jako całości funkcjonalnej i kolejne, trwałe wypadanie poszczególnych funkcji w różnej sekwencji czasowej. Zatem niektóre funkcje ustroju lub ich części mogą utrzymywać się przez pewien czas w oderwaniu od innych, wcześniej obumarłych” (*Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu*. „Monitor Polski” 2007 nr 46 poz. 547; por. także Norkowski. *Medycyna na krawędzi* s. 190-199).

empirycznym, a w przypadku śmierci jest nim jedynie to, co jest wynikiem badań i obserwacji, które pomijają jednak – fundamentalną dla samego pojęcia – sferę metafizyczną i ponadnaturalną⁴⁸⁸. Z medycznego punktu widzenia, śmierć jest procesem pewnych biologicznych zmian, które zachodzą w ludzkim organizmie. Stąd można w niej wyróżnić co najmniej kilka etapów, a mianowicie agonię, śmierć kliniczną, śmierć osobniczą i śmierć biologiczną. Pierwszy z nich (agonia zwana jest też letargiem) wiąże się z zamieraniem życia, czyli stopniowym osłabieniem i zanikaniem podstawowych funkcji organizmu (m.in. oddychanie i praca serca). Śmierć kliniczna (inaczej śmierć pozorna) trwająca około 3-4 minut wiąże się z takimi zjawiskami, jak utrata przytomności, zanik krążenia, ustanie oddychania, bladość, zwiotczenie, brak odruchów i rozszerzenie źrenic. Po niej (w 6-7 minucie) następuje śmierć osobnicza, czyli nieodwracalne uszkodzenie mózgu i ustanie jego czynności. Proces ten sam w sobie jest skomplikowany i ma kilka etapów, o czym mowa będzie w dalszej części pracy. Ostatnim etapem umierania jest śmierć biologiczna (nazywana również śmiercią definitywną), która wiąże się z obumieraniem poszczególnych tkanek i komórek, co ostatecznie prowadzi do ustania pracy całego organizmu⁴⁸⁹.

Brak oddechu oraz zatrzymanie akcji serca były przez wieki wystarczającymi objawami pozwalającymi stwierdzić śmierci człowieka. Jednak to, co kiedyś wydawało się stanem nieodwracalnym, dla współczesnej medycyny stało się tylko jednym z wyzwań przed nią stawianych, z którymi musi się zmierzyć. Najnowsze technologie związane z intensywną terapią, udoskonalanie technik reanimacji oraz transplantologii, a także powstanie urządzeń pozwalających zastąpić pracę serca oraz płuc, wymusiły opracowanie nowych kryteriów pozwalających stwierdzić śmierć pacjenta. Medycyna zajęła się zatem zarówno rewizją, jak i ponownym zdefiniowaniem poszczególnych etapów związanych z procesem umierania. W wyniku tych działań wyróżniono między innymi takie zdarzenia, jak śmierć kliniczna, śmierć mózgu, a także apoptoza, czyli śmierć poszczególnych komórek organizmu⁴⁹⁰. Pomimo znacznego rozwoju badań, nadal pozostaje wiele

⁴⁸⁸ Por. Pala. *Śmierć na miarę człowieka*. s. 17-19.

⁴⁸⁹ Por. Wróbel. *Człowiek i medycyna* s. 89-91; por. także Pawlikowski. *Śmierć człowieka* s. 25-28; A. Pala. *Zjawisko śmierci – zmora medycyny*. „Semina Scientiarum” 13:2014 s. 120.

⁴⁹⁰ Por. Suchorzewska. *Trudne decyzje* s. 59-60. W literaturze przedmiotu wymienia się także inne rodzaje śmierci, takie jak: śmierć pozorna (zwana inaczej letargiem), śmierć

niewiadomych związanych ze stanami przedagonalnymi, agonalnymi i postagonalnymi⁴⁹¹.

Śmierć człowieka można stwierdzić na podstawie obserwacji związanych z ustaniem funkcji życiowych organizmu, czego dokonuje się w zależności od występujących okoliczności. Inaczej podchodzi się do badania w przypadku śmierci, która nastąpiła przed paroma godzinami, czy nawet dniami, gdy zachodzące w zwłokach procesy biologiczne jednoznacznie wskazują na zgon, a inaczej, gdy proces ten dopiero się rozpoczął. W Polsce nadal obowiązuje *rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r.* oraz doprecyzowująca je późniejsza *Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, które dość precyzyjnie określają zasady obowiązujące w takich przypadkach⁴⁹². Gdy śmierć następuje poza szpitalem, to osobą, która zgodnie z prawem ma obowiązek wystawić kartę zgonu, jest lekarz, który jako ostatni leczył zmarłego (dotyczy to ostatnich 30 dni). To on dokonuje oględzin zwłok, ustala ich tożsamość i przeprowadza wywiad z najbliższą rodziną. W tej roli najczęściej występuje lekarz rodzinny lub inny medyk wskazany przez władze powiatu. Gdy do osoby zmarłej zostało wezwane pogotowie ratunkowe, to lekarz pogotowia może stwierdzić śmierć i wystawić kartę zgonu. Nie jest on jednak do tego zobligowany, gdy na miejscu nie podejmował akcji resuscytacji⁴⁹³. Na podstawie wspomnianego rozporządzenia z 1961 r. zgon może stwierdzić także felczer i pielęgniarka, a w przypadku noworodków także położna, ale tylko wtedy, gdy przypuszcza się, że śmierć

biologiczna (oznaczająca nieodwracalne ustanie funkcji życiowych) oraz śmierć osobnicza (związana ze stwierdzeniem zgonu danej osoby). Ze względu na okoliczność jej wystąpienia mówi się o śmierci nagłej lub powolnej; przyczyny natomiast dzielą ją na naturalną lub spowodowaną czynnikami wewnętrznymi lub zewnętrznymi (por. Pawlikowski. *Śmierć człowieka* s. 25).

⁴⁹¹ Por. Aszyk. *Współczesny dyskurs* s. 156-157.

⁴⁹² Por. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzania zgonu i jego przyczyny*. Dz.U. 1961 nr 39 poz. 201 i 202 oraz *Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r.* poz. 464.

⁴⁹³ Sprawę kompetencji poszczególnych lekarzy szczegółowo wyjaśnia ustawa: „1. Lekarz może stwierdzić zgon na podstawie osobiście wykonanych badań i ustaleń; 2. W uzasadnionych przypadkach lekarz, z wyłączeniem lekarza dentysty, może uzależnić wystawienie karty zgonu od przeprowadzenia sekcji zwłok; 3. Lekarz, z wyłączeniem lekarza dentysty, może wystawić kartę zgonu na podstawie dokumentacji badania pośmiertnego przeprowadzonego przez innego lekarza lub inną uprawnioną osobę, a także na podstawie dokumentacji stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów” (*Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r.* poz. 464 art. 43).

nastąpiła przed co najmniej 12 godzinami⁴⁹⁴. W przypadku osób znajdujących się na oddziale szpitalnym, ale wobec których nie stosowano żadnych zabiegów podtrzymujących życie, śmierć stwierdza lekarz prowadzący lub pod jego nieobecność lekarz dyżurny. W opisanych sytuacjach stosuje się tak zwane tradycyjne kryteria stwierdzenia śmierci, które opierają się głównie na obserwacji zewnętrznych objawów świadczących o jej wystąpieniu. Wśród nich należy wymienić takie, jak brak świadomości, zanik oddechu, brak tętna oraz tonów serca (w tym przypadku badanie musi trwać ponad 2 minuty), rozszerzone źrenice niereagujące na światło, które są konsekwencją ustania krążenia i funkcji ośrodkowego układu oddechowego. Obok tych objawów pojawiają się pośmiertne zmiany na ciele człowieka, takie jak plamy opadowe, stężenie pośmiertne (określane jako pewne znamiona śmierci), bladość, wysuszenie i oziębienie (zwane znamionami prawdopodobnymi). W sytuacji, gdy lekarz podjął reanimację, tradycyjne kryteria uzupełnia się najczęściej o badanie EKG oraz stosuje się dodatkowe bodźce (np. uciskanie gałek ocznych). Kartę zgonu można wystawić dopiero wtedy, gdy uzyska się pewność, że śmierć rzeczywiście nastąpiła, zawsze jednak trzeba zachować odpowiednią przestrzeń czasową przed przekazaniem ciała do kostnicy i przed pogrzebem. Gdy sytuacja miała miejsce w szpitalu, zwłoki należy przez co najmniej 2 godziny przechowywać w specjalnym przeznaczonym do tego pomieszczeniu. Pogrzeb nie może się ponadto odbyć przed upływem doby od stwierdzenia śmierci (wyjątkiem jest ryzyko epidemii spowodowanej chorobami zakaźnymi)⁴⁹⁵.

Innych kryteriów używa się dla określenia śmierci osoby w przypadku, gdy jej organy planuje się wykorzystać do transplantacji. W takiej sytuacji prawo zezwala na stwierdzenie zgonu na podstawie tak zwanego kryterium krążeniowego, nawet przed wystąpieniem tak zwanych pewnych znamion śmierci (m.in. plamy opadowe, stężenie pośmiertne i oziębienie pośmiertne)⁴⁹⁶. Transplantacji organu od osoby

⁴⁹⁴ *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. poz. 201 i 202*; por. także Pawlikowski. *Śmierć człowieka* s. 35.

⁴⁹⁵ Istnieje też górna granica przetrzymywania ciała zmarłego w domu, gdyż trzeba je pochować lub przekazać do kostnicy przed upływem 72 godzin (por. Pawlikowski. *Śmierć człowieka* s. 34-37; por. także K. Szuldrzyński, M. Jankowski. *Zgon – aspekty medyczne i prawne*. „Medycyna Praktyczna” 2009 nr 9 s. 178-182).

⁴⁹⁶ Plamy opadowe powstają w wyniku zatrzymania krążenia krwi w organizmie oraz na skutek działania grawitacji. Krew zaczyna zalegać w naczyniach znajdujących się w najniższych częściach ciała tworząc plamy o zabarwieniu fioletowo-sinawym.

uznanej za zmarłą można dokonać tylko wtedy, gdy resuscytacja krążeniowo-oddechowa zakończyła się niepowodzeniem (lub jej zaniechano w wyniku badania EKG), dodatkowo występuje asystolia lub rozkojarzenie elektromechaniczne trwające przynajmniej 20 minut (w przypadku dzieci do dwóch lat ten czas wydłuża się do 45 minut), a także stwierdzono w badaniu palpacyjnym brak spontanicznej fali tętna na tętnicach szyjnych lub udowych. Ponadto należy stwierdzić nieobecność odruchów pionowych i brak czynności oddechowej. Lekarz przeprowadzający badanie musi opierać się na opinii dwóch dodatkowych lekarzy, jeśli nie jest jednym z następujących specjalistów: anestezyjologii i intensywnej terapii, kardiologii, kardiologii dziecięcej, medycyny ratunkowej lub chorób wewnętrznych. Gdy spełnia to kryterium, wtedy wystarczy opinia tylko jednego dodatkowego lekarza⁴⁹⁷.

Wspomniane objawy świadczą o wystąpieniu kryterium uznawanego przez większość środowisk medycznych i etycznych⁴⁹⁸, jakim jest śmierć całego mózgu.

W przypadku małżowiny usznej zjawisko to pojawia się po ok. 30 minutach, a w całym ciele na przestrzeni 2-4 godzin. Stężenie pośmiertne wiąże się z usztywnieniem i skróceniem mięśni gładkich i prążkowanych. Zjawisko to jest spowodowane licznymi zmianami zachodzącymi w organizmie i trwa przez ok. 3 do 4 dni od śmierci. Oziębienie pośmiertne występujące po ok. 1-2 godzinach wiąże się ze spadkiem temperatury ciała i jego wysychaniem będącym konsekwencją procesu parowania ciała (por. Pala. *Śmierć na miarę człowieka* s.17-53; por. także D. Morończyk. „Do not resuscitate”, czyli kiedy można odstąpić od reanimacji? Kraków 2011 s. 11-13).

⁴⁹⁷ Por. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. poz. 1411 oraz Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia. „Monitor Polski” 2010 nr 59 poz. 784; por. także Pawlikowski. *Śmierć człowieka* s. 37-39. W Polsce obowiązuje także Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 17 lipca 2007 r., w którym określone są kryteria i sposoby stwierdzania ustania funkcji mózgu pozwalające na rozpoznanie śmierci pacjenta (por. poz. 547).

⁴⁹⁸ Śmierć mózgowa nie jest kryterium najdoskonalszym, o czym świadczy m.in. różnorakie podejście do jej oceny w poszczególnych krajach świata. Bogusław Wójcik jako przykład podaje wiele krajów europejskich, które kryterium opierają wyłącznie na śmierci pnia mózgu, a nie jak w przypadku USA całego mózgu. Istnieją również kraje, które nadal nie przyjęły żadnych regulacji prawnych w tej kwestii lub takie, które zrobiły to całkiem niedawno, jak Japonia w 1997 r. lub Chiny w 2003 r. (por. *Śmierć mózgowa* s. 584-585). Śmierć mózgowa jest jednak jedynym obecnie funkcjonującym kryterium, które jest akceptowalne przez Magisterium Kościoła. Już Pius XII w 1957 r. wyraźnie stwierdził, że określenie momentu śmierci nie leży w gestii nauczania Kościoła, a pytanie o właściwe kryterium „pozostaje otwarte” i zależne od postępu badań medycznych (por. *Problemi religiosi e morali dell’analgesia*. Przemówienie do lekarzy Instytutu G. Mendla [24 XI 1957]. AAS 49:1957 s. 1033). Także późniejsze wypowiedzi Magisterium Kościoła potwierdzają to stanowisko (por. Jan Paweł II. *Poszukiwania naukowe muszą szanować godność każdej osoby ludzkiej*. Przemówienie do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego [29 VIII 2000]. W: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. T. 2. Red. J. Brusilo. Tarnów 2012 s. 259-263 oraz Papieska Akademia Nauk.

Choć śmierć organizmu występuje w podobnym czasie, co śmierć mózgu, to jednak nie jest tym samym zjawiskiem, gdyż mózg pomimo że jest organem naczelnym w stosunku do reszty ciała, to cały czas tylko jednym z jego organów. Dobitnie świadczy o tym fragment cytowanego już *Obwieszczenia*, w którym zaznaczono, że „śmierć pnia mózgu prowadzi w krótkim czasie do śmierci całego organizmu”⁴⁹⁹. Jak zatem wygląda to z medycznego punktu?

Wyróżnia się kilka rodzajów śmierci mózgu, z których najważniejszymi są: śmierć mózgu wyższego, śmierć pnia mózgu, śmierć całego mózgu. Pierwsze zjawisko związane jest z ustaniem funkcji półkul mózgowych, które odpowiadają za zdolności świadomości i świadomego pojmowania rzeczywistości przez człowieka. W myśl zwolenników (m.in. Lockwood, R. Veatch, J. Mc Mahan) teorii, w której śmierci człowieka związana jest z uszkodzeniem kory mózgowej i zaprzestaniem wyższych funkcji mózgu, to życie osobowe jest kwalifikatorem ludzkiego życia, a jego ustanie oznacza definitywną śmierć. W momencie, gdy człowiek pozbawiony jest swoich zdolności psychicznych, pojmowania przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, a przede wszystkim podmiotowego działania, pozostaje jedynie ciałem, w którym nie ma już człowieczeństwa⁵⁰⁰.

Takie jednoznaczne podejście łagodzą jednak D. Wikler i M.B. Green, którzy nie tyle w samej utracie świadomości i zdolności podmiotowego działania upatrują podstaw wystąpienia zjawiska śmierci, co w biologicznie rozumianym uszkodzeniu struktur neuronalnych mózgu, będących ich podłożem. Założenie to jest istotne, gdyż – przynajmniej teoretycznie – póki istnieje jakikolwiek przejaw aktywności półkul mózgowych człowieka, nie można uznać go za zmarłego⁵⁰¹. Zwolennicy tej teorii postulują, aby uznać śmierć mózgu wyższego za przejaw śmierci osobniczej, co jednak rodzi wiele problemów natury etycznej. Jest ono niedoskonałe przede wszystkim z perspektywy biologicznej wizji człowieka, gdyż zaprzestanie pracy sfer

Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci. Rzym 1985. W: Red. K. Szczygieł. *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. T. 1. Tarnów 1998 s. 453-454; por. także Wróbel. *Dyskusja wokół problemu śmierci mózgowej* s. 153-178).

⁴⁹⁹ *Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r.* poz. 547.

⁵⁰⁰ Por. Roczeń. *Historia i idee* s. 15.

⁵⁰¹ Por. I. Ziemiński. *Zagadnienie śmierci w filozofii analitycznej*. Lublin 1999 s. 106-107.

wyższych półkul mózgowych nie oznacza ustania działania organizmu, który w obliczu tego zjawiska nadal funkcjonuje względnie poprawnie.

Elementem mózgu, którego zanik pracy jest tożsamy z dezintegracją całego organizmu, a co za tym idzie zaprzestaniem funkcjonowania podstawowych jego komponentów, jest pień mózgu. Jest on odpowiedzialny za przekazywanie do wszystkich organów bodźców eferentnych i pozbawia półkule mózgowe bodźców aferentnych. Należałoby zatem stwierdzić, że śmierć pnia mózgu tożsama jest ze śmiercią biologiczną człowieka, a co za tym idzie z jego śmiercią jako osoby⁵⁰². Jak jednak zaznacza P. Jeffery i K.G. Gerwais, o czym była już mowa we wspomnianym *Obwieszczeniu* Ministra Zdrowia, śmierć pnia mózgu jest dopiero początkiem śmierci biologicznej organizmu, wraz z szeregiem dalszych procesów, które doprowadzają do ostatecznego ustania wszelkich funkcji życiowych ludzkiego ciała. Jest to zatem orzekanie *a priori*, a nie *post hoc*, gdyż faktycznie dotyczy biologicznego obumarcia całego organizmu, które dopiero nastąpi i choć jest nieodwołalne i pewne, to *de facto* jeszcze go nie ma⁵⁰³.

Koncepcja śmierci całego mózgu łączy w sobie idee śmierci mózgu wyższego oraz jego pnia. Jest on fundamentem funkcjonowania zarówno życia psychicznego człowieka, jak i – z biologicznego punktu widzenia – centralnym narządem integrującym cały organizm. Zaprzestanie jego działania, a tym samym zanik pracy półkul mózgowych i przekazywania bodźców przez pień, wiąże się ze śmiercią całego człowieka w osobowym i biologicznym sensie⁵⁰⁴.

Dla jasności omawianej problematyki należy wyjaśnić podstawowe zasady funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego człowieka, który odpowiada za prawidłowe funkcjonowanie całego organizmu. Składa się on z mózgowia i rdzenia kręgowego, które są połączone i funkcjonują jako jedna całość. Mózgowie natomiast zawiera w sobie dwa podstawowe elementy, takie jak mózg i pień mózgu. Pień mózgu składa się ponad to z rdzenia przedłużonego, podwzgórza i przysadki. Każdy z tych elementów odpowiada za inne funkcje organizmu, które są fundamentalne

⁵⁰² Por. Roczeń. *Historia i idee* s. 16.

⁵⁰³ Por. Ziemiński. *Zagadnienie śmierci* s. 122-124; por. także P. Troszkiewicz. *W poszukiwaniu definicji śmierci*. „*Studia Philosophiae Christianae*” 31:1995 z. 2. s. 132-135.

⁵⁰⁴ Por. Roczeń. *Historia i idee* s. 16; por. także K. Szewczyk. *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*. Warszawa 2009 s. 136-138.

dla jego pracy. W rdzeniu przedłużonym znajdują się ośrodki odpowiedzialne za oddychanie, funkcje odruchowe, prawidłowe ciśnienie krwi (ośrodek naczynioruchowy), serce, ssanie, żucie, połykanie, wydzielanie potu oraz napięcia mięśni (odpowiadają za nie pozapiramidowe drogi nerwowe). Podwzgórze i przysadkę natomiast kontrolują funkcję endokrynną mózgowia, takie jak wytwarzanie hormonu wzrostu i kortykotropowego oraz wazopresyny⁵⁰⁵. Ministerstwo Zdrowia zaleca przeprowadzenie odpowiedniego badania mózgu⁵⁰⁶, które pomija jednak niektóre z istotnych funkcji pnia mózgu. Nie uwzględnia się m.in. ośrodków: naczynioruchowego, termoregulacji, sercowego, a także obszarów endokrynnych podwzgórza i przysadki oraz pomija się towarzyszące im objawy, takiej jak spadek temperatury ciała, moczówkę, wiotkość mięśni oraz hipotonię i zanik akcji serca⁵⁰⁷. Zasadna jest zatem opinia, że w chwili stwierdzenia śmierci mózgu, mowa jest tylko o jego fragmentach, gdyż cały nie jest jeszcze martwy.

Zdaniem niektórych autorów pominięcie pewnych kryteriów śmierci, to znaczy płam opadowych i stężenia pośmiertnego, w sytuacji, gdy konieczność przeprowadzenia zabiegu transplantacji wymusza szybkie działanie, rodzi możliwości nadużyć i niepewności działania. W niektórych przypadkach stwierdzenia śmierci mózgu nie wystąpiły jeszcze nawet prawdopodobne objawy śmierci, co dodatkowo rodzi zrozumiałe napięcia i wątpliwości ze strony między innymi rodziny pacjenta. Próba zmierzenia się z oskarżeniami o subiektywizm w podejmowaniu decyzji przez lekarza jest zastrzanie procedur badawczych i poszerzanie gremium medyków, którzy kolegiąlnie decydują o odłączeniu od aparatury podtrzymującej życie. Mimo to w środowisku medycznym co jakiś czas pojawiają się głosy, które podważają zasadność przyjętego kryterium⁵⁰⁸. Jacek

⁵⁰⁵ Por. Wróbel. *Dyskusja wokół problemu śmierci mózgowej człowieka* s. 153-178; por. także Pawlikowski. *Śmierć człowieka* s. 51-52.

⁵⁰⁶ Por. m.in. *Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r.* poz. 547.

⁵⁰⁷ Por. Pawlikowski. *Śmierć człowieka* s. 51-55. Autor podaje ponadto inne, wynikające z fizjologii zastrzeżenia: utrata spontanicznego oddechu oraz zanik odruchów pionowych nie zawsze oznacza śmierć mózgu, ale niekiedy tylko jego uszkodzenie. Poza tym sugerowana procedura próby bezdechu nie daje stu procentowej pewności.

⁵⁰⁸ A. Shewmon dowodził, opierając się na analizie dokumentacji medycznej z lat 1966-1997, że odnalazł 161 przypadków, w których pomimo spełnienia przez pacjentów kryteriów śmierci mózgowej, przeżywali oni jeszcze przez jakiś czas (od tygodnia do nawet 14 lat). (por. D.A. Shewmon. *Chronic 'Brain Death': Meta-Analysis and Conceptual Consequences*. „Neurology” 51:2001 z. 6 s. 1538-1545). Trudno jednak stwierdzić, na ile jest to wynik wadliwych kryteriów, a na ile błędnego rozpoznania przez zespół medyczny. Faktem jest, że na przestrzeni 1995-2010 r. w anglojęzycznej literaturze nie udokumentowano żadnego

Norkowski opisuje szereg przykładów praktykujących klinicystów, którzy podważają zasadność usankcjonowanego prawnie kryterium śmierci mózgowej⁵⁰⁹. W opinii części krytyków, wprowadzone zasady mają na celu przede wszystkim ułatwić rozwój transplantologii, która domaga się, aby pobierane narządy były w jak najlepszym stanie. Ich zdaniem stosowanie kryterium śmierci mózgowej niesie też ze sobą ryzyko błędnego rozpoznania. Jako przykład podaje się często zespół Guillain-Barré, który związany jest z ciężkim stanem uszkodzenia mózgu, a także zespół zamknięcia (*locked-in syndrome*) i stan minimalnej świadomości (*minimally conscious state*), które zdaniem tych krytyków często błędnie utożsamia się ze śmiercią mózgu⁵¹⁰.

Należy jednak wyraźnie podkreślić, że źródłem nieporozumień nie jest źle sformułowane kryterium śmierci mózgowej, ale błędne utożsamianie jej ze stanami, które nią nie są. Zarówno śpiączka, permanentny stan wegetatywny, jak i stan minimalnej świadomości są stanami, które nigdy nie mogą być utożsamiane ze śmiercią. Śmierć mózgowa oznacza bowiem „nieodwracalne i całkowite obumarcie mózgowia”⁵¹¹. Z tą koncepcją zgadza się także nauczanie Kościoła. W deklaracji Papieskiej Akademii Nauk z 2006 r. podkreślono, że „śmierć mózgowa nie jest synonimem śmierci, nie zakłada śmierci, czy też jest nierówna śmierci, ale «jest» śmiercią [...]. [Śmierć mózgowa] stanowi śmierć indywiduum. Stąd śmierć mózgowa oznacza nieodwracalne zaprzestanie wszystkich życiowych czynności mózgu (półkul mózgowych i pnia mózgu). Obejmuje ona nieodwracalną utratę funkcji

przypadku osoby, która „przeżyłaby” po stwierdzeniu śmierci mózgu (por. Pawlikowski. *Śmierć człowieka* s. 56-58).

⁵⁰⁹ Autor powołuje się na wyniki badań takich specjalistów, jak P.A. Byrne i W.F. Weavera, którzy zarzucali temu kryterium brak naukowej metodologii, J. Hill podważający możliwość stwierdzenia utraty u kogoś świadomości, C.G. Coimbra zwracający uwagę na nieefektywność badania bezdechu oraz D.A. Shewmon negujący zasadność pojęcia „nieodwracalności” (por. Norkowski. *Medycyna na krawędzi* s. 199-212; por. także J.M. Norkowski. *Mózgowe kryteria śmierci człowieka. Analiza zagadnienia*. „Studia Theologica Varsaviensia” 42:2004 z. 2 s. 91-93).

⁵¹⁰ Por. R.E. Cranford. *Death, Definition and Determination of*. W: *Encyclopedia of Bioethics*. Red. S.G. Post. Nowy Jork 2004 s. 606. Cyt. za B. Wójcik. *Śmierć mózgu jako kryterium śmierci człowieka. Problematyka filozoficzno-etyczna*. https://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/32159,smierc-mozgu-jako-kryterium-smierci-czlowieka-problematyka-filozoficzno-etyczna [dostęp: 13.11.2017].

⁵¹¹ Por. Wróbel. *Dyskusja wokół problemu śmierci mózgowej człowieka* s. 157. Autor zaznacza jednak, że w niektórych regulacjach prawnych i etycznych mowa jest jedynie o śmierci pnia mózgu jako o wystarczającym kryterium.

komórek mózgowych i ich całkowitą lub prawie całkowitą destrukcję⁵¹². Również najnowsze wypowiedzi Magisterium Kościoła potwierdzają tę naukę. *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, choć wyraźnie zaznacza, że „Kościół nie dokonuje wyborów naukowych”, to jednak podkreśla, że „jeśli dane naukowe stanowią podstawę stwierdzenia, że kryterium całkowitej śmierci mózgowej i związane z nią oznaki w sposób pewny wskazują, że nieodwracalnie została utracona jedność organizmu, to wówczas można stwierdzić, że kryterium neurologiczne, jeśli jest rzetelnie zastosowane, nie stoi w sprzeczności z podstawowymi założeniami poprawnej koncepcji antropologicznej”⁵¹³. Pojawiające się niekiedy zarzuty mówiące o tym, że przyjęte kryterium może być przyczyną świadomych nadużyć ze strony lekarzy transplantologów⁵¹⁴ należy wyraźnie odrzucić. Choć – podobnie jak w przypadku innych działań medycznych – mogą pojawiać się pomyłki, nadużycia, czy nawet przestępcza działalność niektórych spośród pracowników służby zdrowia, to istnienie tego typu zagrożeń nie może podważać zasadności kryterium śmierci mózgowej⁵¹⁵.

Niekiedy pojawiają się także argumenty mówiące o tym, że nie można uznać kogoś za zmarłego jedynie na podstawie śmierci jego mózgu, gdyż nadal w organizmie człowieka dokonują się życiowe procesy. W tak rozumianej koncepcji, śmierć ma miejsce dopiero wtedy, gdy obumrą wszystkie organy ludzkiego ciała. Aby zatem właściwie zrozumieć zasadność istnienia kryterium śmierci mózgowej, należy najpierw wyjaśnić szczególną rolę, jaką mózg odgrywa w procesach życiowych człowieka. Jego obumarciu prowadzi w konsekwencji do obrzęku tkanki neuronowej, która skutkuje postępującym niedokrwieniem. Ma to fatalne skutki dla organizmu i wiąże się z niedotlenieniem komórek, tkanek i organów. Ustanie pracy

⁵¹² Papieska Akademia Nauk. *The Signs of Death. The Proceedings of the Working Group 11-12 September 2006*. Rzym 2007 s. XXI-XXII. Ta sama Akademia już w 1985 r. opublikowała deklarację dotyczącą ustalenia dokładnego momentu śmierci. Podkreślono wtedy, że śmiercią jest między innymi „nieodwracalne ustanie wszelkiej czynności mózgu”, a śmierć mózgu uznano za prawdziwe kryterium śmierci (por. Papieska Akademia Nauk. *Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci* s. 453-454; por. także Jan Paweł II. *Określenie momentu śmierci*. Przemówienie do uczestników Kongresu Papieskiej Akademii Nauk [14 XII 1989]. AAS 82:1990 s. 768).

⁵¹³ NKPSZ 116. Dokument w tej sprawie odwołuje się m.in. do wypowiedzi Jana Pawła II z 29 sierpnia 2000 r. (por. *Przemówienie do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego w Rzymie* s. 38).

⁵¹⁴ Por. Norkowski. *Medycyna na krawędzi* s. 317-350.

⁵¹⁵ Por. Wróbel. *Dyskusja wokół problemu śmierci mózgowej człowieka* s. 158-159.

mózgu skutkuje ponadto zaprzestaniem pracy układu nerwowego oraz układu dokrewnego, który odpowiada m.in. za produkowanie hormonów. Pierwszy z nich odpowiada praktycznie za wszystkie funkcje i reakcje człowieka, co ma fundamentalne znaczenie w procesach integrujących ludzki organizm. Jeśli układy nerwowy i dokrewny przestają funkcjonować, skutkuje to zaprzestaniem odbierania bodźców, przekazywania informacji, wydzielania hormonów, produkcji energii, zachwianiem metabolizmu komórkowego i składu osocza oraz zaburzeniem innych niezbędnych dla życia organizmu funkcji⁵¹⁶. Widać zatem wyraźnie, że śmierć mózgu nie ogranicza się jedynie do obumarcia tkanek znajdujących się wewnątrz czaszki, ale ma ona konsekwencje w całym ludzkim organizmie. Jakiegokolwiek procesy życiowe, które pomimo obumarcia tkanki neuronowej zachodzą w poszczególnych komórkach i tkankach organizmu, mają charakter procesów wegetatywnych, które możliwe są jedynie dzięki rezerwom energetycznym, które w nich pozostały. Jednak bez pracy mózgu, wraz z wyczerpaniem się zgromadzonych substratów odżywczych, po niedługim czasie (ok. 4 godzin) rozpoczyna się nieodwracalny proces gnilny⁵¹⁷.

2. Uporczywa terapia z perspektywy bioetycznej

Rewolucja naukowo-techniczna w medycynie, otworzyła przed człowiekiem całkiem nowe możliwości przedłużania życia. Nowe sposoby ingerencji w sytuacje graniczne ludzkiego życia wiążą się z koniecznością ich oceny etycznej. Właściwemu rozeznawaniu powinności moralnych nie sprzyja częste mylenie pojęć i nieumiejętność rozróżnienia eutanazji od zaniechania uporczywej terapii, dlatego koniecznym jest odpowiednie zdefiniowanie obu tych zagadnień. Szczególnie ważne jest właściwe spojrzenie na problem uporczywej terapii, dlatego istotne jest wskazanie zbioru zasad i etycznie dozwolonych metod, które można w takich przypadkach stosować, a z których należałoby zrezygnować. Perspektywa bioetyczna związana z problem uporczywej terapii nie ma jednak jednego oblicza, dlatego koniecznym elementem – oprócz analizy historycznej – jest zbadanie zarówno stanowiska Magisterium Kościoła, jak i teorii laickich.

⁵¹⁶ Por. tamże s. 164-172.

⁵¹⁷ Por. tamże s. 173.

2.1. Refleksja etyczna nad uporczywą terapią z perspektywy historycznej

Odkąd człowiek podjął walkę z chorobą, gdy zaczął leczyć powstałe rany i kiedy udało mu się zapanować nad słabością ludzkiego ciała, pojawił się problem wyznaczenia granic dopuszczalnej ingerencji medycznej. Niezależnie jednak od epoki, zawsze istnieje pewna gama schorzeń, których na podstawie dostępnej wiedzy nie da się wyleczyć i w przypadku których jakakolwiek ingerencja jest jedynie źródłem dodatkowego bólu. Z tego powodu już w starożytności powstawały systemy moralno-prawne obowiązujące lekarzy, które jednocześnie chroniły prawa pacjentów. Wraz z pojawieniem się chrześcijaństwa zaistniała potrzeba, aby również Ojcowie Kościoła zajęli się tym zagadnieniem, wpisując w nauczanie Kościoła refleksję etyczną na temat granic ingerencji medycznych. Temat ten był kontynuowany wraz z rozwojem medycyny w okresie średniowiecza, a szczególnej formy nabrał już w czasach nowożytnych, gdy nastąpiło usamodzielnienie się teologii moralnej jako dyscypliny naukowej. Warto podkreślić, że sam termin „uporczywa terapia” pojawił się dopiero w latach 70-tych XX w.⁵¹⁸, jednak ten fragment historii bioetyki w tej części pracy zostanie pominięty, gdyż będzie on przedmiotem osobnej refleksji w dwóch kolejnych paragrafach.

2.1.1. Starożytność

Już w *Kodeksie Hammurabiego* (XVIII w. przed Chr.) odnaleźć można fragmenty związane z zasadami praktyki lekarskiej. W dwóch artykułach zaznaczono, że przewidziana jest kara dla lekarza za działanie na szkodę pacjenta (w tym przypadku chodziło o śmierć pacjenta w wyniku operacji lub uszkodzenia oka). Tą karą było odpowiednio: ucięcie ręki za nieprawidłowości wobec pełnoprawnego obywatela i zadośćuczynienie finansowe za skrzywdzenie niewolnika⁵¹⁹. Mimo że samo pojęcie „terapia nieuzasadniona” pojawia się już 3500 lat temu, refleksja nad

⁵¹⁸ Por. Aszyk. *Terapia uporczywa* s.86.

⁵¹⁹ Por. *Kodeks Hammurabiego*. § 218-219. [Http://www.pistis.pl/biblioteka/Hammurabiego/%20kodeks.pdf](http://www.pistis.pl/biblioteka/Hammurabiego/%20kodeks.pdf) [dostęp: 28.02.2017]; por. także J. Klima. *Prawa Hammurabiego*. Warszawa 1957 s. 105.

etyczną oceną tego typu działań medycznych jest znacznie późniejsza⁵²⁰. Na podstawie zachowanych dokumentów pochodzących ze starożytności, można dokonać analizy różnych stanowisk lekarzy i filozofów na temat możliwości odstąpienia od ingerencji medycznych. Do obecnych czasów zachowało się przeszło 5000 manuskryptów opisujących ówczesne praktyki medyczne i stosowane terapie. Do najważniejszych ośrodków, w których praktykowali ówcześni lekarze, należały Egipt, Grecja i Rzym⁵²¹.

Analizując historię medycyny egipskiej, warto oprzeć się na opisie trzech rodzajów orzeczeń lekarskich, które zawarte są w pochodzącym z XVII w. przed Chr. *Papirusie Edwina Smitha*. Dokument ten został on odnaleziony w 1862 r. w Luksorze przez Amerykanina, od którego przyjął nazwę. Autor papirusu wymienia następujące typy dolegliwości: takie, które są wyleczalne z zasady, możliwe do wyleczenia i nieuleczalne⁵²². Staroegipcjscy chirurdzy w obliczu pewnych chorób mieli świadomość swojej ograniczoności. Wyszczególniano nawet szesnaście przypadków, w których zalecano odstąpienie od jakiegokolwiek próby leczenia pacjenta, wśród nich m.in. uszkodzenie głowy, które skutkowało krwotokiem z nosa i uszu oraz usztywnieniem karku lub uszkodzenie kręgow szyjnych (w tym przypadku autor bardzo dokładnie opisuje przyczyny i efekty takiego zdarzenia)⁵²³. Ponadto tekst papirusu postuluje, aby nie przepisywać pacjentom środków, które można by uznać za nadzwyczajne tak długo, jak stan chorego nie ulegnie poprawie⁵²⁴.

Ciekawych informacji dostarcza również *Papirus Ebersa*, w którym wprost zakazano interwencji chirurgicznej w przypadku konkretnej choroby: „Kiedy napotkasz u osoby duży guz boga Chonsu gdziekolwiek na kończynie, jest to odrażające i spowoduje pojawienie się wielu krost, coś powstaje wewnątrz, jak gdyby wiatr był w tym, powodując podrażnienie [...]. Nie przeciwdziałaj temu

⁵²⁰ Por. Umiastowski. *Uporczywa terapia* s. 651.

⁵²¹ Por. P. Aszyk. *Granice leczenia. Etyczny problem odstąpienia od interwencji medycznych*. Warszawa 2006 s. 13.

⁵²² Por. *The Edwin Smith Surgical Papyrus* s. 35. Cyt. za Aszyk. *Terapia uporczywa* s.87.

⁵²³ Por. *The Edwin Smith Surgical Papyrus* s. 433-434. 452-453. Cyt. za Aszyk. *Granice leczenia* s. 14-15.

⁵²⁴ Por. *The Edwin Smith Surgical Papyrus* s. 134-135. Cyt. za Aszyk. *Granice leczenia* s. 15.

w żaden sposób”⁵²⁵. Trudno wskazać na przyczyny takiego jednoznacznego zakazu udzielania pomocy. Być może brzydono się samym przebiegiem choroby albo bano się mitycznego boga Chonsu. Ten opis może być zatem przykładem połączenia praktyki lekarskiej z ówczesnymi wierzeniami⁵²⁶.

Pisząc o starożytności, nie sposób pominąć Platona (427-347 r. przed Chr.), który dla środowiska greckiego – mimo że nie był lekarzem – był ważnym autorytetem w dziedzinie etyki lekarskiej. Krytycznie odnosi się on do bezwartościowego życia, za jakie uważa wieloletnie zmaganie się z chorobą. Alternatywą dla niego jest w tym wypadku śmierć, która gwarantuje „święty spokój”⁵²⁷. Nawiązując do Asklepiosa, greckiego boga sztuki lekarskiej, Platon negatywnie odnosi się także do nadzwyczajnych form leczenia, za jakie uznaje podawanie lekarstw i operacje ludzi „na wskroś przeżartych chorobą”. Swoje poglądy argumentuje szkodą, jaką przynoszą owe terapie, tak dla jakości życia pacjenta, jak i dla samego państwa⁵²⁸. Sztuka lekarska jest według niego przeznaczona wyłącznie dla ludzi z natury zdrowych, którzy doznali jakiś zewnętrznych ran, odmawia jej natomiast ludziom chorowitym i żyjącym nieporządnie. W idealnym świecie, który sobie wymarzył, fizycznie upośledzeni i chronicznie chorzy nie zasługują na utrzymywanie przy życiu za pomocą działań medycznych⁵²⁹. Co ważne, nawet olbrzymie sumy pieniędzy nie są dla niego właściwym argumentem przemawiającym za tym, aby lekarz mógł podjąć się leczenia osoby z natury słabej⁵³⁰. Platon przywołuje w tym kontekście mit o Asklepiosie, który za leczenie bogatego nierokującego wyleczenia pacjenta został rażony piorunem⁵³¹.

Do nauczania Platona nawiązuje inny grecki myśliciel Seneka (4 r. przed Chr. - 65 r. po Chr.). Wprowadza on jednak zupełnie nowy sposób argumentacji. Pisząc o konieczności karania przestępców, używa porównań nawiązujących do praktyki

⁵²⁵ *The Papyrus Ebers. Oldest Medical Book in the World*. Red. C.P. Bryan. Nowy Jork 1990 s. 149. Cyt. za Aszyk. *Etyczne oblicza starożytnej medycyny* s. 237.

⁵²⁶ Por. tamże.

⁵²⁷ Por. Platon. *Państwo*. Warszawa 1958 nr 406E s. 170.

⁵²⁸ Por. tamże nr 407 C-E s. 171-172.

⁵²⁹ Por. tamże nr 407 D-E s. 172.

⁵³⁰ Por. tamże nr 408 A-B s. 172.

⁵³¹ Por. tamże nr 408 C s. 173; por. także J. Malczewski. *Z dziejów pojęcia eutanazji*. W: *Eutanazja: prawo do życia – prawo do wolności*. Red. B Chyrowicz. Lublin 2005 s. 42-49; Aszyk. *Etyczne oblicza starożytnej medycyny* s. 240-243.

lekarskiej. Mimo że wprost w tym miejscu nie porusza tematu leczenia, to ta analogia dobrze ukazuje ówczesne zapatrywanie się tego filozofa na medycynę. Opisuje on cztery etapy leczenia: pierwszy polegający na niewielkiej zmianie w codziennym sposobie życia, tj. unormowanie posiłków i odpowiednie ćwiczenia; drugi wiąże się z konkretną rezygnacją z niektórych posiłków i zachowań; trzeci niesie za sobą całkowity zakaz spożywania pokarmów; a czwarty skutkuje ingerencją chirurgiczną⁵³². Co ciekawe, Seneka odwołuje się także do kwestii doświadczanego bólu, zaznaczając, że „żadnego leczenia nie uważa się za bolesne, jeżeli tylko kończy się dobrym wynikiem”⁵³³. Pisząc dalej o karze śmierci, podkreśla wyraźną różnicę między wyrokiem sądu, który ma nieść przestrozę i ma „odnosić pożytek”⁵³⁴ dla ogółu społeczeństwa a działaniem lekarzy, którzy nie mogąc uratować życia chorym, „ułatwiają lekkie skonanie”⁵³⁵. Jeszcze więcej informacji na temat poglądów Seneki dostarcza mający bardzo osobisty charakter list, który skierował do swego przyjaciela. Pisze w nim o decyzji, którą sam by podjął, gdyby znalazł się w obliczu kresu swojego życia. Swoją postawę uzasadnia słowami: „jeśli [starość] zacznie osłabiać mój umysł, odbierać mi go po części, jeżeli nie pozostawi mi życia, a tylko możliwość oddychania, to wyskoczę ze zgniłego i walącego się domu”⁵³⁶. Jediną chorobą, jakiej nie chce unikać jest ta, którą da się wyleczyć i która nie niszczy umysłu⁵³⁷. Mimo że sam ból nie stanowi dla niego argumentu za skróceniem sobie życia, to jednak nie dostrzega w nim większej wartości, co ujmuje w słowach: „Słaby to człowiek i tchórz, kto śmierć zadaje sobie z powodu bólu, ale głupi, kto żyje tylko po to, by znosić ból”⁵³⁸. Dużą wagę Seneka przywiązuje do rozróżnienia między przedłużaniem sobie życia, a przedłużaniem własnego konania⁵³⁹, co stanowi niewątpliwie ważny punkt wyjścia dla późniejszej dyskusji o uporczywej terapii.

⁵³² Por. L.A. Seneka. *O gniewie*. VI 2. W: L.A. Seneka. *Pisma filozoficzne*. T.1. Warszawa 1965 s. 254.

⁵³³ Tamże.

⁵³⁴ Seneka. *O gniewie*. VI 4. W: Seneka. *Pisma filozoficzne* s. 255.

⁵³⁵ Tamże.

⁵³⁶ L.A. Seneka. *List LVIII*. Nr 35. W: L.A. Seneka. *Listy moralne do Lucylusza*. Warszawa 1961 s. 205.

⁵³⁷ Por. Seneka. *List LVIII*. Nr 36. W: Seneka. *Listy moralne* s. 205.

⁵³⁸ Tamże s. 206.

⁵³⁹ Por. Seneka. *List LVIII*. Nr 33. W: Seneka. *Listy moralne* s. 205.

Na temat zadawania sobie samemu śmierci Seneka pisze także w późniejszym liście, w którym jako przykład szlachetnego umierania podaje przypadki samobójstw popełnianych przez niewolników skazanych na śmierć w walce z dzikimi zwierzętami. Opisuując te wydarzenia, wyraźnie zaznacza, że człowiek powinien umierać tak, jak mu się podoba⁵⁴⁰. Nie precyzując o kogo mu chodzi, krytycznie odnosi się do ludzi, zdaniem których człowiek musi czekać wyznaczonego przez naturę końca i bezbożnością nazywają przyspieszanie własnej śmierci⁵⁴¹. Mimo że w tym liście nie wspomina wprost o przypadkach ciężkiej choroby, to znając jego dotychczasowe stanowisko w tej sprawie, można śmiało do takich sytuacji odnieść zdanie: „o ile życie dłuższe niekoniecznie jest lepsze, o tyle śmierć dłużej trwająca niechybnie jest gorsza”⁵⁴². Seneka podkreśla z całą stanowczością wolność człowieka, który sam powinien zdecydować, jak i kiedy chce umrzeć. Wyraźnie też zaznacza, że nie jest w stanie stworzyć jakiejś uniwersalnej zasady w tej kwestii, a każda osoba indywidualnie powinna wybrać, czy chce żyć, czy to życie już powinien zakończyć⁵⁴³. Swoje stanowisko Seneka dość wyraźnie łagodzi w kolejnym liście, który kieruje do swojego – jak można przeczytać we wstępie – „schorowanego przyjaciela”. Chcąc go pocieszyć w walce z chorobą, sam opowiada o własnym doświadczeniu. To, co pozwoliło mu odzyskać zdrowie, to praca naukowa i oddani przyjaciele. To właśnie ze względu na tych ostatnich podjął walkę z chorobą, by nie sprawiać im przykrości⁵⁴⁴. Zmiana nastawienia Seneki jest o tyle zaskakująca, że do tej pory nie dostrzegał żadnej wartości w samym cierpieniu, a teraz sam zaznacza: „Wierzaj mi: jest miejsce dla dzielności w łóżku – i dodaje – jeśli ona [choroba] nic od ciebie nie wymusi, jeżeli nic nie uzyska, to dasz wspaniały przykład. O jak wielki to byłby tytuł do chwały, gdyby przypatrywano się nam w czasie choroby”⁵⁴⁵. Trudno wyrokować, czy późniejsze stanowisko jest wynikiem choroby przyjaciela i chęcią wsparcia go w tym doświadczeniu, czy rzeczywiście własne przeżycia ukształtowały w nim nowe rozumienie cierpienia.

Ważne miejsce w rozwijaniu postulatów szacunku względem ludzkiego życia ma ruch powstały pod wpływem nauki Pitagorasa (572-497 r. przed Chr.).

⁵⁴⁰ Por. L.A. Seneka. *List LXX*. Nr 28. W: Seneka. *Listy moralne* s. 263.

⁵⁴¹ Por. Seneka. *List LXX*. Nr 14. W: Seneka. *Listy moralne* s. 259-260.

⁵⁴² Seneka. *List LXX*. Nr 12. W: Seneka. *Listy moralne* s. 259.

⁵⁴³ Por. Seneka. *List LXX*. Nr 11. W: Seneka. *Listy moralne*.

⁵⁴⁴ Por. L.A. Seneka. *List LXXVIII*. Nr 1-5. W: Seneka. *Listy moralne* s. 315-317..

⁵⁴⁵ Seneka. *List LXXVIII*. Nr 21. W: Seneka. *Listy moralne* s. 322.

Pitagorejczycy odrzucali wszelkie formy samodzielnego pozbawiania się życia, takie jak eutanazja i samobójstwo, co argumentowali przekonaniem, że dusza została zamknięta w ciele przez bogów⁵⁴⁶.

Osobą, która wywarła niewątpliwie największy wpływ na historię medycyny i do której po dziś dzień odwołują się lekarze w składanej przez siebie przysiędze, jest pochodzący z Kos Grek Hipokrates (460-370 r. przed Chr.). Zadanie, jakie stawia przed lekarzem, brzmi jednoznacznie: „do jakiegokolwiek domu wejdę, wejdę doń dla pożytku chorych, wolny od wszelkiej chęci krzywdzenia i szkodenia”⁵⁴⁷. Zdanie to przez wielu jest interpretowane jako jasne zalecenie stosowania terapii proporcjonalnej, a zaniechanie uporczywej⁵⁴⁸. Jeszcze wyraźniej na ten temat pisze w traktacie *O sztuce*, w którym wskazuje na trzy podstawowe zadania medycyny: „uwalniać chorych od cierpienia, nieść ulgę w chorobie i powstrzymywać się od leczenia tych chorych, którymi choroba totalnie zawiadnęła, bowiem w takich przypadkach medycyna jest bezsilna”⁵⁴⁹. Ponadto w swojej *Przysiędze* podkreśla: „nikomu, nawet na żądanie, nie podam śmiertelnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał”⁵⁵⁰. Na podstawie jego własnych słów można stwierdzić, że jednoznacznie przeciwstawia się temu, co dziś nazywane jest eutanazją. Odrzuca również jakiegokolwiek formy terapii daremnej, która – w jego opinii – nie może już przynieść żadnej korzyści pacjentowi. W innym swoim dziele Hipokrates zauważa, że należy „leczyć choroby, które da się leczyć, lecz także rozpoznawać te, na które nie można wpłynąć i wiedzieć, dlaczego nie można ich leczyć”⁵⁵¹. Takie stanowisko największego lekarza starożytności jest jasno wyrażone w wielu jego dziełach⁵⁵².

⁵⁴⁶ Por. Machinek. *Śmierć w dyspozycji człowieka* s. 54.

⁵⁴⁷ *Przysięga Hipokratesa* s. 197. Na temat przysięgi Hipokratesa szerzej pisze Z. Chłap (*Od Hipokratesa do Dobrego Samarytanina* s. 145-161).

⁵⁴⁸ Por. Umiastowski. *Uporczywa terapia* s. 651.

⁵⁴⁹ Hippokrates. *O sztuce* III. W: Jones. *Hippocrates*. T. 2 s. 192. Poniższe cytaty dzieł Hipokratesa za P. Aszyk. (*Granice leczenia* s. 17-20).

⁵⁵⁰ *Przysięga Hipokratesa* s. 197; por. E. Kowalski. *Człowiek i bioetyka. Zagadnienia biomedyczne dla duszpasterzy i katechetów*. Kraków 2015 s. 245.

⁵⁵¹ Hippokrates. *Choroby I* A.6. W: Potter. *Hippocrates*. T. 5 s. 112.

⁵⁵² Oprócz wymienionych dzieł *O sztuce* oraz *Choroby I*, warto wspomnieć trakt *O stawach*, gdzie stwierdza, że „należy badać przypadki nieuleczalne, aby w ten sposób nie szkodzić (chorym) przez bezużyteczne zabiegi” (Hippokrates. *O stawach* LVIII. W: E.T. Withington. *Hippocrates with An English Translation*. T. 3. Cambridge 1968 s. 338). W *Aforyzmach* natomiast podkreśla, że „chorych na raka ukrytego nie leczyć wcale lepiej jest; ci bowiem z nich, którzy się leczą, umierają rychle, ci zaś, którzy się nie leczą, długo zachowują się przy życiu” (Hippokrates. *Aforyzmy* VI.38. W: W.H.S. Jones. *Hippocrates with An English Translation*. T. 4. Cambridge 1931 s. 188).

Wywarło ono trwałe znamię na późniejszej personalistycznej wizji medycyny, której celem zawsze powinno być dobro osoby ludzkiej⁵⁵³. Do historii przeszło także zdanie, którego sam Hipokrates szczególnie nie komentuje: „pomagaj lub przynajmniej nie szkodź”⁵⁵⁴ (znane powszechnie w wersji łacińskiej „primum non nocere”). Może być ono swoistym podsumowaniem jego stanowiska na temat zaniechania terapii uważanych za daremne. Jeśli nie mógł komuś pomóc, to po prostu nie chciał mu w żaden sposób szkodzić, zwłaszcza poprzez nieproporcjonalne działania medyczne.

Nauka Hipokratesa znalazła swoje odbicie w późniejszych postawach rzymskich lekarzy, wśród których warto wymienić Scriboniusa Largusa (1-50 r. po Chr.) i Klaudiusza Galena (129-201 r.). Pierwszy z nich – nawiązując do hipokratesowej przysięgi – pisze: „każdy, kto złoży uprawnioną przysięgę lekarską, nigdy nie poda medykamentów szkodliwych nieprzyjaciółom [...]. Niechaj lekarz oświadczy, iż nigdy nikomu nie wyrządzi zła [...]. Medycyna jest sztuką uzdrawiania, a nie szkodenia”⁵⁵⁵. W podobnym duchu wypowiada się Galen: „koniecznym jest, aby nie zaniedbywać tego wszystkiego, co może być dobre dla pacjenta”⁵⁵⁶.

Okres starożytności charakteryzuje, jak widać, wielość podejść do tematyki stosowania terapii daremnych. Można cytować pisarzy, którzy nie dostrzegali żadnej wartości w życiu osoby przewlekle chorej i słabej (Platon) oraz takich, którzy mając świadomość niedoskonałości medycyny, uroczyście przysięgali, że nigdy nie podadzą trucizny nawet ciężko choremu (Hipokrates). Są też tacy, których z biegiem lat poglądy ewoluowały ze skrajnie negujących jakikolwiek sens cierpienia, do tych dostrzegających głębszy wymiar choroby (Seneka). Żaden jednak z autorów – tak grecko-rzymskich, jak i egipskich – nie postuluje stosowania niewspółmiernych środków w przypadku osób, którym sztuka lekarska nie może już pomóc. Warto jeszcze podkreślić, że Hipokrates i wszyscy starożytni etycy, którzy później do niego nawiązywali, w odróżnieniu od tradycji Platona i Seneki, którzy za najwyższą wartość uważali wolność decyzji pacjenta, charakteryzują się paternalistycznym podejściem do medycyny. To lekarz jest tym, który ma decydować za chorego

⁵⁵³ Por. Chłap. *Od Hipokratesa do Dobrego Samarytanina* s. 147.

⁵⁵⁴ Hippokrates. *Epidemie* A XI.10. W: H.S. Jones. *Hippocrates with An English Translation*. T. 1. Cambridge 1972 s. 164

⁵⁵⁵ Scribonio Largo. *Ricette* s. 103-107. Cyt. za Katolo. *Paternalizm* s. 76.

⁵⁵⁶ Cyt. za Gracia. *Fondamenti di bioetica* s. 97.

będącego w ich rozumieniu kimś pozbawionym zdolności moralnych i odpowiedzialności. Podążając tym sposobem myślenia, także decyzja o ewentualnym odstępianiu od interwencji medycznych, jest indywidualną decyzją medyka i tylko on (zgodnie z przysięgą Hipokratesa) ponosi za nią pełną odpowiedzialność⁵⁵⁷.

2.1.2. Okres patrystyczny

Pierwszy okres życia Kościoła charakteryzuje się współistnieniem poglądów chrześcijańskich i pogańskich. Ta zależność jest szczególnie widoczna w medycynie, której metody (pomijając wykorzystywaną niekiedy magię)⁵⁵⁸ trudno dzielić ze względu na wyznanie tak lekarza, jak i pacjenta. To, co wyróżniało myślicieli chrześcijańskich, to przede wszystkim krytyka zabijania niepełnosprawnych noworodków (m.in. Augustyn⁵⁵⁹, Tacjan Syryjczyk⁵⁶⁰, Atenagoras⁵⁶¹, Tertulian⁵⁶², Bazyli Wielki⁵⁶³), a co za tym idzie, dostrzeżenie wartości ludzi chorych i zniepełniających. Chrześcijański Zachód i Wschód różniły jednak motywacje, które nimi kierowały związane z ochroną najsłabszych. Na Zachodzie troszczono się przede wszystkim o dusze nowonarodzonych dzieci, a na Wschodzie w spotkaniu z cierpiącym (w każdym wieku) dostrzegano okazję do okazania miłosierdzia, co miało szczególnie wyróżniać właśnie chrześcijan⁵⁶⁴. Wielu pisarzy Kościoła tamtych czasów odnajdywało wzór lekarza w samym Jezusie, który niósł ulgę chorym i cierpiącym⁵⁶⁵, dlatego nie zabraniano przyjmującym wiarę praktykowania medycyny mającej wtedy silne korzenie pogańskie. Wśród chrześcijan tamtych czasów lekarzami byli m.in. Aleksander z Galii (poniósł śmierć

⁵⁵⁷ Szerzej na temat starożytnego paternalizmu pisze Artur Jerzy Katolo (por. *Paternalizm* s. 69-77).

⁵⁵⁸ Stosowanie magii jest wyraźnie zakazane w Piśmie świętym (por. Pwt 18,9-12). Stąd trudno wśród autorów chrześcijańskich doszukiwać się refleksji na temat jej roli w medycynie (por. *Introduction*. Red. G.E. Smith. W: *The Papyrus Ebers* s. XIII-XVI).

⁵⁵⁹ Por. Augustyn. *Przeciw Julianowi* 5.53. Warszawa 1977 s. 133-134.

⁵⁶⁰ Por. Tacjan Syryjczyk. *List do Diogeneta* 5. W: *Antologia literatury patrystycznej*. T. 1. Red. M. Michalski. Warszawa 1975 s. 118.

⁵⁶¹ Por. Atenagoras. *Prośba za chrześcijanami* 35. Warszawa 1985 s. 78.

⁵⁶² Por. Tertulian. *Apologetyk* 9. Poznań 1947 s. 40-48.

⁵⁶³ Por. Bazyli Wielki. *List 1999, w sprawie kanonów* 33. W: Bazyli Wielki. *Listy*. Warszawa 1972 s. 209.

⁵⁶⁴ Por. Aszyk. *Granice leczenia* s. 35-36.

⁵⁶⁵ Por. Orygenes. *Filokalia XXI* 15. Warszawa 1979 s. 168.

męczeńską w Lyonie)⁵⁶⁶, Dionizy z Rzymu⁵⁶⁷, Teodotos z Cezarei Palestyńskiej⁵⁶⁸, Zenobios z Sydonu (ginie jako męczennik na początku IV w.)⁵⁶⁹ oraz Geroniusz z Nikomedii⁵⁷⁰. Ich przykład wyraźnie pokazuje, że już u zarania chrześcijaństwa nie było poważnego konfliktu między wyznawaną wiarą i praktyką lekarską⁵⁷¹.

Ciekawe świadectwo z tamtych czasów pozostawił Tertulian (160-220 r.), który pisząc o heretykach, przyrównuje ich działanie do jadu skorpiona. Sposób walki z herezją zestawia z działaniem lekarza, który musi niekiedy zadać ból, ale tylko po to, aby ostatecznie uzdrowić chorego. Krytycznie odnosi się do tych, którzy lękają się medycyny z powodu – jak to dobitnie określa – „głupoty lub źle pojętej wstydlivosti”⁵⁷². Wśród szczególnie bolesnych zabiegów wymienia użycie skalpela, przypalanie żelazem oraz palącą goriczycą, jednak pomimo olbrzymiego cierpienia, które one wywołują, ma świadomość ich zbawczego działania⁵⁷³. W myśl słów Tertuliana, pacjent – bez względu na odczuwany ból – powinien zawsze poddać się leczeniu, o ile medycyna jest w stanie mu pomóc. Wśród dzieł Tertuliana można znaleźć także takie, w których dość krytycznie odnosi się do medycyny, porównując ją nawet do pogańskiej filozofii⁵⁷⁴. Takie sceptyczne względem sztuki lekarskiej stanowisko jest jednak wśród chrześcijańskich autorów pierwszych wieków dość odosobnione⁵⁷⁵. W żadnej mierze tak wyrażonego poglądu Tertuliana nie podzielał Klemens Aleksandryjski (150-215 r.), ani Orygenes (185-255 r.), którzy traktowali medycynę jako wielkie dobrodziejstwo⁵⁷⁶. Bazyl Wielki (329-379 r.) pisze nawet, że

⁵⁶⁶ Por. Euzebiusz z Cezarei. *Historia Kościoła* V.1.49-51. Poznań 1924 s. 204-205.

⁵⁶⁷ Por. A.G. Hamman. *Życie codzienne pierwszych chrześcijan (95-197)*. Warszawa 1990 s. 69.

⁵⁶⁸ Por. Euzebiusz. *Historia Kościoła* VII.32.23 s. 356.

⁵⁶⁹ Por. tamże VIII.13.4 s. 379.

⁵⁷⁰ Por. H. Sozomen. *Historia Kościoła*. Warszawa 1980 s. 534.

⁵⁷¹ Por. P. Aszyk. *Wczesne chrześcijaństwo a sztuka leczenia – wybrane zagadnienia. Historia i przyszłość bioetyki*. W: Red. J. Brusilo. Kraków 2009 s. 50-51.

⁵⁷² Tertulian. *Lekarstwo na ukłucie skorpiona*. Nr 5 s. 126.

⁵⁷³ Por. tamże.

⁵⁷⁴ Por. Tertulian. *O duszy* 2.6. W: *Quinti Septimi Florentis Tertulliani Opera*. T. 1. Red. A. Reifferscheid, G. Wissowa. Vindobonae 1890 s. 302.

⁵⁷⁵ Należy jednak wspomnieć o zwolennikach skrajnej ascezy oraz gnostykach, którzy odrzucali m.in. farmakologię jako dzieło demoniczne (np. Tacjan Syryjczyk) albo negowali jej znaczenie jako wytwór ludzki, a nie dzieło Bożej mocy (np. Anobiusz z Sikka) (por. Aszyk. *Wczesne chrześcijaństwo* s. 40).

⁵⁷⁶ Por. Klemens Aleksandryjski. *Kobierce zapisków filozoficznych dotyczących prawdziwej wiedzy* 7.1.3. T. 2. Warszawa 1994 s. 218; Orygenes. *Przeciw Celsusowi* II 20. Warszawa 1986 s. 105. Orygenes ponadto podkreślał, że „lekarze, którzy leczą chorych, bez Bożej pomocy nie potrafią przywrócić ciała życia” (tamże I 26 s. 54).

to Bóg „podarował nam – jako wzorzec uzdrawiania duszy – medycynę, która usuwa nadmiar i uzupełnia brak”⁵⁷⁷. Ma on jednak świadomość jej ograniczoności i tego, że nie może ona zapobiec wszelkiemu cierpieniu, które dla Bazylego jest prostą konsekwencją grzechu pierworodnego⁵⁷⁸. Pisząc o wewnętrznej pokucie i ukorzeniu, które ma charakteryzować nawracającego się grzesznika oczekującego nagany, zachęca do analogicznego poddania się bolesnym zabiegom medycznym, których celem jest uzdrowienie człowieka. Przeszkodą nie jest dla niego przewlekłość choroby, która w żadnej mierze nie może być przyczyną rezygnacji z leczenia⁵⁷⁹. W podobnym duchu wypowiada się Teodoret z Cyru (ok. 386/393-457/466 r.), który dostrzega Bożą interwencję w powołaniu lekarzy obdarzonych przez Niego wiedzą celem odnoszenia zwycięstwa w walce z chorobą⁵⁸⁰.

Ciekawe świadectwo na temat ówczesnej medycyny pozostawił także św. Augustyn (354-430 r.), który – choć sam jako etyk nie zajmował się tym zagadnieniem – opisuje kilka zdarzeń z tamtego okresu. Na uwagę zasługuje historia Inocencjusza, który cierpiał z powodu nieznośnych wrzodów i po długim okresie leczenia, w obliczu konieczności przeżycia kolejnej operacji, stanowczo jej odmawia. Ostatecznie po zaciągnięciu opinii kolejnego lekarza, godzi się na zaproponowany zabieg⁵⁸¹. Ważne jest, że św. Augustyn w żadnej mierze nie krytykuje zachowania Inocencjusza, który miał prawo odrzucić proponowaną terapię będącą w jego ocenie niewspółmierną do spodziewanych efektów. Podobnie, nawiązując do zaleceń Hipokratesa, usprawiedliwia decyzję lekarza, który odstąpił od leczenia chorej na raka piersi Inocencji⁵⁸². Bazując zapewne na opinii specjalistów, Augustyn godzi się na rezygnację z terapii, którą powszechnie uważano za bezskuteczną, a także z amputacji, która zwielokrotniała ryzyko śmierci. Ten pogląd nie jest oczywiście tożsamy ze zgodą na eutanazję czy samobójstwo, co wyraźnie podkreśla słowami: „nikt nie powinien zadawać sobie

⁵⁷⁷ Bazyli Wielki. *Pisma ascetyczne*. T. 2. Kraków-Tyniec 1995 s. 174.

⁵⁷⁸ Por. tamże s. 175.

⁵⁷⁹ Por. tamże s. 176.

⁵⁸⁰ Por. Teodoret z Cyru. *Leczenie chorób hellenizmu* I.2. Warszawa 1981 s. 19. Cyt. za Aszyk. *Wczesne chrześcijaństwo* s. 46.

⁵⁸¹ Por. Augustyn. *O państwie Bożym*. 20.4.5. Warszawa 1977 s. 566.

⁵⁸² Por. tamże 22.8.4 s. 567.

dobrowolnej śmierci pod pozorem unikania doczesnych udręk, jeśli nie chce popaść w udręki wieczne”⁵⁸³.

Zmarły przed 451 r. Izydor z Peluzjum w swoich dziełach często nawiązywał do Hipokratesa. Píše w jednym z listów do Marona, którego uważał za szczególnie zdemoralizowanego, chcąc zwieść go ze złej drogi. W tym celu porównuje jego przypadek do beznadziejnie chorego, którego – wbrew zaleceniom Hipokratesa, który odradzał leczenie takich przypadków – pragnie mimo wszystko uratować⁵⁸⁴. W innym krytycznym liście, tym razem skierowanym do Lampetiosa, który wobec jednego z prezbiterów zastosował zasadę porównywaną z rezygnacją z terapii, zaznaczył: „Nawet jeśli reguła Hipokratesa wydaje się mieć zastosowanie wobec niektórych ludzi, biorąc pod uwagę ich ciała (choć wielokrotnie udowodniono, iż jest ona błędna, bowiem wielu lekarzy z sukcesem leczyło pacjentów, którzy byli przybici chorobą), to udowodniono, że jest błędem stosowanie jej wobec duszy”⁵⁸⁵.

Wśród późniejszych Ojców Kościoła na uwagę zasługuje Grzegorz Wielki (ok. 540-604 r.), który – choć nie podjął się w swoich dziełach analizy sytuacji osób śmiertelnie chorych i umierających, a także jako papież nie przedstawił oficjalnego stanowiska Kościoła w tej kwestii – w swoich *Dialogach* pozostawił szczególnie ważne świadectwo. Wspominając śmierć Serwula, pisze o jego ciężkiej chorobie i całkowitym sparaliżowaniu. Jak zaznacza, nie mógł on usiąść, a nawet odwrócić się na bok, sam też nie przyjmował pokarmów. W tej, zdawać by się mogło beznadziejnej sytuacji, Serwul wykazał się niezwykłą pokorą i cierpliwością, która wyrażała się w nieustannym wielbieniu Boga hymnami i psalmami⁵⁸⁶. Świadectwo jego życia pozostawione przez Grzegorza, ukazuje istniejącą już wtedy praktykę troski o osoby nawet wtedy, gdy ich stan był beznadziejny. Sparaliżowany człowiek okazał się nie tyle ciężarem dla rodziny i społeczeństwa, co niezwykłym świadkiem wiary, która – jak zaznacza autor *Dialogów* – wywoływała łzy wzruszenia⁵⁸⁷.

⁵⁸³ Tamże 1.26 s. 123.

⁵⁸⁴ Por. Izydor z Peluzjum. *Do Marona* II 16. W: *Antologia listu starochrześcijańskiego. Listy z dziedziny kierownictwa duchowego*. Red. L. Małunowiczówna. T. 1. Lublin 1978 s. 264.

⁵⁸⁵ Izydor z Peluzjum. *Epistole* 2.79. W: J.-P. Migne. *Patrologiae graecae cursus completus*. Paryż 1857-1866 s. 78.519. Cyt. za Aszyk. *Etyczne oblicza starożytnej medycyny* s. 256.

⁵⁸⁶ Por. Grzegorz Wielki. *O śmierci sparaliżowanego Serwula*. W: Grzegorz Wielki. *Dialogi*. Warszawa 1969 s. 169.

⁵⁸⁷ Por. tamże.

Również Izydor z Sewilli (560-636 r.), uznawany za ostatniego zachodniego Ojca Kościoła, pozostawił potomnym ważne dzieło. W swoim opracowaniu *De Medicina* podejmuje się pierwszego całościowego ujęcia medycyny z perspektywy chrześcijańskiej. Co ważne, „chrzci” sztukę lekarską, łącząc elementy hellenistyczne z chrześcijańskimi, podkreśla biblijne argumenty za stosowaniem środków leczniczych (u Izajasza i św. Pawła) oraz wysoko ceni racjonalny i humanistyczny charakter medycyny⁵⁸⁸. Nawiązując do wcześniejszego zarzutu Tertuliana zauważa, że „medycyna jest nazywana drugą filozofią. Bowiem jak dzięki filozofii dusza, tak dzięki medycynie ciało jest leczone”⁵⁸⁹. Izydor z Sewilli jest wyjątkiem wśród Ojców Kościoła, gdyż poza jego dziełem brak kompleksowego opracowania tematu zabiegów medycznych. Zajęci apologetyką i wewnętrznymi sporami dogmatycznymi, chrześcijańscy teologowie nie poświęcali dużo uwagi sztuce lekarskiej, której najczęściej używali jako analogii do opisywanych patologii czy grzechu, które domagały się konkretnej interwencji. Częste nawiązywanie do Hipokratesa, którego powszechnie uznawano za ojca medycyny, pokazuje, że nie czyniono większych zarzutów wywodzącym się z pogaństwa praktykom leczniczym. Sztuka lekarska stała się spoiwem, który jako pierwszy połączył świat chrześcijański i helleński, a wśród ją praktykujących znalazło się wielu późniejszych męczenników. Pomimo braku kompleksowej refleksji teologicznomoralnej na temat medycyny, nie brak wśród Ojców Kościoła świadectw, a niekiedy jasnych opinii dotyczących daremności niektórych zabiegów medycznych. Mimo że – w przeciwieństwie do istniejących nurtów pogańskich – podkreślali wartość życia każdego człowieka, nawet tego kalekiego, to w obliczu nieuleczalnej choroby, jaką był wówczas np. rak piersi, zgadzali się ze zdaniem Hipokratesa, który zalecał odstąpienie od leczenia. Nie była to jednak zgoda na jakąkolwiek próbę czynnego odbierania komuś życia (co wyraźnie wykluczył nawet Hipokrates), ale zgoda na to, co nieuniknione.

⁵⁸⁸ Por. Aszyk. *Wczesne chrześcijaństwo* s. 45.

⁵⁸⁹ Izydor z Sewilli. *Etymologiarum sive Originum* nr 4.13.5.

2.1.3. Średniowiecze

Kwintesencją średniowiecznej nauki medycznej są dzieła perskiego uczonego Awicenny (980-1037 r.), którego podręcznik *Kanon medycyny* przez kolejne wieki także na europejskich uniwersytetach uznawany był za fundament nauczania. Analizując jego prace, dostrzec można liczne odwołania do wypracowanych już w starożytności wniosków. Pewnego rodzaju nowością było podkreślenie znaczenia relacji lekarz-pacjent oraz wprowadzenie obowiązku troski o chorego nawet pomimo nieuleczalnego charakteru jego choroby⁵⁹⁰. Takie podejście do zadań lekarza było charakterystyczne dla całego okresu średniowiecza. Zadaniem leczącego była także opieka nad osobą umierającą i troska o ulgę w cierpieniu, któremu przeciwdziałanie stało się jednym z zadań medycyny⁵⁹¹. Okres średniowiecznej scholastyki charakteryzował, co było widoczne zwłaszcza w zachodniej Europie, olbrzymi rozwój refleksji naukowej. W tamtym czasie powstawały liczne uniwersytety, na których oprócz teologii i filozofii zaczęto wykładać – jako jedną z trzech najważniejszych dziedzin – medycynę. Zaczęto mówić nawet o symbiozie mądrości i wiary, która wyrażała się szczególnie poprzez uczynki miłosierdzia względem chorych i o odpowiedzialności wszystkich, w tym państwa, za człowieka cierpiącego. W tamtym okresie zaczęły powstawać szpitale, zwane lazaretami, w których w zinstytucjonalizowany sposób zajęto się opieką nad pacjentami, także tymi znajdującymi się w sytuacjach granicznych⁵⁹².

Wśród chrześcijańskich myślicieli tamtego okresu na szczególną uwagę zasługuje Tomasz z Akwinu (1225-1274 r.). Dokonał on rozróżnienia pomiędzy skutkiem „zamierzonym” (*in intentione*) a „niezamierzonym” (*praeter intentione*). Analizując kwestię obrony własnej⁵⁹³ zaznaczył, że „różnicowanie czynności moralnych zależy od tego, co się zamierza, a nie od tego, co jest wbrew zamierzeniu, gdyż to jest dla nich czymś przygodnym”. Podkreślił jednak, że „może się zdarzyć, że czyn pochodzący z dobrego zamiaru będzie niedozwolony,

⁵⁹⁰ Por. Aszyk. *Terapia uporczywa* s. 88.

⁵⁹¹ Por. tamże.

⁵⁹² Por. K. Szałata. *Postęp w diagnostyce wobec procesu racjonalizacji medycyny*. „*Studia Ecologiae et Bioethicae*” 8:2010 z. 2 s. 296.

⁵⁹³ Dogłębnej analizy tego fragmentu *Sumy* dokonał W. Galewicz (*Tomasz z Akwinu o zabijaniu*. „*Znak*” 53:2001 nr 7 s. 81-97).

a mianowicie gdy będzie niewspółmierny z celem”⁵⁹⁴. W innym miejscu Tomasz odpowiada na zadane przez siebie pytanie: „Czy wolno w jakiejś okoliczności zabić człowieka niewinnego?” Choć Tomasz nie odnosi się w tym miejscu do kwestii uśmiercania osób ciężko chorych, to warto zwrócić uwagę na jedno stwierdzenie: „Człowieka można ujmować dwojako: ze względu na niego samego oraz ze względu na innych. Lecz żadnego człowieka nie można zabijać ze względu na niego samego, gdyż w każdym, nawet grzeszniku, mamy miłować naturę stworzoną przez Boga, którą zabicie niszczy”⁵⁹⁵. Tomasz, choć sam nie podjął się analizy konkretnych przypadków osób przewlekle chorych, dokonał refleksji opartej o intencjonalność i nieintencjonalność działania w stosunku do obrony własnej, co pozwala wyciągnięte przez niego wnioski odnieść również do kwestii uporczywej terapii. W omawianej analizie Akwinata zastosował zasadę czynu o podwójnym skutku, która w późniejszych wiekach stała się fundamentem wielu rozważań etycznych, również tych dotyczących działań medycznych. Także w zrozumieniu terapii daremnej zasada ta jest nieodzowna. Można odstąpić od leczenia lub zastosować analgetyki skutkujące wcześniejszą śmiercią, jeśli to nie skrócenie życia, a uśmierzenie nieznośnego bólu jest celem działania lekarza. Bardzo krytycznie odnosił się jednak do prób celowego przyspieszenia swojej śmierci w celu uniknięcia cierpienia, a taką postawę nazywał wprost „miękkością ducha”⁵⁹⁶. Tomasz z Akwinu uważał ponadto, że zanim podejmie się jakąkolwiek ingerencję medyczną, którą uznawano za ryzykowną, konieczna jest osobista zgoda pacjenta⁵⁹⁷.

Zdecydowanie bardziej radykalnym w tej kwestii teologiem tamtego okresu był Antonin z Florencji (1389-1459 r.), który wyrażał pogląd, że brak woli pacjenta nie jest wystarczającym argumentem za przerwaniem leczenia. W tym kontekście odwoływał się do przykładu płonącego domu, z którego wynosi się poszkodowanych nawet używając wobec nich siły. Kluczowym jednak argumentem dla tego średniowiecznego biskupa była nieznanostwo zrzędzeń Bożej opatrności, która nie pozwala nigdy rezygnować z prób ratowania chorego, nawet gdy po ludzku

⁵⁹⁴ Tomasz z Akwinu. *Suma teologiczna* II-II. q.64 W: Tomasz z Akwinu. *Suma teologiczna. Sprawiedliwość*. T. 18. Londyn 1970 s. 119-120.

⁵⁹⁵ Tamże.

⁵⁹⁶ Tamże s. 116.

⁵⁹⁷ Por. tamże q.65 s. 124; por. także W. Galewicz. *O dobrej śmierci*. W: *Eutanazja: prawo do życia – prawo do wolności*. Red. B Chyrowicz. Lublin 2005 s.102-110.

wydawać by się mogło, że takie zabiegi są całkowicie daremne i nieuzasadnione⁵⁹⁸. Antonin jest przedstawicielem skrajnego środowiska swoich czasów, które odrzucało jakiegokolwiek próby ograniczania uporczywej terapii, co z jednej strony wynikało ze specyficznego rozumienia Bożej opatrności, a z drugiej było przejawem braku zaufania do ówczesnych metod leczenia.

W dyskusji nad uporczywą terapią po przeciwnej stronie w stosunku do Antonina stanął – wykraczający już okresem swojej działalności poza przyjęte w historii ramy średniowiecza – Tomasz Morus (1478-1535 r.). W swoim dziele *Utopia* dokonuje on interesującej oceny sytuacji osób chorych. W wykreowanym przez niego idealnym świecie chorzy pielęgnowani są ze szczególną miłością, nie szczędzi się wobec nich ani lekarstw, ani właściwego pożywienia, gdyż celem tego działania jest przywrócenie zdrowia. Ważną rolę w procesie leczenia odgrywają ponadto ci, którzy czuwają przy łóżku pacjenta i wspierają go swoją obecnością i rozmową⁵⁹⁹. Tomasz Morus zaznacza jednak, że w przypadku, gdy nie można wyleczyć takiej osoby, to kapłani i przedstawiciele senatu powinni nakłonić ją do zgody na śmierć w wyniku sztucznego uśpienia lub zaniechania przyjmowania pokarmów. Przekonuje on, że osoba niemogąca już spełnić żadnych obowiązków wynikających z życia, niejako „przeżyła swoją śmierć”, a tym samym wspomniana zgoda będzie jedynie przerwaniem jej męki. Ponadto aktywna obecność kapłanów w podjęciu tej decyzji będzie gwarantem, że czyn ten jest zgodny z religią i pobożnością⁶⁰⁰. Co ciekawe, to właśnie zatwierdzenie tej decyzji przez senat i kapłanów jest dla Tomasza jedynym wyznacznikiem jej słuszności do tego stopnia, że ci, którzy odbiorą sobie życie wbrew ich opinii, mają być „ze wstrętem wrzuceni do jakiegoś bagna”⁶⁰¹. Opisana przez Morusa postawa jest próbą wyidealizowania eutanazji jako dobrej śmierci pozwalającej człowiekowi uniknąć cierpienia. Z drugiej jednak strony wyraźnie widać, że eliminacja osób nieuleczalnie chorych ma na celu swoiście pojmowane uzdrowienie społeczeństwa, które oczyszczone ze słabych elementów

⁵⁹⁸ Por. Antonin z Florencji. *Summa Theologica in quattuor partes distributa*. T. 3. Veronae 1740 s. 284; por. także P. Aszyk. *Opinie wczesnochrześcijańskich i scholastycznych myślicieli na temat decyzji pacjenta o rezygnacji z interwencji medycznych*. „Forum Philosophicum” 9:2004 s. 120-121; Bólož. *Rezygnacja z uporczywej terapii czy utrzymywanie życia za wszelką cenę* s. 37-38.

⁵⁹⁹ Por. Tomasz Morus. *Utopia*. Poznań 1947 s. 93.

⁶⁰⁰ Por. tamże s. 94.

⁶⁰¹ Tamże.

ma cechować się siłą i witalnością. Otwarte pozostaje pytanie, czy tak wyrażone poglądy Morusa, który uważany jest za wierzącego chrześcijanina, są rzeczywiście odzwierciedleniem jego stanowiska na temat eutanazji, czy jest to wyłącznie zabieg retoryczny, który ukazuje negatywne skutki tworzonej przez niego utopii⁶⁰².

2.1.4. Okres usamodzielnienia się teologii moralnej i czasy nowożytne

Konsekwencją postanowień Soboru Trydenckiego było powstanie seminariów duchownych, co skutkowało sformułowaniem nowego *ratio studiorum*. Wyłonienie się nowej dyscypliny teologii zwanej teologią moralną, pozwoliło na syntezę wielowiekowych rozważań dotyczących kwestii moralności. W tym kontekście istotne są dzieła tak jezuitów, którzy zakładali pierwsze potrydenckie seminaria, jak i dominikanów, którzy w swym nauczaniu odwoływali się do spuścizny Tomasza z Akwinu. Ich poglądy na temat niepodejmowania leczenia można streścić w trzech najważniejszych punktach: bezwzględny zakaz zabójstwa, nakaz rozsądnej ochrony zdrowia i życia, a także rezygnacja z nieproporcjonalnych i uciążliwych działań medycznych⁶⁰³.

Ważnym dominikańskim teologiem tego okresu był Dominik Banez (1528-1604 r.), który jako pierwszy dokonał naukowego rozróżnienia na środki zwyczajne i nadzwyczajne. Pozwala to zaliczyć go do grona najważniejszych moralistów, którzy stworzyli fundament dla współczesnej refleksji nad kwestią uporczywej terapii. Jak przystało na dominikańskiego teologa tamtego okresu, w swoich dziełach odwoływał się do Tomasza z Akwinu. W komentarzu do jego *Sumy* napisał, że człowiek „nie jest zobowiązany posługiwać się środkami nadzwyczajnymi, ale pospolitym pożywieniem i odzieniem, zwyczajnymi lekarstwami, znosić jakiś przeciętny i zwyczajny ból, nie zaś znosząc nadzwyczajny i straszny ból, ani ponosząc nadzwyczajne koszty”⁶⁰⁴.

⁶⁰² Por. Machinek. *Śmierć w dyspozycji człowieka* s. 55; por. także Malczewski. *Z dziejów pojęcia eutanazji* s. 49-55.

⁶⁰³ Por. Aszyk. *Terapia uporczywa* s. 88.

⁶⁰⁴ *Scholastica Commentaria in Partem Angelici Doctoris S. Thomae*. T. 4. Duaci 1614-1615 s. 146. Cyt. za Aszyk. *Granice leczenia* s. 46; por. także Bólož. *Rezygnacja z uporczywej terapii czy utrzymywanie życia za wszelką cenę* s. 39-41.

Istotną rolę w refleksji nad uporczywą terapią odegrał także jezuita Leonard Lessius (1554-1623 r.), który wskazywał, że przeszkody natury psychicznej mogą stanowić także usprawiedliwienie przy podejmowaniu decyzji o zaniechaniu leczenia. Pisał on otwarcie: „Kobiety, szczególnie dziewice, nie są zobowiązane, by zezwalać mężczyznom na leczenie sekretnych obszarów ciała (...). Przemawia za tym fakt, iż nikt nie jest zobowiązany zgadzać się na kurację, wobec której odczuwa odrazę nie mniejszą niż wobec samej choroby lub śmierci; lecz wiele skromnych dziewczyc woli znieść raczej chorobę lub śmierć, niż być dotkniętą przez mężczyznę. Przeto nikt nie ma obowiązku zgadzać się na coś, co wiąże się z niebezpieczeństwem złych poruszeń lub cielesnym zadowoleniem. Mało tego, do heroicznego stopnia czystości należy chcieć raczej umrzeć niż zezwolić komuś na nieskromne wyobrażenia lub na doświadczenie pożądlivych poruszeń”⁶⁰⁵.

Ważną postacią tamtego okresu był także renesansowy filozof Michał Montaigne (1533-1592), który pisał: „wszelkie leczenie odbywa się kosztem życia: nacina się nas, przyżęga, obcina się nam członki, odciąga pożywienie i krew; jeden krok dalej, i oto wyleczeni jesteśmy we wszystkim (...). Skoro stawia nas [Bóg] w takiej pozycji, iż żyć gorszym nam jest, niżeli umrzeć. Słabością jest ustępować złemu, ale szaleństwem je hodować”⁶⁰⁶. Jego zdaniem to człowiek jest ostatecznym panem swojego życia, ponieważ to jemu zostało ono dane na własność i on sam może decydować o tym, kiedy się go pozbędzie. Odwołując się do starożytnych pisarzy (Pliniusza i Seneki), tworzy na użytek własnego dyskursu swoisty katalog chorób, które dopuszczają samobójstwo i eutanazję, a wśród nich wymienia m.in. kamień w pęcherzu⁶⁰⁷.

Epokę nowożytną w filozofii zapoczątkował Franciszek Bacon (1561-1626 r.), który był twórcą empiryzmu w nauce. Jego cechą charakterystyczną jest podobne, empiryczne podejście do refleksji dotyczącej sytuacji osób ciężko chorych. Poglądy Bacona zapoczątkowały trwający w latach 1605-1858 tzw. „okres paliatywny” w którym dominowała, oczywiście różnie rozumiana, idea powszechnego obowiązku opieki nad chorymi w stanach terminalnych⁶⁰⁸. Sam Bacon był

⁶⁰⁵ *De justitia et Jure* s. 757. Cyt. za Aszyk. *Terapia uporczywa* s. 89.

⁶⁰⁶ *Próby*. Warszawa 1985 s. 58.

⁶⁰⁷ Por. tamże s. 62; por. także Aszyk. *Granice leczenia* s. 50-51.

⁶⁰⁸ Por. Wawrzyniak. *Etyka eutanazji* s. 279-280.

zwolennikiem eutanazji⁶⁰⁹, którą dzieli jednak na „wewnętrzną” (*interior*) i „zewnątrzną” (*exterior*). Pierwsza dotyczy sfery duchowej i gotowości duszy na śmierć, druga całego spektrum obejmującego działania łagodzące ból i towarzyszenie pacjentowi w umieraniu⁶¹⁰. Bacon wprowadza do medycyny kategorię *prolongatio vitae*, która jego zdaniem jest najczęściej ignorowana. Twierdzi on, że cały wysiłek lekarzy skupiony jest na walce z chorobą, a nie na przedłużaniu życia, a to właśnie powinno stanowić nadzieję dla przyszłych pokoleń. Medycyna ma ponadto służyć trosce o odpowiednią jakość tego życia, które – gdy nie ma szans na wyzdrowienie – powinno być skrócone właśnie poprzez eutanazję. Jest ona bowiem według niego jedynie zatopieniem się w głębokim i przyjemnym śnie⁶¹¹.

W podobnym duchu wypowiada się inny przedstawiciel nowożytności Dawid Hume (1711-1776 r.), który wyraźnie stwierdził, że „rezygnacja z życia jest nie tylko usprawiedliwiona, ale także godna pochwały”⁶¹², a tym samym podkreślił, że nikt nie jest zobowiązany do przedłużania swojego życia, gdy doświadczane cierpienie przewyższa jego siły. Hume nie tworzy wzorem Bacona żadnego katalogu chorób, czy sytuacji usprawiedliwiających samobójstwo, dla niego jest to osobista decyzja każdego człowieka, który według niego jest na tyle odpowiedzialny, że nie podejmie w tej materii błędnej decyzji⁶¹³.

Oświecenie w wyraźny sposób oderwało filozofię od jej chrześcijańskiego charakteru. Pojawiające się wówczas poglądy na temat eutanazji, negowanie sensu cierpienia i absolutyzowanie ludzkiej wolności przyniosły negatywny wpływ na współczesne rozumienie świętości ludzkiego życia. W odpowiedzi na poglądy głoszone przez Bacona i Huma, znany berliński lekarz Christoph Wilhelm Hufeland

⁶⁰⁹ Bacon nie traktuje eutanazji w sensie eugenicznym, lecz bardziej jako opis ówczesnie rozumianej opieki paliatywnej. Por. Kowalski. *Człowiek i bioetyka* s. 249-250; por. także Malczewski. *Z dziejów pojęcia eutanazji* s. 28-37.

⁶¹⁰ Por. Machinek. *Śmierć w dyspozycji człowieka* s. 56.

⁶¹¹ Por. F. Bacon. *De Augmentis Scientiarum*. W: *The Works of Francis Bacon, Baron of Verulam, Viscount St. Alban, and Lord Chancellor of England*. T. 1. Red. J. Spedding, R. Ellis, D. D. Heath. Londyn 1858 s. 595. Cyt. za Aszyk. *Granice leczenia* s. 51-53. Bacon staje się orędownikiem stosowania terapii łagodzących ból i cierpienie umierających pacjentów. Szerzej na ten temat pisze J. Malczewski (*Francis Bacon: eutanazja czy opieka paliatywna?* „Diametros” 2:2004 s. 74-81).

⁶¹² *On Suicide*. W: *Hume's Ethical Writings. Selections from David Hume*. Red. A. MacIntyre. Notre Dame 1965 s. 298. Cyt. za Aszyk. *Granice leczenia* s. 53.

⁶¹³ Por. Aszyk. *Granice leczenia* s. 53-54.

(1762-1863 r.) jednoznacznie podkreślił obowiązek ratowania pacjenta w każdej sytuacji. Powołując się na przysięgę Hipokratesa zauważył, że „każdy lekarz przysięgał nie czynić niczego, przez co życie człowieka mogłoby zostać skrócone”⁶¹⁴. Warto w tym miejscu zacytować dłuższy fragment jego podręcznika *Makrobiotik oder die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern*, który w XIX w. stał się najważniejszą pozycją w świecie medycyny: „Powinien on [lekarz] i nie może niczego innego czynić niż zachować życie, czy ono jest szczęściem czy nieszczęściem, czy jest warte czy też nie, to go w ogóle nie obchodzi. I kiedy raz będzie rościł sobie prawo, aby wziąć pod uwagę ten wzgląd w swoim interesie, to skutki są nieprzewidywalne, a lekarz stanie się najbardziej niebezpiecznym człowiekiem w państwie. Gdy lekarz raz przekraczając granicę, uważa się upoważniony do decydowania o konieczności czyjegoś życia, to potrzebuje jedynie stopniowych progresji, aby także do innych przypadków zastosować bezwartościowość i wskutek tego brak możliwości ludzkiego życia”⁶¹⁵. Hufeland ponadto wyraźnie podkreśla misję lekarza w towarzyszeniu, a nawet ułatwianiu umierania, z jednoznacznym bezwzględny odrzuceniem eutanazji⁶¹⁶.

Johann Christian Reil (1759-1813 r.), który przez pewien okres życia współpracował z Hufelandem, w swojej pracy *Szkice z terapii ogólnej* dopuszcza stosowanie narkotyków celem ograniczenia świadomości pacjenta, by uchronić go od bólu, nawet jeśli skutkowałyby to śmiercią. Nie zgadza się jednak z czynnym odbieraniem życia, a zadania lekarza ogranicza do roli towarzysza, który pozwala choremu przejść przez stan agonalny⁶¹⁷.

Przeciwnikiem eutanazji i samobójstwa był także Immanuel Kant (1724-1804 r.), który swoje stanowisko argumentował prawami natury. Według niego zgodna na odebranie sobie życia ze względu na miłość własną stoi w sprzeczności z celem przyrody, jakim jest popieranie i obrona ziemskiej egzystencji⁶¹⁸. Takie stanowisko jednego z większych myślicieli oświeceniowych, któremu udało się znieść dysonans między kartezjańskim racjonalizmem a empiryzmem Hume’a, jest istotnym punktem odniesienia we współczesnej debacie na temat eutanazji i uporczywej terapii. W tym

⁶¹⁴ Cyt. za Schockenhoff. *Etyka życia* s. 465.

⁶¹⁵ Cyt. za tamże.

⁶¹⁶ Por. tamże s. 465-466; por. także Wawrzyniak. *Etyka eutanazji* s. 282-283.

⁶¹⁷ Por. tamże s. 283.

⁶¹⁸ Por. I. Kant. *Uzasadnienie metafizyki moralności*. Warszawa 1984 s. 51-52.

okresie działali także inni filozofowie i etycy zajmujący się tym zagadnieniem. Warto wspomnieć ich nazwiska i najważniejsze dzieła: Karl Ludwig Klohss (*Eutanazja, czyli o sztuce czynienia umierania lżejszym*), William Munk (*Eutanazja, czyli postępowanie medyczne na rzecz pomocy w spokojnej śmierci*) i nieznany z imienia dr Reimann (*O szkodliwości procedur eutanastycznych przy łóżku chorego*)⁶¹⁹.

2.2. Współczesne stanowiska laickie

Celem stworzenia całościowego obrazu etycznych aspektów uporczywej terapii, oprócz analizy stanowiska Kościoła i rozważań historycznych, konieczne jest spojrzenie na ten problem z perspektywy środowisk laickich. To one we współczesnym świecie wywierają zdecydowanie największy wpływ na kształt państwowego ustawodawstwa związanego z medycyną, dlatego nie sposób nie dostrzec ich znaczenia. Etyki laickiej nie charakteryzuje jednak jednomyślność, a poszczególne środowiska nie tylko różnie definiują samą uporczywą terapię, ale inaczej pojmują sam fenomen życia. Celem usystematyzowania tego złożonego zagadnienia, materiał zostanie podzielony na trzy części odpowiadające odpowiednim stanowiskom: radykalnemu, umiarkowanemu i permisywnemu.

2.2.1. Stanowiska radykalne

Cechą charakterystyczną radykalnego podejścia do kwestii terapii osób umierających jest *dystanazja*, czyli bezwarunkowa obrona ludzkiego życia. Zgodnie z takim myśleniem, pacjent zawsze powinien poddać się leczeniu, niezależnie jak trudne do zniesienia będą zastosowane przez medycynę środki⁶²⁰. Źródłem takiego podejścia można doszukać się w XIX-wiecznej rewolucji kodeksowej, która miała miejsce w obszarze nauk medycznych. Jedną z ważniejszych pozycji z tamtego okresu był opublikowany w 1847 r. przez Amerykańskie Towarzystwo Medyczne *Kodeks Etyki Lekarskiej*⁶²¹. Obalał on dotychczasową hipokratesową koncepcję

⁶¹⁹ Por. Wawrzyniak. *Etyka eutanazji* s. 283-284.

⁶²⁰ Por. Bołoz. *Etyczne warunki* s.163-164.

⁶²¹ Por. American Medical Association. *Code of Medical Ethics*. Philadelphia 1874. [Http://www.ama-assn.org/resources/doc/ethics/x-pub/1847code.pdf](http://www.ama-assn.org/resources/doc/ethics/x-pub/1847code.pdf) [dostęp: 10.08.2016]

dopuszczającą odstępianie od ingerencji medycznej w sytuacji, gdy takie działanie nie służy już dobru człowieka i w żaden sposób nie jest się w stanie zapobiec jego śmierci. Twórcy kodeksu wyraźnie stwierdzili, że kontynuowanie terapii jest „nadzwyczaj korzystne dla pacjenta i pocieszające dla bliskich skupionych wokół niego, nawet w ostatnim okresie choroby”⁶²². W myśl tej zasady zakazywano informowania pacjenta o tzw. „mrocznych prognozowaniach”, czyli mówienia prawdy o jego poważnym stanie zdrowia⁶²³. Tak sformułowane przepisy są dowodem na postępujące już wtedy „zmedykalizowanie śmierci”, a także ograniczenie ludzkiego życia do wymiaru biologicznego, pozbawiając go pierwiastka duchowego. Skutki takiej postawy widoczne są po dziś dzień. David J. Bleich twierdzi, że „życie ludzkie jest najwyższą wartością i ma ono pierwszeństwo niemal ponad wszystkim”⁶²⁴, a w swych poglądach nie różni się zasadniczo od innych przedstawicieli swojej religii⁶²⁵. W tak rozumianej wizji ludzkiej egzystencji, każda, nawet najkrótsza jej chwila, ma nieocenione znaczenie. Przypisywanie życiu nieskończonej wartości prowadzi do jego absolutyzacji, a co za tym idzie odebrania człowiekowi prawa do oceniania go przez pryzmat jego jakości. Pacjent ma obowiązek zawsze poddać się terapii, a lekarz zobowiązany jest do walki o nawet najmniejszy przejaw życia. Dokonuje tego stosując wszelkie znane sobie sposoby oraz aplikując leki nawet w przypadku osób nieuleczalnie chorych, gdy wiadomo, że nie przyniosą one już żadnej medycznej korzyści. W tym kontekście jakakolwiek naukowa klasyfikacja daremności prowadzonej terapii nie ma zastosowania w jej ocenie etycznej⁶²⁶.

⁶²² Por. tamże; por. także K. Szewczyk. *Polemika bioetyka z wypowiedzią Teologa* s. 3-4. [Http://www.ptb.org.pl/pdf/szewczyk_uporczywa_terapia_3.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/szewczyk_uporczywa_terapia_3.pdf) [dostęp: 22.11.2014].

⁶²³ American Medical Association. *Code of Medical Ethics*.

⁶²⁴ *Judaism and Healing: Halakhic Perspectives*. Nowy Jork 1981 s. 1.

⁶²⁵ Jest on powszechnie uznanym rabinem i wykładowcą Talmudu na University Yeshiva w Nowym Jork. Przedstawiciele ortodoksyjnego judaizmu, często zajmującego stanowisko we współczesnych sporach związanych z etyką medyczną, reprezentują stanowisko radykalne w etycznej ocenie uporczywej terapii. Taka postawa, zbliżona do etyki laickiej, sprawia, że wywierają oni duży wpływ również na współczesne środowiska medyczne. W podobnym tonie wypowiadają się ponadto Fred Rosner: „wartość życia jest absolutna i najwyższa” oraz Immanuel Jakobovits: „prawo żydowskie definiuje każde ludzkie życie jako mające nieskończoną wartość” (por. F. Rosner. *Risks versus in Treating the Gravely Ill Patient. Ethical and Religious Considerations*. W: *Jewish Values in Bioethics*. Red. L. Meier. Nowy Jork s. 47; I. Jakobovits. *Ethical Problems Regarding the Termination of Life*. W: *Jewish Values in Bioethics*. Red. L. Meier. Nowy Jork s. 64. Cyt. za Aszyk. *Granice leczenia* s. 68).

⁶²⁶ Por. Aszyk. *Granice leczenia* s. 68-71.

W tak rozumianej koncepcji śmierć traktuje się jako błąd w sztuce lekarskiej, a pojęcie „umierającego pacjenta” zastępuje się „osobą ciężko chorą”, której trzeba bezwzględnie pomóc, nie szczędząc tak środków finansowych, jak i ewentualnego cierpienia. Przedstawicielem takiego podejścia do kwestii osób umierających jest amerykański onkolog David Karnofsky, który twierdzi: „Zaniechania agresywnego lub nadzwyczajnego leczenia mogą żądać i popierać je planiści państwowi, eksperci od wydajności, pracownicy społeczni, filozofowie, teologowie, ekonomiści i filantropii”. Zadaniem lekarza jest jednak stosowanie „kosztownych i rozpaczliwych środków podtrzymujących życie” tak długo, „dopóki sprawa nie wymknie mu się z rąk”⁶²⁷. Tak rozumiana uporczywa terapia ma wiele wspólnego z eutanazją. W obu przypadkach człowiek jawi się jako ktoś, kto ma wszechmocną władzę nad swoim życiem i, albo decyduje o przyspieszonej śmierci, jak w przypadku eutanazji, albo walczy o sztuczne przedłużanie tego życia nie godząc się z nieuchronnym procesem umierania⁶²⁸. Z medykacją może wiązać się także problem refikacji (urzeczwienia), w którym pacjent traktowany jest jako swego rodzaju „przypadek”, z którym medycyna musi sobie poradzić. To, co może mieć miejsce na poziomie nomenklatury naukowej, gdy wchodzi w przestrzeń relacji lekarz-chory, zawsze skutkuje uprzedmiotowieniem tego drugiego⁶²⁹.

Źródłem takiej postawy jest między innymi skrajnie rozumiany paternalizm, który daje lekarzowi jednostronną władzę nad śmiercią. Rodzi to uzasadnione obawy, że pacjent może być zbyt późno uznany za zmarłego. Nie są to obawy bezpodstawne, gdyż w przeszłości z powodu słabo rozwiniętego systemu ubezpieczeń, taka postawa niejednokrotnie rujnowała rodzinne budżety, ponieważ wbrew wszelkiej logice, stosowano wobec chorego przedłużającą się terapię. Chęć bronięcia życia za wszelką cenę wynika ponadto z pewnej zniekształconej wizji naturalizmu. Z jednej strony, gdy względnie absolutyzuje się to, co naturalne, daje on pierwszeństwo jakości życia i wtedy dopuszcza eutanazję, z drugiej jednak strony, gdy bezwzględnie absolutyzuje to, co naturalne i podkreśla wyłączną

⁶²⁷ Cyt. za K. Szewczyk. *Daremność medyczna nie jest (całkowicie) bezużyteczną koncepcją*. W: *Uporczywa terapia we współczesnej medycynie*. Red. R. Budziński. Pelplin 2016 s. 67.

⁶²⁸ Por. Pala. *Śmierć na miarę człowieka* s. 146-148; por. także R.L. Lucas. *Bioetyka dla każdego*. Częstochowa 2005 s. 169.

⁶²⁹ Por. E. Anczyk, A. Anczyk. *Lekarski etos w relacjach z pacjentem*. „Medycyna Środowiskowa” 1:2010 z. 13 s. 127.

wartość życia biologicznego, wtedy broni go za wszelką cenę. Tak rozumiana etyka zaprzecza transcendentalności ludzkiej egzystencji, dbając o jakiegokolwiek przejaw życia, byle jak najdłużej nie dopuścić do jego kresu⁶³⁰.

2.2.2. Stanowiska umiarkowane

W przeciwieństwie do *dystanazji*, która charakteryzuje radykalne podejście do kwestii uporczywej terapii, cechą wyróżniającą stanowiska umiarkowane jest *ortotanazja*. Oznacza ona swoistą syntezę etyczną szacunku dla ludzkiego życia i prawa do godnej śmierci. Pierwotnie na określenie takiej postawy proponowano użycie wyrażenia *benemortasia*⁶³¹, które dosłownie tłumaczy się jako *eutanazja*. Ryzyko pomieszania pojęć i zatarcia różnicy między poszczególnymi znaczeniami *eutanazji* było przyczyną powstania niezależnego terminu *ortotanazja*, który w 1950 r. sformułował Boskan di Liegi. Definicja miała przede wszystkim oznaczać nową kulturę umierania, a tym samym godne przeżywanie śmierci. Aby można było mówić o *ortotanazji*, musi być spełnione pięć podstawowych warunków. Po pierwsze, umierający powinien być otoczony opieką medyczną, po to by ulżyć mu w cierpieniu i przedłużyć jego życie. Po drugie, śmierć jest rozumiana jako wydarzenie osobowe. Po trzecie, osobie umierającej pozwala się przeżyć śmierć w sposób świadomy i godny. Po czwarte, pacjent ma zapewnioną opiekę religijną. Po piąte, wobec umierającego stosuje się terapię przeciwbólową⁶³². Podobne postulaty można odnaleźć także w polskim środowisku medycznym. Wybitny lekarz, a jednocześnie naukowiec, Tadeusz Kielanowski, jest twórcą *eutanalogii*, której celem jest doskonalenie opieki nad umierającym pacjentem. „Skoro – jak pisze – można uczynić umieranie mniej ciężkim, warto rozwijać odrębną specjalność medyczną [...] naukę o dobrym umieraniu. Każdy lekarz winien ją opanować. Należy przeto nauczać jej w Akademiach Medycznych”⁶³³. Tak rozumiana *eutanalogia* jest

⁶³⁰ Por. Pala. *Śmierć na miarę człowieka* s. 146-147.

⁶³¹ Pojęcie w takiej formie chciał wprowadzić m.in. harwardzki profesor Kick (por. M. Vidal. *Eutanazja wyzwaniem dla sumienia*. W: *Nadzieje i zagrożenia współczesnej rodziny*. Red. W. Kawecki. Kraków 1995 s. 155-178).

⁶³² Por. tamże s.168.

⁶³³ *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*. „Etyka” 14:1975 s. 105. Szerzej na temat refleksji Kielanowskiego na temat *eutanalogii* pisze J. Halasz (*Tadeusza Kielanowskiego koncepcja eutanalogii – nauki o dobrym umieraniu*. W: *Bioetyka i praktyka medyczna. Wybrane zagadnienia*. Red. B. Dobrowolska. Lublin 2011 s. 57-67).

dziedziną interdyscyplinarną, która łączy medycynę z naukami humanistycznymi i filozofią, cały czas pozostając w obszarze nauk medycznych. Postulat *ortotanazji* i *eutanalogii* to swoista synteza umiarkowanego stanowiska dotyczącego uporczywej terapii i jako taka znajduje swoje potwierdzenie w prawodawstwie niektórych krajów. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na opracowany w 2008 roku *Konsensus Polskiej Grupy Roboczej do Spraw Problemów Etycznych Końca Życia*, który w taki sposób zdefiniował to zagadnienie: „Uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiąże się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta”⁶³⁴. W myśl polskiego prawa lekarz ma obowiązek ratować życie człowieka w nagłych i niespodziewanych stanach zagrożenia życia, jednak jest zwolniony z tego obowiązku w przypadku osób z chorobą przewlekłą, gdy ma się do czynienia z uporczywą terapią. Tak rozumiane prawo znajduje swoje potwierdzenie w orzeczeniu Sądu Najwyższego z 4 kwietnia 2007 r.⁶³⁵, w którym ściągą się z lekarza odpowiedzialność za spowodowanie śmierci pacjenta w momencie, gdy słusznie stwierdza, że sugerowana ingerencja medyczna miałaby charakter nieproporcjonalny⁶³⁶. Również *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka* z 1948 r. wyraźnie podkreśla nienaruszalne prawo człowieka do życia. Tego prawa nikt w żaden sposób nie może się zrzec i nikt nie może być tego prawa przez kogokolwiek pozbawiony⁶³⁷.

⁶³⁴ *Definicja Uporczywej Terapii* s. 77. Ponadto sama kategoria środków zwyczajnych i nadzwyczajnych znalazła się w polskim prawodawstwie znacznie wcześniej, bo już w 1994 r. zawarto je w *Kodeksie Etyki Lekarskiej*, gdzie podkreślono: „w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych” (*Kodeks Etyki Lekarskiej*. Warszawa 1991 art. 32).

⁶³⁵ *Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 stycznia 2007 r.* Sygn. V CSK 396/06. Biuletyn SN 2007 4:15. Komentarz do tego wyroku można znaleźć w publikacjach konstytucjonalisty Andrzeja Zolla (m.in. *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*. „Prawo i Medycyna” 2:2000 nr 5).

s. 31-38; *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*. Warszawa 1988).

⁶³⁶ Por. M. Szeroczyńska. *Odstąpienie od uporczywej terapii – de lege lata i de lege ferenda*. „Medycyna Paliatywna” 5:2013 s. 33.

⁶³⁷ Por. *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z 10 grudnia 1948 r.* Art. 3. [Http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowiek_a.pdf](http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowiek_a.pdf) [dostęp: 20.02.2017]; por. także Bołoz. *Rezygnacja z uporczywej terapii czy utrzymywanie życia za wszelką cenę* s. 35.

Pochodząca z tego samego roku tzw. *Deklaracja genewska* opracowana przez Światowe Stowarzyszenie Medyczne nakłada na lekarza obowiązek „najwyższego respektu dla życia ludzkiego”⁶³⁸. Podobnie, sformułowany przez to samo gremium *Międzynarodowy Kodeks Etyki Medycznej* z 1949 r., nakazuje „chronić życie ludzkie od poczęcia aż do śmierci”⁶³⁹.

Źródłem takiego podejścia do kwestii umierania człowieka jest niewątpliwie personalizm. Nurt ten nie absolutyzuje biologicznego życia człowieka i jednocześnie nie skupia się wyłącznie na wymiarze duchowym. „Personalistyczne poszukiwania obiektywnego dobra dla osoby starają się uchronić biotechnologię i medycynę przed jej dehumanizacją, przed techno-totalitarnymi tendencjami, w których człowiek stałby się niewolnikiem technicznych wytworów”⁶⁴⁰. Stąd powrót do personalizmu jest jednym z głównych wyzwań, jakie stoją przed dzisiejszą sztuką lekarską. Słuszny zatem zdaje się być postulat „powrotu medycyny do swoich korzeni filozoficznych oraz do etyki związanej z aksjologicznymi założeniami moralności uniwersyteckiej, obowiązującej wszystkich ludzi”⁶⁴¹.

Według przedstawicieli tak rozumianej bioetyki uparte stosowanie nieproporcjonalnych środków w leczeniu człowieka sprzeciwia się integralnemu dobru chorego i tym samym odbiera mu prawo do naturalnej śmierci. Stąd uporczywa terapia traktowana jest przede wszystkim jako zagrożenie dla godności osoby i w takiej sytuacji należałoby dla dobra pacjenta z niej zrezygnować⁶⁴². Tak rozumiana osobowa godność człowieka staje się zatem obiektywną normą moralności⁶⁴³. Człowiek i jego życie, jako wartości same w sobie, zaczynają być jednocześnie wyznacznikiem granic moralnego działania w medycynie. Tego rodzaju fundament antropologiczny staje się podstawą dla tworzonych rozstrzygnięć etycznych, a za punkt wyjścia przyjmuje się obiektywną prawdę

⁶³⁸ Światowe Stowarzyszenie Medyczne. *Deklaracja Genewska*. Genewa 1948; por. Dunn. *Etyka dla lekarzy* s. 45-46

⁶³⁹ Światowe Stowarzyszenie Medyczne. *Międzynarodowy Kodeks Etyki Medycznej* z 1949. Genewa 1949. Cyt. za Dunn. *Etyka dla lekarzy* s. 46-47.

⁶⁴⁰ T. Biesaga. *Personalizm a pryncypializm w bioetyce*. W: *Podstawy i zastosowania bioetyki*. Red. T. Biesaga. Kraków 2001 s. 48.

⁶⁴¹ W. Gubała. *Personalistyczna koncepcja etyki medycznej*. „Ethos” 7:1994 nr 1-2 s. 155.

⁶⁴² Por. Morończyk. „Do not resuscitate” s. 78; por. także Pala. *Śmierć na miarę człowieka* s. 153-154.

⁶⁴³ Por. Ślipko. *Granice życia* s. 104; por. także Osińska. *Dorobek etyczny medycyny* s. 8; A. Bohdanowicz. *Teolog wobec moralnych dylematów współczesnej medycyny i biotechnologii*. „Colloquia Theologica Ottoniana” 2:2006 s. 47-52.

o człowieku, to kim on w swej istocie jest. Z tych założeń powstaje przekonanie, że życie ludzkie posiada niezbywalną godność, z tej właśnie racji, że jest życiem osoby. Konsekwentnie charakteryzuje się ono także nietykalnością. Jednocześnie nie podważa to w żaden sposób prawdy o nieuchronnej śmierci człowieka, wręcz przeciwnie, na podstawie tych samych stwierdzeń opisuje się prawo do godnego umierania⁶⁴⁴. Dla przedstawicieli tak rozumianego personalizmu ważnym rozróżnieniem jest podział na środki proporcjonalne i nieproporcjonalne stosowane ze względu na dobro pacjenta. Człowiek ma moralny obowiązek troski o swoje zdrowie i życie, a co za tym idzie korzystania ze środków zwyczajnych (proporcjonalnych). Nie mają jednak żadnego etycznego uzasadnienia wszelkie próby ratowania pacjenta, który bezpowrotnie utracił zdolność do życia osobowego. Takie działanie należy uznać za nieproporcjonalne⁶⁴⁵. Owe praktyki kliniczne stają się istotnym przedmiotem rozważań bioetycznych, gdyż ich charakter ma fundamentalny wpływ na moralność poszczególnych ingerencji medycznych.

Ciekawej analizy historycznych uwarunkowań związanych ze środkami zwyczajnymi i nadzwyczajnymi dokonali Gerald Kelly oraz Edwin F. Healy. Obaj niezależnie od siebie stwierdzili, że to, co na przestrzeni ostatnich wieków było traktowane jako środek nieproporcjonalny (np. ból, amputacja, wstyd), w czasach współczesnych może zmienić znaczenie i nie być już przeszkodą do stosowania terapii. Stąd zwyczajność i nadzwyczajność działań medycznych jest sprawą umowną i zależy od danego kontekstu społeczno-historycznego⁶⁴⁶. Kelly podkreśla ponadto, że obowiązkiem lekarza jest stosowanie takich środków, które uznaje się za konieczne i tych, które można traktować jako nieobowiązkowe, o ile poprosi o nie świadomy swej sytuacji pacjent⁶⁴⁷.

We współczesnej debacie na temat uporczywej terapii pojawia się także polemika z często postulowaną zasadą moralnej symetrii⁶⁴⁸. Wśród oponentów

⁶⁴⁴ Por. A. Bartoszek. *Uporczywa terapia przeciwnowotworowa – aspekty etyczne*. „Hematologia” 3:2012 nr 2 s. 137.

⁶⁴⁵ Por. Wróbel. *Człowiek i medycyna* s. 422-428.

⁶⁴⁶ Por. Aszyk. *Granice leczenia* s. 80-81.

⁶⁴⁷ Por. *The Duty to Preserve Life*. „Theological Studies” 12:1951 s. 551. Cyt. za Aszyk. *Granice leczenia* s. 82.

⁶⁴⁸ Według zwolenników tej zasady nie istnieje żadna moralna różnica między celowym przyzwoleniem na czyjąś śmierć a umyślnym zabiciem. Za głosicieli tej teorii można uznać Michaela Tooley’a i Jamesa Rachels’a (por. M. Ferdynus. *O działaniu, zaniechaniu i dopuszczeniu śmierci*. „Colloquia Theologica Ottoniana” 1:2013 s. 209-211).

należy wskazać m.in. Daniela Callahan'a, który podkreśla wyraźną różnicę między fizycznym zabiciem a dopuszczeniem śmierci. Jako czynnik rozróżniający wskazuje przyczynowość danej sytuacji, stąd przerwanie uporczywej terapii nie może być traktowane jako tożsame z eutanazją, a tym samym w taki sam sposób oceniane moralnie. Dla Callahan'a to choroba, a nie jakakolwiek decyzja człowieka (czy to lekarza, czy pacjenta) jest przyczyną śmierci⁶⁴⁹. Warto zwrócić uwagę także na koncepcję „nieskutecznego leczenia”, której twórcami są Lawrence J. Schneiderman i Nancy S. Jecker. Za kryterium skuteczności lub jej braku przyjmują korzyść, jaką pacjent odnosi z danej terapii. Wyróżnili oni ilościowe i jakościowe aspekty nieskutecznego leczenia. W pierwszej sytuacji sto przypadków niepowodzenia danej praktyki medycznej uznali za wystarczający argument za odrzuceniem terapii. W przypadku kryterium jakościowego⁶⁵⁰, za nieskuteczne uznano działanie ograniczające się m.in. do podtrzymywania życia pacjenta, który pozostaje nieświadomy i nie przynosi to żadnej korzyści choremu⁶⁵¹.

Do koncepcji „nieskutecznego leczenia” odwołuje się także Edmund Pellegrino, który traktuje ją jako „rozsądny osąd kliniczny”, a nie jako zasadę moralną⁶⁵². Zgodnie z tą teorią, o orzekaniu na temat nieskuteczności leczenia mają świadczyć trzy kryteria: efektywności, korzyści i obciążeń związanych z działaniem medycznym⁶⁵³. Opisywana koncepcja ma też swoje słabości, gdyż może być źródłem różnych nadużyć. Sama nieskuteczność jest kategorią bardzo szeroką i w wielu wypadkach subiektywną, co może niekiedy skutkować świadomą lub nieświadomą eutanazją w imię źle rozumianych argumentów moralnych.

⁶⁴⁹ Por. D. Callahan. *Zabicie a przyzwolenie na śmierć*. W: *Antologia bioetyki. Wokół śmierci i umierania*. T. 1. Red. W. Galewicz. Kraków 2009 s. 174.

⁶⁵⁰ Szerzej o tak rozumianej kategorii jakości życia pisze J. Wolski (por. *Osoba miarą i kryterium ingerencji medycznej*. W: *Ku rozumieniu godności człowieka*. Red. G. Hołub, P. Duchliński. Kraków 2008 s. 262-267).

⁶⁵¹ Por. L. J. Schneiderman, N. S. Jecker, A. R. Jonsen. *Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications*. „Annals of Internal Medicine” 112:1990 s. 951-952. Cyt. za Aszyk. *Granice leczenia* s. 88-89.

⁶⁵² Por. Aszyk. *Granice leczenia* s. 90.

⁶⁵³ Por. E.D. Pellegrino. *Decision at the End of Life: Use and Abuse of the Concept of Futility*. W: *The Dignity of the Dying Person. Proceedings of the Fifth Assembly of the Pontifical Academy for Life*. Red. J. V. Correa. E. Sgreccia. Rzym 2000 s. 227-228. Cyt. za Aszyk. *Granice leczenia* s. 90-91.

2.2.3. Stanowiska permissywne

Stanowiska permissywne, czyli pozwalające na pełną swobodę w podejmowaniu decyzji o zaniechaniu stosowania uporczywej terapii, uległy na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci dużym przeobrażeniom, stąd trudno wykazać jednolity charakter tego środowiska⁶⁵⁴. Amerykańskie Stowarzyszenie Eutanazyjne krótko po II wojnie światowej postulowało wprowadzenie możliwości uśmiercania osób starszych i nieuleczalnie chorych w momencie, gdy znajdowali się już w ostatniej fazie procesu umierania. Powołujące się na tak sformułowaną tezę Niemieckie Towarzystwo na Rzecz Humanistycznego Umierania rozszerzyło jej zakres o wszystkie osoby w stanie ciężkiego cierpienia, które dobrowolnie i świadomie chciałyby w ten sposób skończyć ze swoim życiem. Współcześnie coraz częściej można spotkać zwolenników nawet narzuconego odbierania życia w przypadku osób upośledzonych (takie poglądy głosi m.in. John Harris). Jaff McMahan uważa natomiast, że zabójstwo osoby poza ostatnią fazą umierania jest dopuszczalne po spełnieniu następujących warunków: „jednostce, która umiera, śmierć przynosi korzyść albo jest dla niej dobra i że działający ma zamiar czynić to, co jest dobre dla tej jednostki i że kieruje się intencją, aby być dla tej jednostki pożytecznym przez to, że powoduje jej śmierć”⁶⁵⁵. Pokazuje to jasno, że początkowa idea liberalizująca tradycyjne stanowisko dotyczące sytuacji osoby w ostatniej fazie życia, szybko przekształciła się z biernej eutanazji w czynną, a następnie stopniowo rozszerzała dopuszczalność jej stosowania na nowe grupy społeczne.

Niewątpliwie olbrzymi wpływ na współczesne stanowiska dotyczące kwestii bioetycznych, w tym także te obejmujące swoim zainteresowaniem obszar związany z uporczywą terapią, mają wydarzenia historyczne ostatnich lat, w tym w dużej mierze rozwój niektórych nurtów myśli filozoficznej. Po dziś dzień zaobserwować można pokaźne dziedzictwo filozoficzno-społeczne socjalizmu, liberalizmu i pozytywizmu prawnego, które w konkretny sposób odcisnęły piętno na współczesnych orzeczeniach dotyczących kwestii bioetycznych. Marksizm, zawdzięczający swoją nazwę Karolowi Marksowi⁶⁵⁶ (1818-1883 r.), stał się

⁶⁵⁴ Por. Schockenhoff. *Etyka życia* s. 525-530.

⁶⁵⁵ *The Ethics of Killing*. Oxford 2002 s. 456. Cyt. za Schockenhoff. *Etyka życia* s. 527.

⁶⁵⁶ Sam Marks w swoim dziele *Eutanazja medyczna. Szkic akademicki* odrzuca jednak możliwość aktywnego skrócenia życia pacjentowi, a także wszelkiego rodzaju eutanazje samobójcze. Podkreśla on również, że chorego należy leczyć dozwolonymi środkami,

przyczyną powstania tzw. „walki klas”, która zrodziła konkretne konsekwencje w opartych na tych założeniach państwach komunistycznych. Również współcześnie, wiele lat po upadku tych totalitaryzmów, silnie oddziałują one na wiele środowisk etycznych. Materializm, będący jednym z głównych założeń Marksa, a następnie rozwijany przez Fryderyka Engelsa⁶⁵⁷ (1820-1895 r.) i Karla Kautsky’ego⁶⁵⁸ (1845-1938 r.), odziera całą ziemską rzeczywistość z jakichkolwiek wartości duchowych. To człowiek staje się miarą samego siebie, on decyduje o świecie i zajmuje to miejsce, które kiedyś należało do Boga⁶⁵⁹. W tym kontekście człowiek zaczyna być postrzegany jako część przyrody pozbawiona wyższych, duchowych pierwiastków. Stąd prawa, które dotyczą świata przyrody, należy w prosty sposób przełożyć na koncepcję człowieka i wartości jego życia. Skutkuje to radykalnymi stwierdzeniami, że ciało ludzkie nie jest własnością osoby, ale większego organizmu społecznego, stąd „wadliwy element” należy jak najszybciej usunąć i zastąpić bardziej efektywnym⁶⁶⁰. Decydować o tym, czy daną jednostkę usunąć ze społeczeństwa, mają ci, którzy są klasą silniejszą, czyli ustawodawcy lub lekarze. W punkcie wyjścia jest to zaprzeczeniem pierwotnej idei socjalizmu, który miał brać w obronę właśnie tych słabszych. Zmieniła się także rola lekarza, który do tej pory miał ratować pacjenta, a w tak rozumianej koncepcji socjalistycznej ma leczyć ciało społeczne, stawiając dobro państwa ponad dobro chorego⁶⁶¹. W tym okresie powstało nowe określenie „moralności gatunku”, które miało zastąpić moralność ludzką i podkreślać, że człowiek funkcjonuje tylko jako członek organizmu społecznego⁶⁶².

Duży wpływ na współczesne stanowiska dotyczące kwestii bioetycznych miał także liberalizm, którego początków w zachodniej myśli filozoficznej doszukiwać się można już w XVIII w. Na szczególną uwagę zasługuje działalność angielskich myślicieli przełomu XVII i XVIII stulecia, wśród których warto wymienić takie postacie jak: Thomas Hobbes (1588-1679 r.), John Locke (1632-1704 r.), David

a w tej kwestii lekarz nie może ulegać naciskom innych osób (por. Wawrzyniak. *Etyka eutanazji* s. 283).

⁶⁵⁷ Por. *Anty-Dührung*. W: F. Engels. *Dzieła*. T. 20. Warszawa 1972 s. 101-103.

⁶⁵⁸ Por. *Etyka w świetle materialistycznego pojmowania historii*. Warszawa 1959.

⁶⁵⁹ Por. Muszala. *Medycyna a globalizacja* s. 136-140.

⁶⁶⁰ Por. Schooyans. *L'Évangile face au désordre mondial* s. 74-75; por. także Muszala. *Medycyna a globalizacja* s. 144-148.

⁶⁶¹ Por. M. Schooyans. *Aborcja a polityka*. Lublin 1991 s. 122.

⁶⁶² Por. Schooyans. *L'Évangile face au désordre mondial* s. 35.

Hume (1711-1776 r.) i Jeremy Bentham (1748-1832 r.). Głoszone przez nich poglądy znalazły podatny grunt w ogarniętej oświeceniem Europie kontynentalnej, gdzie zostały rozwinięte m.in. przez Jeana Jacquesa Rousseau (1712-1778 r.), czy Charlesa Montesquieu (1689-1775 r.). Współczesny liberalizm zwany neoliberalizmem nadal jest silnie reprezentowany w środowiskach naukowych, wśród których za wybitnych przedstawicieli uchodzą nobliści Friedrich A. von Hayek (1899-1992 r.), Milton Friedman (1912-2016 r.) oraz Isaiach Berlin (1909-1997 r.), Michael Novak (ur. 1933 r.), Ludwig von Misses (1881-1973 r.) i John Rawls (1921-2002 r.)⁶⁶³. Wczytując się w postulaty współczesnego liberalizmu należy podkreślić, że nie jest on jednorodny, stąd w kontekście analizy rozwoju zagadnień bioetycznych warto wykazać trzy zasadnicze nurty, które utworzyły się w jego obrębie: absolutyzacja autonomii jednostki, teorie maltuzjańskie oraz koncepcje Galtona⁶⁶⁴. W kontekście współczesnego stanowiska dotyczącego stosowania uporczywej terapii szczególnego znaczenia nabiera pierwsza kwestia. Absolutyzacja autonomii jednostki ma na celu podkreślenie, że to człowiek jest wyłącznym panem swojego życia i nie zależy od nikogo. Jedynym, co go ogranicza jest jego wolna wola, która podpowiada mu, co ma robić, co jest dobre, a co złe i to jednostka staje się twórcą moralności⁶⁶⁵. Szczególnym przedstawicielem tak rozumianej wolności jest egzystencjalista J.P. Sartre (1905-1980 r.), który pisał, że „dla wolności nie istnieją żadne inne granice, poza nią samą”⁶⁶⁶.

Nie bez znaczenia jest także dziedzictwo tzw. pozytywizmu prawnego, którego jednym z przedstawicieli jest Hans Kelsen (1881-1973 r.). Był on twórcą koncepcji „czystego prawa”, wedle której człowiek jest całkowicie podporządkowany istniejącym normom i zobowiązany do ich przestrzegania. Osoba ludzka nie jest już podstawą i celem prawa, a jedynie środkiem do funkcjonowania pozytywnego prawa⁶⁶⁷. Tym samym wszelkie narzucane przepisy, w tym te powstające na gruncie międzynarodowym, są zobowiązujące nie dlatego, że są prawdziwe bądź

⁶⁶³ Por. Muszala. *Medycyna a globalizacja* s. 149.

⁶⁶⁴ Szerzej na ten temat pisze A. Muszala (tamże s. 149-169), który opiera się na obszernym opracowaniu tematu przez Michalea Schooyansa.

⁶⁶⁵ Por. J. Piasecki. *Autonomia pacjenta i władza medycyny w perspektywie wspomaganej śmierci*. W: *Od autonomii osoby do autonomii pacjenta*. Red. G. Hołub [i in.]. Kraków 2013 s. 231-234.

⁶⁶⁶ J. P. Sarter. *L'être et le neant. Essai d'ontologie phenomenologique*. Paryż 1955 s. 514.

⁶⁶⁷ Por. Muszala. *Medycyna a globalizacja* s. 171.

nieprawdziwe, ale dlatego, że są ważne i obowiązujące⁶⁶⁸. Niektórzy autorzy zwracają uwagę na wynikające z takiej postawy niebezpieczeństwa. Państwo przestaje już być instytucją służącą człowiekowi, lecz staje się celem samym w sobie. Podobnie organizacje międzynarodowe w tym m.in. Organizacja Narodów Zjednoczonych czy Światowa Organizacja Zdrowia, roszcząc sobie prawo do decydowania o tym, co jest słuszne, robią to w imię swoiście rozumianych praw człowieka⁶⁶⁹. W ten sposób z łatwością można wprowadzać takie przepisy, które nie tyle będą uwzględniały niezbywalną godność każdej osoby ludzkiej, ale interesy bliżej niezdefiniowanych grup społecznych.

Stanowiska permissywne związane z oceną sytuacji krańcowych ludzkiego życia są zjawiskiem złożonym, dlatego po ogólnym opisie i wskazaniu ich źródeł we współczesnych nurtach filozoficznych warto na przykładzie trzech konkretnych autorów (Jamesa Rachelsa, Charlesa F. McKhanna i Josepha Fletchera) przeanalizować ich najważniejsze idee⁶⁷⁰.

James Rachels za cel swoich filozoficznych rozważań na temat śmierci obrał obalenie dotychczasowego stanowiska mówiącego, że celowe pozbawienie życia osoby niewinnej jest zawsze czynem bezwzględnie złym. Zaczął kwestionować obecną nie tylko w świecie chrześcijańskim, ale także w innych religiach zasadę mówiącą, że każde życie jest święte. Do dyskusji wprowadził nowe rozróżnienie na „posiadanie życia” (*having a life*) i „bycie żywym” (*being alive*)⁶⁷¹, chcąc w ten sposób podkreślić, że człowiek podobnie jak rośliny i zwierzęta jest istotą żywą⁶⁷². Jednak tym, co go od nich odróżnia, jest biografia, czyli te doświadczenia, które w ramach tego życia stają się jego udziałem. W myśl Rachelsa ratowanie życia biologicznego, gdy utracono nieodwracalnie życie świadome (biograficzne) jest bezcelowe i takiej praktyki medycznej należy zaniechać. W swojej książce wyraźnie

⁶⁶⁸ Por. H. Kelsen. *Theorie pure du droit*. Paryż 1999 s. 27. Postulat uzależnienia kwestii bioetycznych od rezultatów demokratycznej umowy społecznej głosił także m.in. Umberto Scarpelli (*La bioetica. Alla ricerca dei principi*. „Biblioteca della Libertà” 99:1987 s. 7-32; por. także Wolski. *Osoba miarą i kryterium* s. 264).

⁶⁶⁹ Por. M. Schooyans. *La face cachée de l'ONU*. Paryż 2000 s. 149-156.

⁶⁷⁰ Szerzej na ten temat pisze P. Aszyk (*Granice leczenia* s. 97-106).

⁶⁷¹ *The End of Life. Euthanasia and Morality*. Nowy Jork 1986 s. 5. Cyt. za Aszyk. *Granice leczenia* s. 105.

⁶⁷² Podobne poglądy zrównujące zwierzęta i ludzi miał m.in. Peter Singer (*Zwierzęta i ludzie jako istoty równe sobie*. „Etyka” 18:1980 s. 49-62; por. także Wolski. *Osoba miarą i kryterium* s. 263). Na temat założeń antropologicznych bioetyki Singera szerzej pisał A. Bohdanowicz (*Peter Singer. Spór o koncepcję człowieka*. Gniezno 2007 s. 73-100).

pochwala niektóre przykłady uśmiercania osób upośledzonych fizycznie i umysłowo wskazując to jako przykład humanitarnego zachowania⁶⁷³.

W przypadku uśmiercania osób nieuleczalnie chorych do argumentów humanitarnych odwołuje się także Charles F. McKhann. Powołując się na przykłady pochodzące ze starożytnej Grecji, mówi o „racjonalnym samobójstwie”, które ma skrócić niepotrzebnie przedłużający się proces umierania. Do chorób, które można uznać za usprawiedliwioną przyczynę świadomego odebrania sobie życia, zalicza m.in. choroby nowotworowe, neurologiczne, demencję, niewydolność narządów i AIDS⁶⁷⁴. McKhann sformułował także warunki racjonalności wspomnianego samobójstwa, są to: pragnienie uniknięcia niepotrzebnego cierpienia oraz chęć wyegzekwowania przysługującej człowiekowi autonomii⁶⁷⁵. To właśnie ona jest podstawą do decydowania o sobie samym, stąd każdy pacjent ma do wyboru trzy sposoby skrócenia życia: rezygnacja z leczenia, wspomagane samobójstwo, bądź eutanazja. W myśl cytowanego autora każdy człowiek ma prawo unikać niepotrzebnego cierpienia, jednak wspomagane umieranie zawsze winno być ostatecznością i stosowane tylko wtedy, gdy inne sposoby już się wyczerpały⁶⁷⁶.

Joseph Fletcher zwraca natomiast uwagę, że współczesna medycyna stanęła przed dylematem, którego nie znała do tej pory. To, co pierwotnie miało ratować człowieka i służyć przedłużaniu jego życia, stało się również narzędziem do sztucznego przedłużania procesu umierania. Stąd zauważa on, że tragicznym uchybieniem konwencjonalnej medycyny jest przekonanie, iż życie jako takie jest dobrem najwyższym⁶⁷⁷. Fletcher wyraźnie sprzeciwia się witalizmowi⁶⁷⁸, który skupia się na biologicznym przedłużaniu życia, pomijając inne aspekty ludzkiej

⁶⁷³ Por. *The End of Life* s. 28-32. Na temat poglądów Rachels'a dotyczących m.in. zasady moralnej symetrii więcej pisze M. Ferdynus (*O działaniu, zaniechaniu i dopuszczeniu śmierci* s. 210-211).

⁶⁷⁴ Por. *A Time to Die. The Place for Physican Assistance*. New Haven 1999 s. 15.

⁶⁷⁵ Por. tamże s. 44-46.

⁶⁷⁶ Por. tamże s. 76-81. Cyt. za Aszyk. *Granice leczenia* s. 97-100; por. także G. Mazur. *Czy odstąpienie od ratowania życia jest etycznie usprawiedliwione?* „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 7:2013 nr 1 s. 7.

⁶⁷⁷ Por. *Moral Responsibility. Situation Ethics at Work*. Philadelphia 1967 s. 159. Cyt. za Aszyk. *Granice leczenia* s. 101.

⁶⁷⁸ Spośród przedstawicieli witalizmu należy wymienić takie osoby, jak Jean Baptiste van Helmont (1577-1644 r.), Georg Ernst Stahl (1660-1734 r.), Théophile de Bordeu (1722-1776 r.) i Paul Joseph Barthez (1734-1806 r.) (por. Wróbel. *Medycyna* kol. 408).

osobowości, stąd naturalny i fizyczny determinizm przeciwstawia „etyce miłości”⁶⁷⁹. W swoich poglądach wyraźnie nawiązuje do koncepcji Davida Hume’a, który absolutyzował element świadomościowy, całkowicie negując cielesność, jako element podmiotowej struktury człowieka⁶⁸⁰. W założeniach głoszonej przez siebie etyki wskazuje on na konkretne przypadki i tak na przykład odmawia osobie, która utraciła naturalne funkcje mózgu, statusu istoty ludzkiej, gdyż – jak twierdzi – jest ona już martwa. Wszelkie sztuczne podtrzymywanie funkcji życiowych organizmu staje się dla niego czymś, co prowadzi do dehumanizacji człowieka i jest przyczyną bezzasadnego cierpienia⁶⁸¹. Fletcher odwołuje się także do argumentów teologicznych wskazując, że nie ma podstaw, by twierdzić, że tylko Bóg może decydować, kiedy dany człowiek może umrzeć. Gdyby w taki sposób rozumieć Pismo święte, to również medycyna straciłaby według niego rację bytu, bo jest bezpośrednią ingerencją człowieka w przedłużanie życia drugiej osoby⁶⁸².

2.3. Stanowisko Magisterium Kościoła

Od blisko dwóch tysięcy lat umysły i sumienia wiernych szukają oparcia w oficjalnym nauczaniu Kościoła. Różne obszary ludzkiego życia na przestrzeni wieków zostały poddane pod refleksję i przekazane wierzącym przez Magisterium, na czele którego stoi każdorazowy następca św. Piotra⁶⁸³. W dzisiejszych czasach szczególnego znaczenia nabiera stanowisko Kościoła w sprawach bioetycznych związanych głównie z oceną wszelakich ingerencji medycznych, których rozwój przybrał na sile w drugiej połowie XX w. Po doświadczeniach Holokaustu świat z rezerwą podchodził do wszelkich prób biernego lub czynnego ingerowania w biologiczne życie człowieka. Liczne makabryczne doświadczenia przeprowadzane na więźniach obozów przez nazistowskich lekarzy (m.in. doktora Mengele)⁶⁸⁴ sprawiły, że medycyna z dużym dystansem odnosiła się również do

⁶⁷⁹ Por. *Moral Responsibility* s. 151-152.

⁶⁸⁰ Por. Bartoszek. *Uporczywa terapia przeciwnowotworowa* s. 137.

⁶⁸¹ Por. *Humanhood: Essays in Biomedical Ethics*. Buffalo 1979 s. 149-150. Na ten temat pisze także J. Wolski (*Osoba miarą i kryterium* s. 265).

⁶⁸² Por. *Morals and Medicine*. Princeton 1979 s. 192-193.

⁶⁸³ Na temat roli papieskiego nauczania w etycznej ocenie praktyk medycznych interesująco pisze praktykujący lekarz H.P. Dunn, który zauważa, że „ludzie dobrej woli zgadzają się z większością prezentowanych zasad” (*Etyka dla lekarzy* s. 20).

⁶⁸⁴ Por. E. Klee. *Auschwitz. Medycyna III Rzeszy i jej ofiary*. Kraków 2005 s. 58-88.

eksperymentów związanych z leczeniem człowieka, a także z farmakologicznym uśmierzaniem bólu. Sytuacja ta wręcz wymusiła na Piusie XII konieczność zabrania głosu na temat etycznych norm stosowania zabiegów anestezyjologicznych⁶⁸⁵. To właśnie tego papieża należy uznać za prekursora bioetycznego nauczania Magisterium Kościoła. Wraz ze zwołanym przez Jana XXIII, a kontynuowanym przez Pawła VI Soborem Watykańskim II, Kościół jeszcze bardziej otworzył się na sprawy współczesnego świata⁶⁸⁶, co nabrało szczególnych rozmiarów zwłaszcza za pontyfikatu Jana Pawła II.

Omawiając problem uporczywej terapii i jej wymiaru teologicznomoralnego, nie sposób zatem nie sięgnąć po liczne dokumenty Kościoła na ten temat. Mają one różną rangę, począwszy od encyklik i konstytucji, które są najważniejszymi dokumentami nauczania papieża, poprzez różne listy i wypowiedzi, a skończywszy na dokumentach Kongregacji Nauki Wiary, różnych watykańskich dykasterii, a także episkopatów poszczególnych krajów. Poznawanie nauczania Magisterium Kościoła nie powinno mieć charakteru jedynie konfesyjnego, gdyż wszelkie dokumenty pisane są nie tylko dla wierzących, lecz również „dla ludzi dobrej woli”⁶⁸⁷. Stąd bioetyczne nauczanie Kościoła, także w zakresie stosowania uporczywej terapii, może być płaszczyzną dialogu i budowania relacji między różnymi kulturami i religiami oraz być ważnym głosem w dyskusji uznawanym także przez niekatolików⁶⁸⁸. Z okazji 60-lecia *Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka* bardzo jasno tę prawdę ujął Benedykt XVI: „Kościół od zawsze powtarzał, że podstawowe prawa, bez względu na to, jak są formułowane i jakie jest ich znaczenie w poszczególnych kulturach, mają charakter powszechny, gdyż wynikają z samej natury człowieka. Prawo naturalne zapisane przez Boga w ludzkim sumieniu jest «wspólnym mianownikiem» dla wszystkich ludzi i narodów; jest ono powszechnym

⁶⁸⁵ Por. Pius XII. *En réponse à trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie*. Przemówienie do uczestników IX Kongresu Włoskiego Stowarzyszenia Anestezjologów [24 II 1957]. AAS 49:1957 s. 135.

⁶⁸⁶ Warto wspomnieć chociażby o dużo mówiącym tytule jednej z najważniejszych konstytucji: *Kościół w świecie współczesnym* (por. KDK).

⁶⁸⁷ Porównaj m.in. pierwsze słowa encykliki *Evangelium vitae* (EV).

⁶⁸⁸ Por. J. Brusilo. *Znaczenie dokumentów bioetycznych Kościoła katolickiego*. W: *Historia i przyszłość bioetyki*. Red. J. Brusilo. Kraków 2009 s. 90. Interesującą analizę kościelnego prawodawstwa odnaleźć można w pracy S. Kornasa (*Prawo do naturalnej śmierci w dokumentach Kościoła Katolickiego*. <http://www.kosciol.wiara.pl/doc/491177.Prawo-do-naturalnej-smierci-w-dokumentach-Kościoła-Katolickiego> [dostęp: 5.12.2014]).

przewodnikiem, którego wszyscy mogą poznać, i w oparciu o którego wszyscy mogą się porozumieć”⁶⁸⁹.

Także na poziomie krajowym poszczególne episkopaty tworzą różnego rodzaju wytyczne, które mają ułatwiać katolickim lekarzom pracę z osobami w stanach terminalnych. Najnowszy dokument Zespołu Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych wyraźnie podkreśla, że „współczesna bioetyka, także inspiracji katolickiej, uznaje uporczywe podtrzymywanie funkcji narządów, które nie przynosi korzyści pacjentowi, a więc terapię daremną, za błąd postępowania medycznego, o ile pacjent nie domaga się wyraźnie podejmowania dalszych działań ratujących życie”⁶⁹⁰.

2.3.1. Podział środków

W ramach refleksji nad moralnym i teologicznym znaczeniem uporczywej terapii, nie sposób pominąć zagadnienia związanego z właściwym podziałem środków, które stosuje się w ramach ingerencji medycznych. Na przestrzeni wieków próbowano różnie sklasyfikować poszczególne metody i sposoby leczenia. Na początku XVI stulecia, w związku z rozwojem metod chirurgicznych, wspomniany już wcześniej Dominik Banez (1528-1604 r.) dokonał pierwszego podziału na środki zwyczajne i nadzwyczajne, które odnosiły się głównie do leczenia ran powstałych w skutek postrzelenia⁶⁹¹. Refleksja nad tym zagadnieniem uległa konkretnym przeobrażeniom na przestrzeni wieków i zależała od wielu zewnętrznych czynników. Również i we współczesnej medycynie nie brak przypadków, w których używa się różnych środków wobec tej samej jednostki chorobowej. Prostym przykładem jest wada wzroku, którą można skorygować za pomocą szkieł optycznych (środek zwyczajny) albo poprzez skomplikowaną operację oka (środek

⁶⁸⁹ *Bez fundamentu etycznego prawom człowieka brak oparcia*. Przemówienie po koncercie z okazji 60-lecia Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka [10 XII 2008]. „L'Osservatore Romano” (wydanie polskie) 30:2009 nr 2 s.18-19. Wiara, którą wyznają chrześcijanie nie jest zatem jedynym argumentem, ale dodatkowym impulsem za obroną życia w każdym jego stadium (por. H. Wejman. *Wiara a uporczywa terapia*. „Colloquia Theologica Ottoniana” 1:2013 s. 7-16; por. także S. Lorek, M. Radomski. *Duszpasterska posługa Kościoła wobec osób terminalnych*. „Studia Elbląskie” 6:2004/2005 s. 247-255).

⁶⁹⁰ *O leczeniu daremnym chorych poddawanych intensywnej terapii*. Warszawa 2018 nr 5.

⁶⁹¹ Por. Bartoszek. *Środki proporcjonalne i nieproporcjonalne* s. 590-591.

nadzwyczajny). Istnieje jednak wiele interwencji medycznych, które na przestrzeni wieków zmieniały swój charakter z nadzwyczajnych na zwyczajne lub, ze względu na okoliczności, ze zwyczajnych zostały uznane za nadzwyczajne. Temat ten wywoływał na tyle dużo pytań i skutkował wieloma kontrowersjami, że konieczne było, aby również Magisterium Kościoła w swej wykładni odniosło się do tego zagadnienia.

Pierwszym papieżem, który zmierzył się z tym problemem był Pius XII. Zaproponowane przez niego rozróżnienie na środki zwyczajne i nadzwyczajne po dziś dzień stanowi podstawę do oceny etycznej działań medycznych w zakresie stosowania uporczywej terapii. Należy zatem z uwagą przyjrzeć się temu szczególnemu kryterium, które od ponad pół wieku stanowi swoisty fundament nauczania Kościoła w tej kwestii. Po raz pierwszy do tematu proporcjonalności ingerencji medycznych papież odniósł się w lutym 1957 roku w ramach odpowiedzi na pytanie dotyczące dopuszczalności stosowania narkozy w leczeniu chorych w ostatnim etapie ich życia⁶⁹², jednak właściwego podziału środków stosowanych w sytuacjach granicznych ludzkiego życia, dokonał kilka miesięcy później. 24 listopada 1957 r. Pius XII zwracając się do lekarzy zajmujących się reanimacją, po raz pierwszy użył sformułowania: „środki zwykłe” (fr. *moyens ordinaires*) oraz „nadzwyczajne” (fr. *extraordinaire*)⁶⁹³, które odniósł do praktyki – już coraz bardziej popularnej w tamtym czasie – reanimacji. To między innymi pod wpływem tych wypowiedzi do oficjalnego nauczania Kościoła wprowadzono pojęcie środków zwyczajnych i nadzwyczajnych. Do jego słów odwołują się także późniejsze dokumenty Magisterium⁶⁹⁴.

Bardzo konkretne rozróżnienie na środki proporcjonalne i nieproporcjonalne zostało dokonane w wydanej w 1980 r. przez Kongregację Nauki Wiary Deklaracji o eutanazji. Dokument ten kompleksowo omawia zagadnienie choroby i cierpienia zwłaszcza w ostatniej fazie życia w momencie, gdy człowiek staje w obliczu nieuniknionej śmierci. Kongregacja zwraca uwagę, że w poszczególnych przypadkach trudno zastosować istniejące normy etyczne, a każdy z nich domaga

⁶⁹² Por. Pius XII. *En réponse à trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie* [24 II 1957] s. 147.

⁶⁹³ Pius XII. *Problemi religiosi e morali dell'analgesia* [24 XI 1957] s. 1030.

⁶⁹⁴ Por. IB 3; NKPSZ 94 i 153; por. także Wróbel. *Człowiek i medycyna* s. 416-419.

się osobnego osądu moralnego. W takiej sytuacji należy oprzeć się na właściwym osądzie sumienia tak osoby chorej (lub jej prawnych przedstawicieli), jak i lekarzy⁶⁹⁵. Musi on być jednak oparty na pewnych przesłankach, które pozwolą określić, czy dane działanie medyczne jest przejawem uporczywej terapii, czy może jest to zwykłe, standardowe leczenie. W następnym roku (27 lipca 1981 r.). Papieska Rada Cor Unum zachęcona Deklaracją o eutanazji opublikowała niezwykle ważny dokument *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających* (*Questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti*). Jest on wynikiem pracy grupy roboczej składającej się z piętnastu osób (teologów, lekarzy, członków zgromadzeń zakonnych, pielęgniarek i kapelanów), która obradowała w 1976 r. Sam dokument, który – jak zaznaczają jego autorzy – ma charakter przede wszystkim pastoralny⁶⁹⁶, podjął próbę kompleksowego wyjaśnienia zagadnień związanych z tematyką stosowania uporczywej terapii. Papieska Rada zajęła się na początku fundamentalnymi zagadnieniami związanymi z pojęciem życia, śmierci i cierpienia⁶⁹⁷, a następnie dokonała rozróżnienia między środkami „nadzwyczajnymi” i „zwyczajnymi”⁶⁹⁸. Trzeba podkreślić, że dokument nie podaje jednoznacznych kryteriów, które miałyby charakter uniwersalny w każdej sytuacji, lecz zaznacza, że „winno się je stosować w oparciu o wymagania stawiane przez konkretne przypadki”⁶⁹⁹, zawsze określając proporcje między użytymi środkami a celem, który zamierza się osiągnąć.

Jak już zaznaczono, na przestrzeni wieków rozumienie pojęcia „środka zwyczajnego” stało się nieadekwatne do stosowanych terapii medycznych. Dlatego Kongregacja Nauki Wiary zwróciła uwagę na niewystarczającą precyzję używanych pojęć. Środki „zwyczajne” i „nadzwyczajne”, w obecnej formie wydają się niejasne z powodu bardzo szybkiego rozwoju różnych form terapii, dlatego Deklaracja o eutanazji postuluje, aby mówić raczej o środkach „proporcjonalnych”

⁶⁹⁵ Por. IB 4; por. także M. Machinek. *Zagadnienie terapii uporczywej w świetle wypowiedzi Magisterium Kościoła*. „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2:2008 nr 3 s. 94; W. Chrostowski. *Zasady etyczne w opiece nad umierającym człowiekiem w nauczaniu Kościoła Katolickiego*. „Collectanea Theologica” 70:2000 nr 3 s. 102-105.

⁶⁹⁶ Por. Papieska Rada Cor Unum. *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających*. Rzym 1981 nr 1.4.

⁶⁹⁷ Por. tamże nr 2.1-2.3.

⁶⁹⁸ Por. tamże nr 2.4.

⁶⁹⁹ Tamże nr 2.4.

i „nieproporcjonalnych”⁷⁰⁰. Jako kryterium rozróżniające poszczególne rodzaje terapii, stopnie ich trudności, konieczne dawki i możliwości ich zastosowania, a co za tym idzie również niebezpieczeństwa z tego wynikające, podaje się przede wszystkim spodziewane rezultaty dla zdrowia i życia chorego. Ponadto szybki rozwój technik reanimacji, powstanie inkubatorów i respiratorów, udoskonalenie transfuzji krwi i wiele innych osiągnięć, spowodowało konieczność redefiniowania wcześniej istniejących kryteriów oceny moralnej takich działań. To, co kiedyś wydawało się nadzwyczajne, z biegiem lat stawało się zwyczajną procedurą dostępną dla wszystkich. Jednocześnie możliwość sztucznego podtrzymywania życia sprawiła, że w pewnych okolicznościach działania powszechnie do tej pory uznawane za zwyczajne, stawały się nadzwyczajne. Dlatego po Deklaracji *Iura et bona* teologowie moralisci zaczęli powszechnie używać określenia „środek proporcjonalny”, którego kryterium oceny można podzielić na dwie grupy. Pierwsza z nich zawiera obiektywne kryteria, które odnoszą się do natury samych środków (np. efektywność terapeutyczna, skutki uboczne, dostępność i cena), druga natomiast obejmuje subiektywne kryteria, które odnoszą się do osoby chorego (np. system wartości moralnych pacjenta, relacje z najbliższymi oraz odporność na ból i lęk)⁷⁰¹. Proporcjonalne środki w ramach ingerencji medycznych obejmują z zasady wszystkie leki i sposoby leczenia, po których można się spodziewać korzyści dla pacjenta i oczekiwania te będą zasadne, a ponadto będą stosowane bez nadmiernych kosztów i niedogodności dla chorego⁷⁰². Ciekawej i zarazem prostej definicji tego zagadnienia użył Marian Machinek: „do środków proporcjonalnych należy zaspokojenie podstawowych związanych z życiem potrzeb, które można określić analogicznie do potrzeb noworodka, a więc dostarczenie pożywienia i płynów, podstawowa opieka związana z ciałem, uśmierzanie bólu (włącznie z zapobieganiem niedrożności dróg oddechowych) oraz

⁷⁰⁰ Por. IB 4. Komentując ten postulat Kongregacji, Józef Wróbel zauważa, że nowe rozróżnienie nie ma za zadanie zastępować, ani wypierać poprzedniego. Słusznie podkreśla, że „niekiedy rozróżnienie środków na zwyczajne – nadzwyczajne oraz proporcjonalne – nieproporcjonalne uwzględnia specyficznie różne aspekty konkretnego przypadku i wtedy nawet środki zwyczajne mogą się okazać nieproporcjonalnymi, a środki nadzwyczajne proporcjonalnymi” (*Człowiek i medycyna* s. 407).

⁷⁰¹ Por. Szewczyk. *Bioetyka* s. 299-230. Zobacz także IB 4.

⁷⁰² A. Świeżyński. *Śmierć, której rzucamy wyzwanie: wybrane problemy leczenia i opieki nad pacjentami terminalnie chorymi i umierającymi*. „Collectanea Theologica” 69:1999 nr 4 s. 75; por. także Ramsey. *Pacjent jest osobą* s. 150.

życzliwa obecność bliźniego”⁷⁰³. Do tematu ponownie w 2016 r. odniosła się także Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, która *Nowej Karcie Pracowników Służby Zdrowia* napisała: „Środki uznaje się za proporcjonalne, kiedy zachodzi właściwa proporcja między zastosowanymi środkami a skutecznością terapeutyczną”⁷⁰⁴.

Gdy mowa jest o środkach nieproporcjonalnych, to ich najbardziej zwięzłą definicję odnaleźć można w *Encyklopedii bioetyki*, gdzie napisano, że są to „specyfiki, metody i sposoby leczenia, które dają nikłą nadzieję na pozytywny efekt terapeutyczny, a ich zastosowanie związane jest z nadmiernymi (niewspółmiernymi) utrudnieniami, cierpieniami oraz wydatkami”⁷⁰⁵. Należy wyraźnie zaznaczyć, że taki podział i stosowane kryteria nie mają charakteru stricte teologicznego, gdyż podobne pojęcie środków nadzwyczajnych pojawia się także w polskim *Kodeksie Etyki Lekarskiej* z 1991 r. Przy okazji definicji uporczywej terapii napisano w nim: „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych”⁷⁰⁶. Piotr Aszyk dokonując analizy tego dokumentu, zaznacza, że pojęcie „terapia uporczywa” zostało wyraźnie odróżnione od „reanimacji”, którą nazywa terminem medycznym, a także od „środków nadzwyczajnych”, które określa terminem etycznym. Ponadto doprecyzowuje, że za takie środki uważa się te metody leczenia, które wykraczają poza zwyczajny zakres powszechności użycia, a także nie są łatwo dostępne⁷⁰⁷. Trudno jednak ustalić, jakiś ogólnie obowiązujący katalog środków nieproporcjonalnych. Ponieważ zależnie od sytuacji zmienia się ich charakter, dlatego zamiast skupiać się na mnożeniu kazuistycznych przypadków, warto podkreślić kryterium, którym należy się kierować w określaniu danego działania mianem nieproporcjonalnego. Takim środkiem będzie wszystko, co *hic et nunc* jest trudne, bolesne, bardzo niebezpieczne i kosztowne, a nie niesie ze sobą żadnych spodziewanych i proporcjonalnych do podjętego trudu pozytywnych efektów.

⁷⁰³ *Śmierć w dyspozycji człowieka* s. 80

⁷⁰⁴ Nr 86.

⁷⁰⁵ Bartoszek. *Środki proporcjonalne i nieproporcjonalne* s. 590.

⁷⁰⁶ Warszawa 1991 art. 32 (por. także *Kodeks Etyki Lekarskiej: tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r* art. 32.1).

⁷⁰⁷ Por. *Granice leczenia* s. 152.

2.3.2. Wymiar moralny aplikacji środków medycznych

Po omówieniu podziału na środki proporcjonalne i nieproporcjonalne oraz po wykazaniu różnic między poszczególnymi interwencjami medycznymi ze względu na ich zwyczajny lub nadzwyczajny charakter, należy podjąć się ich etycznej oceny. W tym miejscu należałoby zatem odpowiedzieć na pytanie: Jakie zasady należy przyjąć w ocenie, czy dana terapia jest proporcjonalna, czy nieproporcjonalna? Czy istnieje proste kryterium, które pozwalałoby ustalić obiektywnie istniejące przesłanki uznające dany środek za zwyczajny lub nadzwyczajny? W odpowiedzi na te pytania pomocna będzie analiza wybranych wypowiedzi Magisterium Kościoła.

Temat uporczywej terapii w etyce lekarskiej pojawił się stosunkowo niedawno. Z tego powodu dopiero w połowie XX w. Kościół zajął w tej kwestii stanowisko i dokonał oceny teologicznomoralnej jej stosowania. Niemniej jednak już wcześniej liczni teologowie podejmowali się etycznej oceny różnych sytuacji granicznych związanych z końcem ludzkiego życia, a tym samym z moralnym problemem proporcjonalności stosowanych środków w ramach poszczególnych ingerencji medycznych. Po raz pierwszy temat ten pojawił się w kontekście leczenia żołnierzy, którzy w czasach zbrojnych działań doznawali rozległych obrażeń. W związku z tym rodziło się pytanie, na ile i w jakim wymiarze należy pomóc osobom, które znajdowały się w bezpośrednim zagrożeniu śmiercią? Pytano na przykład, czy amputacja, która mogłaby uratować życie, a jednocześnie powodowałaby ból nie do wytrzymania, jest konieczna i na ile taka interwencja medyczna byłaby proporcjonalna? Spośród teologów, którzy zajęli się tą tematyką, warto wymienić m.in. Franciszka z Vitorii (1483/1486-1546 r.), Dominika z Soto (1494-1560 r.), Dominika Baneza (1528-1604 r.), Leonarda Lessiusa (1554-1623 r.) i Franciszka de Lugo (1580-1652 r.)⁷⁰⁸

Ważną rolę w wypracowaniu etycznej oceny środków medycznych odegrał Jan de Lugo (1583-1660 r.), który porównał osobę stojącą przed dylematem interwencji nierokującej żadnych nadziei na skuteczność, a jedynie przesuającą nieznacznie w czasie nieuchronną śmierć, do osoby znajdującej się w zamkniętym

⁷⁰⁸ Por. Bartoszek. *Środki proporcjonalne i nieproporcjonalne* s. 591. Na ten temat obszernie pisze także E. Schockenhoff (*Etyka życia* s. 359).

pomieszczeniu, w którym wybuchł pożar. Taki człowiek, nawet jeśli ma niewielką ilość wody, nie jest zobowiązany do podejmowanie próby ratunku do ostatniej chwili, gdy słusznie dostrzega, że takie działanie nie przyniesie żadnych efektów. Podobnie osoba skazana na śmierć głodową nie jest w sumieniu zobowiązana do spożycia dostarczonego potajemnie pokarmu, aby w ten sposób tylko nieznacznie przedłużyć swoje życie. De Lugo argumentuje swoje tezy w następujący sposób: „zobowiązanie do zachowania życia przy pomocy środków zwyczajnych nie obejmuje zobowiązania zastosowania tych środków do tak krótkiego przedłużania życia, które z perspektywy moralnej jest bezcelowe”⁷⁰⁹. Z takiego sposobu myślenia można wyciągnąć wniosek, że stosowany środek ma charakter zwyczajnego, gdy uwzględnia się dwa kryteria jego oceny: zwyczajność (powszechność) jego użycia, jak również okoliczności, a co za tym idzie, celowość jego zastosowania.

Pierwszym papieżem, który zmierzył się z tym zagadnieniem był – jak już zaznaczono – papież Pius XII. To on do oficjalnej debaty teologicznomoralnej w Kościele wprowadził wyraźne rozróżnienie między środkami zwyczajnymi i nadzwyczajnymi. On też w zwięzłych słowach wyjaśnił zasady etycznej oceny takich interwencji medycznych. Grupa lekarzy zadała mu oficjalne pytanie: „Czy zgodnie z religią i zasadami moralnymi można zezwolić lekarzowi i choremu na uśmierzenie bólu oraz pozbawienie świadomości przy pomocy lekarstw narkotyzujących (choćby groziła śmierć i przewidywano, że zastosowanie tych środków skróci życie)?” Papieska odpowiedź była jasna: „Wolno, jeśli nie ma innych środków, i gdy w konkretnych okolicznościach nie przeszkodzi to w wypełnianiu innych obowiązków religijnych i moralnych”⁷¹⁰. Dalej papież kontynuował: „Jeśli chory uparcie prosi o narkozę, lekarz może ją zaaplikować bez obawy o formalną współpracę w popełnionej winie. Wina bowiem nie zależy od narkozy, czy też nie, jego zachowanie będzie to samo – nie spełni on swego obowiązku”⁷¹¹.

Przeszło dwadzieścia lat później Kongregacja Nauki Wiary wydała Deklarację o eutanazji. W czwartym rozdziale zatytułowanym „Konieczność zachowania proporcji w stosowaniu środków terapeutycznych” przeczytać można o niezbędnym

⁷⁰⁹ *Disputationes Scholasticae et Morales*. T. 6. Lungundi 1642 s. 104-106. Cyt. za Schockenhoff. *Etyka życia* s. 361.

⁷¹⁰ Pius XII. *En réponse à trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie* [24 II 1957] s. 147.

⁷¹¹ Tamże.

rozdzieleniu między środkami proporcjonalnymi a nieproporcjonalnymi. Mimo że, jak zaznacza sam dokument, na ten problem „już wcześniej moralności odpowiedzieli”⁷¹², Deklaracja jest krokiem milowym w oficjalnym nauczaniu Magisterium Kościoła dotyczącym możliwości rezygnacji z leczenia. W pierwszym rządzie Kongregacja zajęła się kwestią zastosowania terapii eksperymentalnych, które po wyczerpaniu innych sposobów, są moralnie dozwolone. W tym samym kontekście pada jednoznaczne stwierdzenie: „Podobnie wolno przerwać użycie takich środków, ilekroć nie osiąga się spodziewanych skutków”⁷¹³. W dalszej części napisano o wystarczalności środków proporcjonalnych i dozwolonej w sumieniu rezygnacji z leczenia „które może przynieść tylko niepewne i bolesne przedłużenie życia”⁷¹⁴. Jednocześnie wzywa się do nierezygnowania ze zwyczajnej, proporcjonalnej opieki⁷¹⁵. W ostatnim punkcie Deklaracji zawarto cztery kryteria, które mają być pomocą w zrozumieniu omawianego zagadnienia. Pierwszym z nich jest zastosowanie terapii eksperymentalnej. W myśl tego kryterium w momencie, gdy nie istnieją już inne dostępne środki, które mogłyby pomóc pacjentowi, za jego zgodą można zastosować środki, które nie zostały jeszcze odpowiednio zbadane, a co za tym idzie, wiążą się z pewnym niebezpieczeństwem. Podjęta przez pacjenta decyzja jest przez Kongregację określona jako „przykład wielkoduszności z korzyścią dla całej ludzkości”. Drugim kryterium jest przerwanie terapii eksperymentalnej. Można, a niekiedy nawet trzeba zaniechać takiego leczenia, które – wedle opinii pacjenta i w zgodzie z prawdziwie biegłymi lekarzami – nie przynosi spodziewanych rezultatów. Wśród środków nieproporcjonalnych wymieniono takie, które powodują zbyt duży koszt w stosunku do spodziewanych rezultatów, a także takie, które zadają choremu cierpienie i powodują uciążliwości przekraczające spodziewane rezultaty. Trzecim kryterium jest rezygnacja z terapii niestandardowej. Dokument Kongregacji wyraźnie stwierdza, że jedynie korzystanie ze środków powszechnie stosowanych jest moralnie obowiązujące dla człowieka. Zatem wszelkie terapie, które mogą okazać się zbyt uciążliwe i niebezpieczne, mogą być odrzucone i w żadnej mierze takiej decyzji nie można utożsamiać z samobójstwem. Czwartym kryterium jest rezygnacja z terapii w obliczu

⁷¹² IB 4.

⁷¹³ Tamże.

⁷¹⁴ Tamże.

⁷¹⁵ Tamże.

nieuniknionej śmierci. W myśl tej zasady, w momencie, kiedy lekarz z całą pewnością stwierdzi, że śmierci nie da się już uniknąć, może z czystym sumieniem odmówić takiej terapii, która najprawdopodobniej przyniesie tylko niepewne i bolesne przedłużanie życia. Jednocześnie nigdy nie można zrezygnować z podstawowej opieki, która należy się pacjentowi na każdym etapie jego życia, w tym także w czasie jego umierania⁷¹⁶.

Papież Benedykt XVI nie stworzył dzieła w całości poświęconego tematyce cierpienia i śmierci człowieka, a co za tym idzie nie podjął wprost tematu problemów moralnych związanych ze stosowaniem różnych środków medycznych służących przedłużaniu ludzkiego życia. Mimo to w sposób jasny wypowiedział się na ten temat 25 lutego 2008 r. w przemówieniu do Papieskiej Akademii *Pro Vita*. Papież podkreślił konieczność zwyczajnej terapii w stosunku do każdego człowieka, jednak zaznaczył, że „jeżeli chodzi o terapie wiążące się z dużym ryzykiem bądź takie, które rozważa nakazywałaby uznać za «nadzwyczajne», ich zastosowanie należy traktować jako moralnie dozwolone, lecz nieobowiązuje”⁷¹⁷. Benedykt XVI w tym miejscu zwrócił też uwagę na inny, często marginalizowany problem, którym jest brak troski o rodzinę chorego. Przyrównując sytuację opieki nad osobą w fazie terminalnej do opieki nad nowonarodzonym dzieckiem, papież postulował, aby także w takim przypadku tym członkom rodziny, którzy troszczą się o pacjenta, przysługiwały specjalne prawa, także te dotyczące ich codziennej pracy⁷¹⁸.

Papież Franciszek w 2017 r. w przemówieniu skierowanym do uczestników spotkania zorganizowanego wspólnie przez Światowe Towarzystwo Medyczne i Papieską Akademię Życia podkreślił, że problemem współczesnego świata jest ograniczona dostępność do środków medycznych w biednych krajach, co uniemożliwia olbrzymiej rzeszy ludziom korzystanie z najbardziej zaawansowanych i najdroższych terapii. Ponadto papież wyraźnie zaznaczył: „Chorego człowieka nie zawsze można wyleczyć, ale zawsze trzeba się nim zaopiekować, bez skracania jego życia, ale też bez uporczywego i zbytecznego odwlekania jego śmierci [...]”.

⁷¹⁶ Por. tamże.

⁷¹⁷ *Żaden człowiek nie powinien umierać w samotności*. Przemówienie do uczestników zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii *Pro Vita* [25 II 2008]. W: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. T. 2. Red. J. Brusilo. Tarnów 2012 s. 333.

⁷¹⁸ Por. tamże.

Potrzeba więc mądrości, bo dziś coraz silniejsza jest pokusa stosowania terapii, które są skuteczne dla ciała, lecz nie służą integralnemu dobru osoby”⁷¹⁹.

Ciekawego podziału ze względu na warunki, które są konieczne do spełnienia, aby dane działania uznać z moralnego punktu widzenia za zasadne, przedstawił Tomasz Orłowski podczas debaty na temat: „Czym jest uporczywa terapia?”. Jego propozycje można streścić w siedmiu punktach, z czego pierwsze cztery są tymi, które można poddać obiektywnej ocenie, a pozostałe związane są bardziej z subiektywnym zaangażowaniem tak pacjenta, jak i lekarza. Po pierwsze, proporcjonalna terapia to taka, w której niezbędny sprzęt do jej przeprowadzenia jest prosty w pozyskaniu; analogicznie, gdy uzyskanie tego sprzętu jest bardzo trudne lub niemożliwe, taką terapię uznaje się za nieproporcjonalną. Po drugie, personel, który ma obsługiwać wspomniany sprzęt, musi umieć się nim posługiwać, w przeciwnym razie i takie działanie byłoby terapią nieproporcjonalną. Po trzecie, efekty uboczne stosowanej terapii, które stanowią poważne zagrożenie tak dla zdrowia, jak i dla życia pacjenta, mogą powodować, że daną terapię uzna się za nieproporcjonalną. Po czwarte, bardziej proporcjonalna jest terapia, która wymaga mniejszych kosztów społecznych. Choć – jak podkreśla autor – życia ludzkiego nie da się ocenić tylko przez pryzmat ekonomiczny, to jednak zasada sprawiedliwości w obliczu niemożności pomocy wszystkim, poucza, że nie można angażować nieproporcjonalnych środków, by pomóc jednej osobie kosztem innych. Po piąte, w ocenie proporcjonalności pod uwagę należy brać również duży wysiłek i zaangażowanie, które trzeba włożyć w daną terapię. Po szóste, o proporcjonalności lub jej braku może świadczyć także cierpienie fizyczne, które towarzyszy danej terapii, a którego nie można w żaden sposób uśmierzyć. Po siódme, ważne są koszty indywidualne, które pacjent i jego rodzina musi ponieść. Taka terapia, która w sposób dotkliwy i długotrwały naruszałaby budżet rodzinny, może być uznana za nieproporcjonalną⁷²⁰. Trudno nie zgodzić się z tak przedstawionymi argumentami, trzeba jednak wyraźnie podkreślić, że wspomniane trudności muszą mieć zawsze szczególnie przykry i uciążliwy charakter. Jak widać,

⁷¹⁹ *Przesłanie do uczestników Europejskiego Regionalnego Spotkania Światowego Towarzystwa Medycznego i Papieskiej Akademii Życia* [7 XI 2017]. http://w2.vatican.va/content/francesco/en/messages/pont-messages/2017/documents/papa-francesco_2017_1107_messaggio-monspaglia.pdf [dostęp: 7.12.2017]

⁷²⁰ Por. T. Orłowski. *Zasada proporcjonalności a problem uporczywej terapii*. http://www.ptb.org.pl/pdf/Orlowski_uporczywa_terapia_1.pdf [dostęp: 27.11.2015].

duże znaczenie w określeniu uporczywości danej terapii mają okoliczności, w których się je stosuje. Nie jest to oczywiście stanowisko, które można uznać za rewolucyjne, czy wprowadzające jakieś nowe zasady, lecz nawiązujące do wcześniejszych refleksji teologicznomoralnych⁷²¹. Wszystkie one podkreślają, jak niezwykle istotne we właściwej ocenie moralnej takich czynności jest podmiotowe traktowanie pacjenta, który w sprawie podjętych metod leczenia powinien być podmiotem współdecydującym. Ponadto jeszcze większą troską należy otoczyć lekarzy i ich właściwą formację etyczną, gdyż to właśnie oni najczęściej występują jako ci, którzy po pierwsze, są stroną w dużej wymiarze decyzyjną, a po drugie, poprzez swój autorytet odgrywają kluczową rolę przy dokonywaniu wyboru przez samego pacjenta.

Podsumowując powyższe refleksje, warto ponownie odwołać się do Jana Pawła II. W encyklice *Evangelium vitae* odniósł się on jednoznacznie do obowiązku aplikacji środków proporcjonalnych i fakultatywności stosowania tych nieproporcjonalnych: „Istnieje oczywiście powinność moralna leczenia się i poddania się leczeniu, ale taką powinność trzeba określać w konkretnych sytuacjach: należy mianowicie ocenić, czy stosowane środki lecznicze są obiektywnie proporcjonalne do przewidywanej poprawy zdrowia. Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci”⁷²². Głos Kościoła w tej sprawie jest jednoznaczny i od początku stoi on na straży ludzkiego życia, a także ludzkiej godności, podkreślając wyraźnie, że „wolno przerywać użycie takich środków, ilekroć nie osiąga się spodziewanych skutków. W podejmowaniu jednak takiej decyzji należy wziąć pod uwagę słuszne pragnienie chorego i jego domowników oraz opinie prawdziwie biegłych lekarzy. Ci ostatni rzeczywiście będą mogli przede wszystkim dokonać słusznej oceny, kiedy koszt środków i zatrudnionych do tego ludzi nie jest proporcjonalny do przewidywanych skutków oraz gdy stosowane środki lecznicze zadają choremu ból lub powodują uciążliwości większe od przewidywanych korzyści”⁷²³.

⁷²¹ Por. Wróbel. *Człowiek i medycyna* s. 399-436.

⁷²² Nr 65.

⁷²³ IB 4.

2.3.3. Wobec stanów życia wegetatywnego

Osobną uwagę należy poświęcić szczególnemu rodzajowi pacjentów, których stan porównywany jest często do życia wegetatywnego. Nie ma najmniejszych wątpliwości i stanowisko Kościoła w tej kwestii jest powszechnie znane, że każdy człowiek, niezależnie na jakim etapie swojego życia się znajduje, zasługuje na taką samą troskę i poszanowanie swej niezbywalnej godności⁷²⁴. Osoba znajdująca się w stanie wegetatywnym staje się ogromnym wyzwaniem, swego rodzaju znakiem sprzeciwu dla współczesnego świata. Obecność takiego pacjenta jest wyrzutem sumienia dla medycyny, gdyż nie ma ona już narzędzi pozwalających powrócić takiemu człowiekowi do normalnego życia. Zdaje się, że to właśnie takie ogólne poczucie klęski medycyny w tym obszarze, jest źródłem ożywionej debaty nad sensem takiego życia. Czy zatem należy uznawać kogoś trwale pozbawionego świadomości, unieruchomionego i całkowicie zdanego na drugą osobę za człowieka? Czy może bardziej humanitarne byłoby taką wątpliwość rozwiązać likwidując źródło problemu? Jednocześnie ważne jest rozróżnienie sytuacji osób pozostających w przetrwałym stanie wegetatywnym, od tych znajdujących się w stanie minimalnej świadomości, o czym była mowa w pierwszej części tego rozdziału. Współczesne nauczanie Magisterium Kościoła dużo miejsca poświęca temu zagadnieniu. Zwłaszcza sytuacja osób w przetrwałym stanie wegetatywnym, która budzi najwięcej kontrowersji, domagała się zajęcia wyraźnego stanowiska Kościoła.

Aby móc mówić o tym, czy ktoś żyje, czy już nie, należy zdefiniować, czym tak naprawdę jest śmierć człowieka. Z tego powodu z biegiem lata coraz bardziej wyraźna okazała się konieczność jasnego ustalenia przez Magisterium Kościoła kryteriów dotyczących śmierci człowieka. Mimo że Pius XII jasno zaznaczył, że takowe rozważanie nie leży w gestii kościelnego nauczania⁷²⁵, to jednak niezbędne było odniesienie się do współczesnych wyników badań naukowych i doprecyzowanie w tym względzie stanowiska Stolicy Apostolskiej. Dlatego 21 października 1985 r. Papieska Akademia Nauk wydała *Deklarację o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci*, która jest owocem

⁷²⁴ Por. HV 7. W Instrukcji *Donum vitae* napisano: „ciało ludzkie nie może być uważane tylko za zespół tkanek, narządów i funkcji” (nr 3).

⁷²⁵ Por. Pius XII. *Problemi religiosi e morali dell'analgnesia* [24 XI 1957] s. 1033.

pracy specjalnej Grupy Roboczej. Jako kryterium nieodwracalnej utraty wszelkiej zdolności utrzymania czynności życiowych, to jest momentu, w którym stwierdza się śmierć pacjenta, uznano ostateczne zahamowanie czynności serca i oddechu lub nieodwracalne ustanie wszelkich czynności mózgu⁷²⁶. Ze szczególnym naciskiem zwrócono uwagę na drugie kryterium, które w sposób definitywny oznacza śmierć człowieka. Ważną sprawą, którą zajęła się Papieska Akademia Nauk, jest określenie zasad postępowania lekarskiego, jak również podjęcie kwestii sztucznego przedłużania czynności wegetatywnych organizmu. W kontekście możliwości zaniechania uporczywej terapii Deklaracja mówi o trzech kryteriach. Po pierwsze, „o ile u pacjenta występuje stwierdzona trwała i nieodwracalna śpiączka (*coma*), leczenie nie jest konieczne, natomiast winno się zapewnić choremu odżywianie i odpowiednią opiekę”. Po drugie, „jeśli stan kliniczny chorego rokuje wyleczenie – wymaga on leczenia”. Po trzecie, „jeśli leczenie nie przynosi żadnej poprawy, może być przerwane, a kontynuowana jedynie opieka”⁷²⁷. W kwestii sztucznego przedłużania czynności wegetatywnych, dokument potwierdza pozytywne stanowisko Kościoła odnośnie do m.in. sztucznej wentylacji organizmu, która ma na celu umożliwienie pobrania ludzkich organów do przeszczepu⁷²⁸.

Celem zrozumienia celowości podtrzymywania życia osoby będącej w stanie wegetatywnym, należy odkryć głębszy sens cierpienia, a co za tym idzie doniosłości życia, nawet w obliczu dokuczającego człowiekowi bólu. Kościół zajął w tej kwestii stanowisko już w 1970 r., kiedy to w imieniu papieża Pawła VI ówczesny sekretarz stanu Stolicy Apostolskiej kard. Jean Villot skierował list do uczestników Kongresu Międzynarodowej Federacji Katolickich Zrzeszeń Lekarskich. W oficjalnym piśmie zwrócił on uwagę, że „charakter święty życia zabrania lekarzowi zabijać, a jednocześnie zobowiązuje go do użycia dostępnych środków w walce ze śmiercią. Jednakże nie oznacza to, że jest zobowiązany do korzystania ze wszystkich technik reanimacyjnych, którymi dysponuje niezmordowanie twórcza nauka. – i dodał –

⁷²⁶ Por. Papieska Akademia Nauk. *Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci*. Rzym 1985 nr 1.

⁷²⁷ Tamże nr 2.

⁷²⁸ Tamże nr 3.

Czyż w wielu przypadkach nie byłaby bezużyteczną torturą reanimacja wegetatywna w ostatniej fazie nieuleczalnej choroby?”⁷²⁹

Jan Paweł II w Liście Apostolskim *Salvifici doloris* (*O chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia*) wydanym z okazji Światowego Dnia Chorego (11 lutego 1984 r.) zajął się tematyką związaną z sensem ludzkiego cierpienia i nieuniknioną koniecznością śmierci oraz postawą chrześcijanina wobec tej ważnej kwestii. Doceniając wysiłki współczesnej medycyny, papież zauważył, że pacjenta nie można traktować jednowymiarowo, dlatego pisał: „być może, iż medycyna jako nauka i zarazem sztuka leczenia odsłania na wielkim obszarze cierpień człowieka rejon najbardziej znany, najdokładniej nazwany i stosunkowo najbardziej zrównoważony metodami przeciwdziałania (czyli terapii). Ale przecież jest to tylko jeden rejon. Pełny obszar ludzkiego cierpienia jest o wiele rozleglejszy, bardziej zróżnicowany i wielowymiarowy”⁷³⁰. Dlatego Kościół zobowiązany jest patrzeć – tak na tajemnicę cierpienia, jak i na tajemnicę śmierci – przez pryzmat doświadczenia Jezusa Chrystusa. To właśnie krzyż jest najpełniejszą odpowiedzią na sens cierpienia człowieka⁷³¹, a Jego zmartwychwstanie pozwala człowiekowi zrozumieć misterium śmierci⁷³².

W kolejnym roku (11 lutego 1985 r.), również z okazji Światowego Dnia Chorego, papież opublikował list apostolski *Dolentium hominum*, w którym ustanowił Papieską Komisję Duszpasterstwa Służby Zdrowia⁷³³. Jest to kolejny przykład tego, jak wielką wagę Jan Paweł II przykładał do kwestii związanych z ludzkim zdrowiem, co wyraźnie stwierdza pisząc: „Kościół poprzez wieki bardzo mocno postrzegał służbę chorym i cierpiącym jako istotną część swego posłannictwa”⁷³⁴. Papież dalej wskazuje na podstawowe zadania, jakie stoją przed powołaną Komisją, do których należy m.in. promowanie i wyjaśnianie nauczania

⁷²⁹ J. Villot. *Le respect de la vie humain*. Lettre pontificale au Congrès de la Fédération Internationale des Associations Médicales Catholiques. „La documentation catholique” 52:1970 t. 67 nr 1573 s. 963. Cyt. za Wróbel. *Człowiek i medycyna* s. 424.

⁷³⁰ SD 5.

⁷³¹ Por. tamże nr 13.

⁷³² Por. tamże nr 14.

⁷³³ Później przyjęła nazwę Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. 1 stycznia 2017 r. decyzją papieża Franciszka została jednak zlikwidowana. Jej kompetencje przejęła nowo powołana Dykasteria ds. Integralnego Rozwoju Człowieka.

⁷³⁴ DH 1.

Magisterium w kwestiach dotyczących opieki medycznej⁷³⁵. Jednym z ważniejszych dokumentów, które udało się w związku z tym stworzyć, jest wydana w 1995 r. *Karta Pracowników Służby Zdrowia*. To w niej przeczytać można, że „prawo do życia ukonkretnia się w osobie chorego w stanie terminalnym jako prawo do umierania w spokoju, z zachowaniem godności ludzkiej i chrześcijańskiej”⁷³⁶. W przemówieniu do uczestników Międzynarodowego Kongresu Lekarzy Katolickich w 2004 r. Jan Paweł II powiedział ponadto: „Znajdujący się w stanie wegetatywnym pacjent, w oczekiwaniu na przebudzenie lub na swój naturalny kres, ma prawo do podstawowej opieki zdrowotnej (odżywianie, podawanie płynów, higiena, zachowanie odpowiedniej temperatury itd.) oraz do leczenia zapobiegającego komplikacjom, które pociąga za sobą stan obłożny. Ma też prawo do odpowiedniej rehabilitacji oraz do uważnej obserwacji klinicznych oznak ewentualnego przebudzenia”⁷³⁷. Papież jednoznacznie wskazał konieczność stosowania terapii zwyczajnej wobec tego typu pacjentów, podkreślając ich niezbywalną godność i wynikające z tego prawo do zapewnienia im podstawowej opieki medycznej.

W publicznej debacie na temat stanów życia wegetatywnego, jedną z częściej podnoszonych kwestii jest pytanie, czy za środek proporcjonalny w każdych okolicznościach należy uznać sztuczne odżywianie i podawanie płynów. Problem ten stał się obiektem szczególnego zainteresowania mediów wraz z głośnymi i wywołującymi wiele kontrowersji przypadkami Amerykanki Terri Schavio oraz Włoszki Eluany Englaro⁷³⁸. Wobec pierwszej z nich po wyroku sądu na wniosek jej męża, 18 marca 2005 r. zostało zaniechane sztuczne odżywianie, czego skutkiem była jej śmierć z głodu 31 marca 2005 r., po piętnastu latach życia w stanie wegetatywnym⁷³⁹. Podobnie sprawa Eluany Englaro, która przez siedemnaście lat

⁷³⁵ Por. tamże nr 6.

⁷³⁶ KPSZ 119. W *Nowej Karcie* ten tekst brzmi podobnie: „W fazie terminalnej godność człowieka ukonkretnia się jako prawo do umierania w spokoju największym z możliwych i z należą mu ludzką i chrześcijańską godnością” (nr 149).

⁷³⁷ Jan Paweł II. *Człowiek chory zawsze zachowuje swą godność*. Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Kongresu Lekarzy Katolickich [20 III 2004]. W: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. T. 2. Red. J. Brusilo. Tarnów 2012 s. 294-297.

⁷³⁸ Wiele innych przypadków opisują J. Lynn, J. F. Childress. *Czy pacjenci zawsze powinni otrzymywać pożywienie i wodę?* W: *Antologia bioetyki. Wokół śmierci i umierania*. T. 1. Red. W. Galewicz. Kraków 2009 s. 139-153

⁷³⁹ Na temat Terri Schavio powstały liczne książki (m.in. K.W. Goodman. *The Case of Terri Schiavo*. Oxford 2009; por. także Norkowski. *Medycyna na krawędzi* s. 82-85).

była sztucznie odżywiana, wywołała ożywioną dyskusję na temat eutanazji i granic uporczywej terapii. Niestety, także w jej przypadku – tym razem na wniosek ojca – doprowadzono ostatecznie do śmierci głodowej 9 lutego 2009 r.⁷⁴⁰ Kontrowersje wokół podtrzymywania życia ludzkiego pojawiły się jednak już dużo wcześniej. W momencie, w którym opracowano odpowiednie techniki sztucznego karmienia i podawania płynów, podjęto refleksję nad moralnym obowiązkiem ich stosowania. W praktyce medycznej stosuje się powszechnie dwa typy odżywiania: żywienie jelitowe (bezpośrednio do przewodu pokarmowego)⁷⁴¹, oraz pozajelitowe (zasadniczo drogą krążenia żylnego)⁷⁴². Ponadto można wyróżnić poszczególne grupy pacjentów, wobec których zdecydowano się na podjęcie sztucznego odżywiania: osoby będące w stanie śpiączki, u których w sposób pewny ocenia się, że nie ma możliwości powrotu do pełni świadomości; chorzy dotknięci demencją w stadium przedterminalnym; osoby nieświadome w domach opieki; pacjenci z chorobami utrudniającymi naturalne przyjmowanie pokarmu (np. z nowotworami przełyku, czy będący po wylewie krwi do mózgu, a tym samym niezdolni do samodzielnego przełykania). Ponadto wśród moralistów toczy się spór, czy takie działania należy kwalifikować jako procedurę medyczną (a tym samym poddającą się rozróżnieniu na działanie proporcjonalne i nieproporcjonalne), czy tzw. świadczenia minimalne wchodzące w zakres opieki podstawowej, wobec których nigdy nie zachodzi reguła medycznej daremności⁷⁴³.

Do tego tematu w 2004 r. odniósł się Jan Paweł II, gdy przemawiając do katolickich lekarzy powiedział: „Chciałbym zwłaszcza podkreślić, że podawanie pacjentowi wody i pożywienia, nawet gdy odbywa się w sposób sztuczny, jest zawsze naturalnym sposobem podtrzymania życia, a nie czynnością medyczną. W zasadzie zatem należy to uznawać za praktykę zwyczajną i proporcjonalną do potrzeb, a tym samym za moralnie nakazaną, w zależności od tego, w jakiej mierze i przez jaki czas zdaje się ona służyć właściwym sobie celom, czyli w danym

⁷⁴⁰ Również na temat Eluany Englaro powstały różne pozycje wydawnicze (por. B. Englaro, E. Nave. *Eluana: la libertà e la vita*. Rizzoli 2008; por. także M. Śliwka. *Zagadnienia związane z końcem życia ludzkiego – aktualne tendencje w prawie porównawczym*. W: *Dylematy etyczne końca życia – problem uporczywej terapii*. Red. W. Sinkiewicz [i in.]. Bydgoszcz 2013 s. 116-118.

⁷⁴¹ Por. A.C. Campagna. *Żywienie dojelitowe chorych w stanie wegetatywnym*. W: *Sekrety intensywnej terapii*. Red. P. E. Parsons, J. P. Wiener-Kronish. Szczecin 1993 s. 32.

⁷⁴² Por. tamże s. 36.

⁷⁴³ Por. Szewczyk. *Bioetyka* s. 308.

przypadku odżywianiu pacjenta i łagodzeniu jego cierpień”⁷⁴⁴. Tak jasne i bezkompromisowe stanowisko papieża wywołało liczne kontrowersje zwłaszcza w USA. Z jednej strony bioetycy – w tym między innymi Richard Doerflinger w imieniu Konferencji Episkopatu Stanów Zjednoczonych⁷⁴⁵ – podkreślali, że Jan Paweł II ostatecznie zakończył dyskusję i definitywnie potwierdził zobowiązanie do sztucznego odżywiania, które jest pozbawione wyjątków, z drugiej strony próbowano bagatelizować tę wypowiedź. Niektórzy nazwali te słowa „rewizjonistycznym” odejściem od katolickiej tradycji (m.in. Thomas Shannon i James Walter). Inni studzili atmosferę podkreślając, że takie stanowisko nie posiada rangi autorytetu dokumentu kościelnego (m.in. John Paris, James Keenan, Kenneth Himes i Kevin O’Rourke). Pojawili się też tacy, którzy tłumaczyli papieża, jakoby nakreślił on ogólną zasadę, od której można jednak zastosować wyjątki (m.in. Mark Repenshek i John Slosar)⁷⁴⁶.

O doprecyzowanie stanowiska Magisterium w tej sprawie zwrócił się 11 lipca 2005 r. biskup William S. Skylstad (Przewodniczący Konferencji Episkopatu Stanów Zjednoczonych), który zadał Kongregacji Nauki Wiary dwa pytania, na które odpowiedziano 1 lipca 2007 r. w krótkiej nocie, opatrzonej obszernym komentarzem. Pierwsze pytanie brzmiało: „Czy istnieje moralny obowiązek podawania pokarmu i wody (w sposób naturalny lub sztuczny) pacjentowi w «stanie wegetatywnym», z wyjątkiem przypadków, gdy takie pożywienie nie może być przyswojone przez organizm pacjenta albo nie może być podawane bez powodowania znacznej dolegliwości fizycznej?” Odpowiedź była jasna „tak”, gdyż

⁷⁴⁴ Jan Paweł II. *Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Kongresu Lekarzy Katolickich* s. 21-22.

⁷⁴⁵ Por. R. M. Doerflinger. *John Paul II on the „Vegetative State”*. „Ethics and Medics” 29:2004 nr 6 s. 2-4.

⁷⁴⁶ Por. Schockenhoff. *Etyka życia* s. 377. Dość krytycznie do tej wypowiedzi papieża odniósł się także Włodzimierz Galewicz (*Rezygnacja z podtrzymywania życia*. <http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=32&i=3&m=22&z=0&n=2&k=7> [dostęp: 7.11.2015]). Stanowisko Jana Pawła II stało się ponadto pretekstem do utworzenia przez Włoski Narodowy Komitet Bioetyczny dokumentu, który w dużej mierze odzwierciedlał papieskie nauczanie na ten temat. W stanowisku, które nie zostało jednogłośnie przyjęte (20 za, 13 przeciw), zaznaczono, że: „tak długo, jak organizm osiąga z tego obiektywną korzyść, sztuczne odżywianie i pojenie są formą podstawowej zwyczajnej opieki, [...] [ich] zaniechanie jest etycznie właściwe tylko wtedy, gdy w obliczu śmierci organizm nie jest zdolny do asymilowania żadnej substancji” (N. Zamparetti, N. Latronico. *Nutrition and Hydration of Patients in Vegetative State: a Statement of the Italian National Committee for Bioethics*. „Intensive Care Medicine” 32:2006 nr 5 s. 750. Cyt. za Norkowski. *Medycyna na krawędzi* s. 136).

„podawanie pokarmu i wody, także metodami sztucznymi, jest zasadniczo zwyczajnym i proporcjonalnym sposobem podtrzymania życia. Jest ono więc obowiązkowe w takiej mierze i przez taki czas, w jakich służy właściwym sobie celom, czyli nawadnianiu i odżywianiu pacjenta. W ten sposób zapobiega się cierpieniom i śmierci, które byłyby spowodowane wycieńczeniem i odwodnieniem”⁷⁴⁷. Drugie pytanie odnosiło się do możliwości zaprzestania sztucznego odżywiania przy obiektywnym stwierdzeniu, że stan pacjenta nie ulegnie już poprawie: „Czy sztuczne żywienie i nawadnianie pacjenta w «trwałym stanie wegetatywnym» mogą być przerwane, gdy kompetentni lekarze stwierdzą z moralną pewnością, że pacjent nigdy nie odzyska świadomości?” Także w tym wypadku odpowiedź Kongregacji Nauki Wiary była jednoznaczna: „Nie. Pacjent w «trwałym stanie wegetatywnym» jest osobą, zachowującą swą podstawową godność ludzką, a zatem należy się mu zwyczajna i proporcjonalna opieka, obejmująca zasadniczo dostarczanie wody i pokarmu, także w sposób sztuczny”⁷⁴⁸. W komentarzu powołano się na niezmiennie od czasu Piusa XII, wielokrotnie potwierdzone przez Jana Pawła II, nauczanie Kościoła w tym względzie, które uznaje sztuczne odżywianie i nawadnianie za terapię zwyczajną⁷⁴⁹.

Dość tendencyjnie do sprawy odniósł się teolog moralista Eberhard Schockenhoff, który poświęcił kontrowersjom wynikającym z wypowiedzi papieża, jak i późniejszej odpowiedzi Kongregacji Nauki Wiary, osobny paragraf swojej książki. Konkludując zamieszanie, jakie wynikało z tak przedstawionego stanowiska, napisał: „Tak czy owak, nawet jeśli przemówienie wyraża przypisywaną mu tendencję rewizjonistyczną [...], jego znaczenie nie może być przecenione [...]. Najnowszych stanowisk [Kościół] nie można za każdym razem rozumieć przeciwnie do jednomyślnej kościelnej tradycji nauczania, lecz jedynie w jej świetle, [...] szczególnie ta podstawowa reguła musi obowiązywać w odniesieniu do pojedynczego przemówienia papieskiego albo wypowiedzi rzymskich kongregacji”⁷⁵⁰. Teolog ten postuluje możliwość odstąpienia od sztucznego odżywiania i jako uzasadnienie wspomnianej jednomyślnej tradycji Kościoła podaje

⁷⁴⁷ Kongregacja Nauki Wiary. *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania*. Rzym 2007. *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. T. 2. Red. J. Brusilo. Tarnów 2012 s. 454.

⁷⁴⁸ Tamże.

⁷⁴⁹ Por. tamże s. 454-458.

⁷⁵⁰ Schockenhoff. *Etyka życia* s. 378.

średniowieczne dyskusje na temat obowiązku zakonników wytrwania w ślubowanym poście wobec zagrażającej śmierci (m.in. Jan Garson), a także XVI i XVII-wieczne debaty na temat konieczności dzielenia się pożywieniem z ciężko chorym w obliczu wszechpanującego głodu (m.in. Franciszek de Vitoria)⁷⁵¹. Trudno jednak zgodzić się z taką argumentacją, po pierwsze ze względu na dość odległą analogię, a po drugie nie sposób nadawać wyższą rangę wypowiedziom poszczególnych teologów, niż oficjalnemu stanowisku Magisterium Kościoła.

W tym miejscu warto wspomnieć także dwóch innych amerykańskich teologów, których poglądy różnią się od oficjalnej nauki Kościoła. Odstąpienie od podawania pacjentom w stanie wegetatywnym płynów i pokarmu według B. Ashley nie jest czymś moralnie niegodziwym. Wręcz przeciwnie, traktuje to jako coś oczywistego. Osoba, która nie może jeść i pić umiera z powodu naturalnych niezdolności organizmu, a nie z powodu zaprzestania sztucznego pojenia i karmienia. Uważa ponadto, że prawa człowieka, w tym prawo do podstawowej opieki medycznej, dotyczy tylko tych, którzy zdolni są do „samoświadomości, do poznawania, do odczuwania, do cierpienia, do odczuwania pragnień”⁷⁵². Podobnie myśli A. Moraczewski, który twierdzi, że „nie ma dowodów na to, aby te osoby [w przewlekłym stanie wegetatywnym] miały jakąkolwiek aktywność umysłową niewykrywalną dla zewnętrznych obserwatorów”⁷⁵³, dlatego odstąpienie od podawania płynów i pokarmu jest w tym wypadku moralnie godziwe. Ponadto twierdzi, że w tej sytuacji „intencją jest zatrzymanie tego działania, sztucznego dostarczania pożywienia i wody, które nie dają proporcjonalnej korzyści. Śmierć jest przewidzianym, nieuchronnym, ale niezamierzonym skutkiem”⁷⁵⁴. Obaj teologowie opierają się jednak na zanegowanym przez współczesne badania stanowisku, jakoby człowiek w stanie wegetatywnym zawsze nie posiadał świadomości. Odkrycie stanu minimalnej świadomości, o którym mowa była w pierwszej części tego rozdziału, zanegowało używane przez nich argumenty⁷⁵⁵. Z tego powodu Jan Paweł II, w kontekście debaty nad pacjentami w stanie życia wegetatywnego, mówił: „Trzeba też pamiętać, że dość licznym pacjentom dzięki właściwemu leczeniu

⁷⁵¹ Por. tamże s. 374-375.

⁷⁵² *Euthanasia and over-treatment*. Cyt. za Norkowski. *Medycyna na krawędzi* s. 162-163.

⁷⁵³ *The Moral Option not to Conserve Life under Certain Conditions. An Application of the Principles*. W: A.D. Cronin. *Conserving Human Life*. Massachusetts 1989 s. 270.

⁷⁵⁴ Tamże s. 269.

⁷⁵⁵ Por. Norkowski. *Medycyna na krawędzi* s. 161-167.

i trafnym programom rehabilitacyjnym udaje się wyjść ze stanu śpiączki. Wielu innych natomiast pozostaje niestety w tym stanie, nieraz przez bardzo długi czas, nie potrzebując nawet wsparcia techniki medycznej. Właśnie dla określenia sytuacji pacjentów, którzy znajdują się w stanie wegetatywnym przez okres dłuższy niż rok, wprowadzono termin «trwały stan wegetatywny». W rzeczywistości jednak określenie to nie wiąże się z odrębną diagnozą, ale jedynie umowną prognozą, wynikającą z faktu, że przebudzenie pacjenta jest, ze statystycznego punktu widzenia, tym mniej prawdopodobne, im dłużej trwa stan wegetatywny. Należy jednak pamiętać i brać pod uwagę, że istnieją dobrze udokumentowane przypadki przynajmniej częściowego powrotu pacjentów do zdrowia, czasem wręcz po wielu latach; dlatego też można powiedzieć, że medycyna jak na razie nie jest w stanie orzec z pewnością, który ze znajdujących się w tym stanie pacjentów powróci do zdrowia, a który nie. [...] Istotna wartość i osobowa godność każdego człowieka nie ulegają zmianie nigdy, niezależnie od konkretnych okoliczności jego życia. Człowiek, nawet ciężko chory lub niezdolny do wykonywania bardziej złożonych czynności, jest i zawsze pozostanie człowiekiem, nigdy zaś nie stanie się «rośliną» czy «zwierzęciem». Także nasi bracia i siostry, którzy znajdują się w klinicznym stanie «wegetatywnym», w pełni zachowują swą ludzką godność. Nadal spoczywa na nich miłujące spojrzenie Boga Ojca, który postrzega ich jako swoje dzieci potrzebujące szczególnej opieki»⁷⁵⁶.

Jakie zatem – w rozumieniu katolickiej teologii moralnej – stanowisko należy przyjąć w debacie nad sztucznym odżywianiem i nawadnianiem? Jako regułę, co wyraźnie podkreślił Jan Paweł II i Kongregacja Nauki Wiary, trzeba uznać, że takie działanie jest środkiem zwyczajnym, a jego zastosowanie ma charakter proporcjonalny na każdym etapie stanu terminalnego. Wyjątek, który jednak nie może stać się regułą i domaga się zawsze indywidualnej oceny, to sytuacja, w której sztuczne karmienie i nawadnianie przynosi umierającemu już pacjentowi nieproporcjonalnie duże cierpienie⁷⁵⁷. Do takich wniosków upoważnia wspomniane stanowisko Kongregacji Nauki Wiary będące odpowiedzią na pytanie, w którym taki właśnie kazus był zawarty („z wyjątkiem przypadków, gdy takie pożywienie nie może być przyswojone przez organizm pacjenta albo nie może być podawane bez

⁷⁵⁶ Jan Paweł II. *Człowiek chory zawsze zachowuje swą godność* [20 III 2004] s. 21-22.

⁷⁵⁷ Por. Bartoszek. *Człowiek w obliczu śmierci i umierania* s. 272-273.

powodowania znacznej dolegliwości fizycznej?”⁷⁵⁸). Nie stoi ono także w sprzeczności ze stanowiskiem papieża, który wyraźnie podkreślając zasadność obowiązywania tej zasady, powiedział: „w zależności od tego, w jakiej mierze i przez jaki czas zdaje się ona służyć właściwym sobie celom, czyli w danym przypadku odżywianiu pacjenta i łagodzeniu jego cierpień”⁷⁵⁹. Niedopuszczalne jest natomiast rozciąganie tego wyjątku na inne sytuacje, w tym na osoby będące w trwałym stanie wegetatywnym. Trzeba wyraźnie podkreślić, że w przypadku zaniechania sztucznego karmienia czy nawadniania pacjenta, to nie choroba, która jest przyczyną niemożności wykonania tych czynności, prowadzi do zgonu, ale przyczyną śmierci staje się sytuacja patologiczna, która powstała na skutek odcięcia człowieka od pokarmu i płynów.

2.3.4. Uporczywa terapia a eutanazja

Na przestrzeni ostatnich lat w nauczaniu Kościoła wielokrotnie potępiono eutanazję. Jednocześnie za moralnie dopuszczalne uznano zrezygnowanie z uporczywej terapii. Na temat tak rozumianego stanowiska Magisterium pisał Jacek Malczewski: „Tak kategoryczne i bardzo surowe potępienie eutanazji w nauczaniu katolickim bardzo szkodzi debacie o godnym umieraniu, a więc – paradoksalnie – również i sprawie opieki paliatywnej. Wielu laików nie odróżnia bowiem na pierwszy rzut oka praktyk zaliczanych przez doktrynę katolicką do «złej» eutanazji od «dobrych» procedur paliatywnych, i wylewa dziecko z kąpielą, uznając, że również to drugie zasługuje na moralne potępienie”⁷⁶⁰. Ta opinia, choć może wydawać się mocno przesadzoną i jednocześnie krzywdzącą, mimo wszystko wzywa do pewnej refleksji. Ważnym pytaniem jest, czy rzeczywiście we współczesnej debacie na temat eutanazji i uporczywej terapii Kościół posługuje się pojęciami zrozumiałymi i adekwatnymi? Do postawienia tak sformułowanego pytania prowokuje między innymi przeprowadzony przez CBOS i opublikowany w styczniu 2013 r. sondaż na temat rozumienia przez ogół społeczeństwa takich pojęć, jak „eutanazja” i „uporczywa terapia”. Trudno w tym miejscu przeanalizować całość tego

⁷⁵⁸ Kongregacja Nauki Wiary. *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania* s. 454.

⁷⁵⁹ Jan Paweł II. *Człowiek chory zawsze zachowuje swą godność* [20 III 2004] s. 21-22.

⁷⁶⁰ *Eutanazja. Gdy etyka zmierza się z prawem*. Warszawa 2012 s. 82-83.

obszerne badania, warto jednak nadmienić, że aż 36% respondentów z niczym nie kojarzyło się pojęcie „zaniechanie uporczywej terapii”, a innym najczęściej z jakąś nieuleczalną chorobą (głównie nowotworową), a także np. z leczeniem uzależnień czy nałogów⁷⁶¹. W przypadku „eutanzji” tylko 14% osób nie miało żadnych skojarzeń, a zdecydowana większość utożsamiała ją ze „śmiercią” czy „śmiercią na żądanie”⁷⁶². Do bardziej zaskakujących wyników autorzy doszli, opisując respondentom szczegółowe przypadki kliniczne i pytając, czy uważają je za rezygnację z uporczywej terapii, czy nie; i czy tym samym takie działanie jest dopuszczalne, czy nie? Analizując odpowiedzi, wyraźnie dostrzega się duże niezrozumienie pojęć, a co za tym idzie niejasną ocenę moralną poszczególnych działań medycznych. Szczególnie widoczne jest to w grupie osób regularnie uczestniczących w praktykach religijnych. Aż 47% z nich uważa za moralnie niedopuszczalną rezygnację z leczenia, nawet wtedy, gdy wiadomo, że będzie ono nieskuteczne, a jedynie przysporzy choremu cierpienia i przedłuży wyłącznie jego umieranie. Zatem sytuację, którą najczęściej podaje się jako moralnie dopuszczalny przykład rezygnacji z uporczywej terapii, osoby wierzące utożsamiają z eutanazją⁷⁶³. Wyraźnie zatem widać, że konieczna jest jeszcze większa precyzja związana z używanymi pojęciami i jasne definiowanie konkretnych sytuacji szczegółowych. Jak zatem w kontekście naświetlonego problemu wygląda nauczanie Magisterium Kościoła? Na przestrzeni ostatnich 60 lat, które minęły od pontyfikatu Piusa XII, pojawiło się wiele nowych problemów bioetycznych, wśród których oprócz problemu eutanazji, ważną kwestię zajmuje możliwość rezygnacji z uporczywej terapii. Aby zrozumieć istotową różnicę między jednym i drugim działaniem, konieczne jest właściwe wyjaśnienie pojęć, a co za tym idzie, zrozumienie, jakie są podstawowe kryteria w moralnej ocenie poszczególnych ingerencji w życie człowieka.

Interesującej analizy terminologicznej dokonał Grzegorz Chojnacki, który zajął się problemem sztucznego przedłużania życia we współczesnej myśli ekumenicznej

⁷⁶¹ Por. *Zaniechanie uporczywej terapii – Komunikat z badań CBOS*. Red. B. Roguska. Warszawa 2013 s. 4-5.

⁷⁶² Por. tamże s. 6-7.

⁷⁶³ Por. tamże s. 13-14.

w Niemczech⁷⁶⁴. Kościoły, zarówno Ewangelicki Niemiec, jak i katolicki w Niemczech wydały stosowne dokumenty, które odnoszą się do omawianego zagadnienia, a ponadto podejmują temat tzw. „testamentu życia” (*Patientenverfügung*), który w chwili powstawania tych tekstów był żywo dyskutowany za zachodnią granicą Polski. Interesujący jest dokument opracowany w 2005 r. przez pierwszy ze wspomnianych Kościołów pt: *Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht*, który zwraca uwagę na podwójny aspekt odpowiedzialności za osobę umierającą, to jest prawo człowieka do stanowienia o sobie samym i obowiązek troski społeczeństwa o innych (w tym ludzi chorych)⁷⁶⁵. Nawiązując do tego tematu przewodniczący Rady Kościoła Ewangelickiego Niemiec biskup Wolfgang Huber, w reakcji na stanowisko Niemieckiej Narodowej Rady Etycznej, 13 lipca 2006 r. wydał komentarz, w którym bardzo pozytywnie odniósł się do postulatu używania adekwatnych pojęć dotyczących kwestii końca życia człowieka⁷⁶⁶. Rada postuluje, aby w miejsce „aktywnej”, „pasywnej” czy „pośredniej” eutanazji (*Sterbehilfe*) używać takich pojęć jak: „towarzyszenie w umieraniu” (*Sterbebegleitung*), „terapia przy końcu życia” (*Therapie am Lebensende*), „pozwolić umrzeć” (*Sterbenlassen*), „współdziałanie przy samobójstwie” (*Beihilfe zur Selbsttötung*) oraz „zabicie na życzenie” (*Tötung auf Verlangen*). W tym kontekście, najbardziej adekwatny dla uporczywej terapii byłby termin *Sterbenlassen*, który można by odnieść do zaniechania sztucznego przedłużania życia, nie zaniedbując jednak podstawowej opieki nad pacjentem aż do końca⁷⁶⁷.

Pojęcie „uporczywej terapii”, choć dość powszechnie występuje we współczesnej debacie nad zagadnieniami etycznymi związanymi z końcem ludzkiego życia, często jest różnie rozumiane w zależności od ośrodka, który daną

⁷⁶⁴ Por. G. Chojnacki. *Problem zaniechania sztucznego przedłużania życia we współczesnym niemieckim dyskursie ekumenicznym*. „*Studia Oecumenica*” 13:2013 s. 273-280. Do tematu nawiązał także M. Machinek (*Zagadnienie terapii uporczywej* s. 96).

⁷⁶⁵ Por. Kammer für öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland. *Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht*. Hannover 2005. W: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz/Kirchenamt der EKD. *Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Sammlung kirchlicher Texte*. Hannover-Bonn 2011² s. 25.

⁷⁶⁶ Por. W. Huber. *Erklärung des Vorsitzenden des Rates der EKD* [13.07.2006]. W: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz/Kirchenamt der EKD. *Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Sammlung kirchlicher Texte*. Hannover-Bonn 2011² s. 30-33.

⁷⁶⁷ Por. Chojnacki. *Problem zaniechania sztucznego przedłużania życia* s. 276.

definicję tworzy. W najnowszych podręcznikach etyki medycznej, a także w powstających regulacjach prawnych, najczęściej używa się pojęcia „terapia daremna” (ang. *futile therapy*). W jej definicji dostrzec można, poza refleksją na temat samej terapii, także „ocenę jakości życia, którego kontynuowanie może być ocenione jako niecelowe i pozbawione sensu”⁷⁶⁸. Dość powszechnie stosuje się także określenie „bierna eutanazja”⁷⁶⁹, która w sposób naturalny przywołuje niezbyt trafne skojarzenia ze zwykłą eutanazją, nazywaną wtedy dla odróżnienia „czynną”. Odmienne, nie tylko z punktu widzenia językowego, ale i bogactwa treściowego, pojęć w swoich wypowiedziach używa Magisterium Kościoła. Wśród nich najczęściej pojawiają się takie określenia, jak „uporczywość terapeutyczna”⁷⁷⁰, „uporczywa terapia”⁷⁷¹, czy „terapia nadzwyczajna”⁷⁷² oznaczające: „stosowanie środków szczególnie wycieńczających i uciążliwych dla chorego, skazujących go na sztucznie przedłużaną agonię”⁷⁷³. Skoro istnieją różnice w definiowaniu pojęć, pojawiają się one także przy określaniu granicy między uporczywą terapią a eutanazją. O tym problemie wyraźnie pisał Jan Paweł II w *Evangelium vitae*, gdzie stwierdził: „Od eutanazji należy odróżnić decyzję o rezygnacji z tak zwanej «uporczywej terapii»”⁷⁷⁴. Jak zatem w świetle nauczania Magisterium Kościoła rozumieć oba omawiane zagadnienia?

⁷⁶⁸ M. Machinek. *Uporczywość terapeutyczna jako problem teologiczno-moralny*. „Communio” 32:2012 nr 3 s. 92-93.

⁷⁶⁹ Por. Ch. Barnard. *Godne życie godna śmierć. Wybitny kardiolog o eutanazji i samobójstwie*. Warszawa 1996 s. 61; por. także M. Sikora, M.S. Szczepański. *Eutanazja w świadomości społecznej: między odrzuceniem a akceptacją*. W: *Eutanazja: prawo do życia – prawo do wolności*. Red. B Chyrowicz. Lublin 2005 s. 68. W sposób jednoznaczny pojęcie to odrzuca raport Europejskiego Towarzystwa Medycznego, który bazuje na definicji eutanazji rozumianej jako aktywne działanie dokonane na życzenie kompetentnego pacjenta. Stwierdza się w nim, że pojęcie „eutanazja bierna” jest wewnętrznie sprzeczne, podobnie jak określenie „drewniany kamień” (por. *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: A View from an EAPC Ethics Task Force*. Red. L. Materstvedt [i in.]. „Palliative Medicine” 17:2003 s. 99-100. Cyt. za Szewczyk. *Daremność medyczna* s. 72).

⁷⁷⁰ Por. KPSZ 119. Najnowszy dokument używa już określenia „uporczywa terapia” (NKPSZ 149).

⁷⁷¹ Por. EV 65; por. także KKK 2278.

⁷⁷² Por. Benedykt XVI. *Żaden człowiek nie powinien umierać w samotności* s. 333.

⁷⁷³ Jan Paweł II. *Człowiek wobec tajemnicy śmierci*. Przemówienie podczas spotkania z uczestnikami Międzynarodowego Sympozjum nt. „Opieka nad umierającym. Aspekty społeczno-kulturowe, medyczne, pielęgniarskie i duszpasterskie” zorganizowanego przez Ośrodek Bioetyki Katolickiego Uniwersytetu „Sacro Cuore” [17 III 1992]. „L’Osservatore Romano” (wydanie polskie) 13:1992 nr 4 s. 38-39.

⁷⁷⁴ EV 65.

Pierwszej próby jasnej wykładni nauczania Kościoła na temat możliwości przyśpieszenia śmierci chorej osoby podjęła się Kongregacja Świętego Oficjum (dziś Kongregacja Nauki Wiary) w dokumencie *Decretum de directa insontium occisione* z 2 grudnia 1940 r. Na polecenie Piusa XII oficjalnie zakazano takiej praktyki, jako „sprzecznej z prawem naturalnym i boskim”⁷⁷⁵. Była to jasna odpowiedź Stolicy Apostolskiej na rozwijające się, podczas trwającej już od ponad roku II wojny światowej, tendencje do usprawiedliwiania masowych zbrodni wojennych, które polegały na uśmiercaniu ludzi wyłącznie ze względu na ich choroby. Powszechnie wiadomo, jak dramatyczne skutki niosło ze sobą takie utylitarne podejście do kwestii osób upośledzonych⁷⁷⁶. Z czasem kategorię „nienormalności” rozszerzano na pojęcie „niedoskonałej rasy”, co stało się podstawą powszechnej eksterminacji Żydów oraz narodów słowiańskich. Wydany z polecenia Piusa XII dokument jest zatem jasnym dowodem na jednoznaczne stanowisko Kościoła na temat zbrodniczych planów III Rzeszy.

Zwołany przez papieża Jana XXIII Sobór Powszechny miał na celu zajęcie się najbardziej pilnymi sprawami współczesnego świata, stąd w sposób naturalny – mimo że temat ten był stosunkowo młody – odniesiono się do kwestii sztucznego skracania, ale też – co jest pewną nowością w nauczaniu Kościoła – przedłużania życia. Konstytucja *Gaudium et spes* zaznacza, że „w obliczu śmierci najwyraźniej ujawnia się tajemnica ludzkiego istnienia”⁷⁷⁷, co powinno być punktem wyjścia dla jakiegokolwiek dyskusji o śmierci. Nie jest ona bowiem kresem, czy nawet – jak dosadnie stwierdza Sobór – „wieczną zagładą”⁷⁷⁸, lecz dopełnieniem całej tajemnicy człowieka, stąd należy do niej podejść z pełną doniosłością. W tym kontekście Konstytucja mówi dalej, że „wszelkie wysiłki techniki, chociaż bardzo pożyteczne, nie są zdolne uśmierzyć niepokoju człowieka, bowiem przedłużenie długowieczności biologicznej nie może zaspokoić tego pragnienia dłuższego życia, które nieprzewyciężenie tkwi w jego sercu”⁷⁷⁹. Sobór po raz pierwszy podkreślił –

⁷⁷⁵ Kongregacja Świętego Oficjum. *Decretum de directa insontium occisione*. AAS 32:1940 s. 554.

⁷⁷⁶ Wśród osób przeznaczonych w pierwszym rządzie do eksterminacji z rąk faszystów znaleźli się upośledzeni psychicznie, sparaliżowani, niewidomi i wszyscy inni, którzy nie byli w stanie sami zapewnić sobie przeżycia.

⁷⁷⁷ Nr 18.

⁷⁷⁸ Por. tamże.

⁷⁷⁹ Tamże.

nie negując ich wartości – niewystarczalność medycznych technik sztucznego przedłużania życia i otworzył drogę do dyskusji nad prawdziwym, duchowym sens przeżywania procesu umierania.

Dokumentem, który odegrał niewątpliwie olbrzymią rolę w kształtowaniu współczesnej bioetyki, jest encyklika Pawła VI *Humanae vitae* opublikowana 25 lipca 1968 r. Mimo że nie zajmowała się ona problematyką śmierci człowieka, a wręcz przeciwnie jego początkiem, to warto o niej w tym miejscu wspomnieć. Kluczowe dla zrozumienia przesłania tego papieża jest pojęcie troski o życie człowieka, które jest tak samo cenne u początku, jak i u końca ludzkiej egzystencji. Na uwagę zasługuje tu zdanie wprowadzające w kwestię zasad doktrynalnych: „Problem przekazywania życia, podobnie jak każdy inny problem dotyczący życia ludzkiego, powinien być tak rozpatrywany, aby – poza aspektami cząstkowymi, należącymi do porządku biologicznego, psychologicznego, demograficznego czy socjologicznego – uwzględnił całego człowieka i całe jego powołanie, obejmujące nie tylko porządek naturalny i doczesny, ale również nadprzyrodzony i wieczny”⁷⁸⁰. Żaden czynnik zewnętrzny, choć wydawać by się mógł najbardziej słuszny, nie może stanowić ważniejszego kryterium od godności człowieka, która przeżywana jest tak w wymiarze doczesnym, jak i wiecznym. To samo dotyczy kresu ludzkiego życia, o czym Paweł VI wspominał 22 maja 1974 r. przemawiając do członków Specjalnego Komitetu Narodów Zjednoczonych do Spraw Apartheidu, gdzie prawo do życia nazwał podstawowym prawem człowieka, ewidentnie przeciwstawiając się zarówno aborcji, jak i eutanazji⁷⁸¹.

Pierwszym dokumentem pontyfikatu Jana Pawła II, który kompleksowo zajął się tematem śmierci człowieka, jest datowana na 5 maja 1980 r. Deklaracja Świętej Kongregacji Nauki Wiary *Iura et bona* (Deklaracja o eutanazji). Jest ona niezwykle pomocna dla właściwego wyjaśnienia pojęć, które Kościół stosuje w swoim nauczaniu. Za eutanazję uznano „czynność lub jej zaniechanie, które ze swej natury lub w zamierzeniu działającego powoduje śmierć w celu wyeliminowania wszelkiego cierpienia”⁷⁸². Zatem tym, co charakteryzuje tego typu działanie, jest odpowiednia

⁷⁸⁰ Nr 7.

⁷⁸¹ Por. *Speech to the Committee of the United Nations on apartheid*. Przemówienie do członków Specjalnego Komitetu Narodów Zjednoczonych do spraw apartheidu [22 V 1974]. AAS 66:1974 s. 346.

⁷⁸² Nr 2.

intencja, a także natura stosowanych środków. W tym kontekście Deklaracja bardzo stanowczo podkreśla, że „nikt ani nic nie może w żaden sposób zezwolić na zadanie śmierci niewinnej osobie [...]. Ponadto nikomu nie wolno prosić o taką śmiercionośną czynność [...]. Nie może również takiej czynności prawomocnie nakazać lub zezwolić na nią żadna władza”⁷⁸³. Eutanazja jest nawet wprost nazwana „zbrodnią przeciwko ludzkości”⁷⁸⁴. W Deklaracji jednak dostrzeżono, co zostało wyraźnie podkreślone, konieczność zachowania proporcji w stosowaniu środków terapeutycznych. Jest to pierwszy dokument, który – choć nie użyto w nim jeszcze pojęcia „uporczywa terapia” – w sposób kompleksowy zajął się tym zagadnieniem. W tym kontekście napisano o „prawie do śmierci” (zostało ono jednak przeciwstawione powszechnemu znaczeniu pojęcia „eutanzja”), lecz rozumie się je jako „prawo do umierania w spokoju, z zachowaniem godności ludzkiej i chrześcijańskiej”⁷⁸⁵. W ten sposób wrócono do pierwotnego sensu greckiego słowa *euthanasia*, która oznaczało umieranie w spokoju, bez cierpienia, ale jednocześnie bez żadnej ingerencji człowieka⁷⁸⁶. To właśnie mianem „dobrej śmierci” w starożytności określono by to, co dziś nazywane jest rezygnacją z uporczywej terapii. Po raz kolejny wyraźnie widać, jak ważne jest używanie właściwie rozumianych pojęć. Z tego względu Papieska Rada Cor Unum wydając w 1981 r. dokument: *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających* postulowała konieczność używania – zwłaszcza w terminologii kościelnej – właściwych pojęć. Wyraźnie zaznaczono, że obecne znaczenie słowa „eutanzja” odbiega od historycznej definicji i współcześnie ma negatywnie nacechowane znaczenie⁷⁸⁷. Dlatego, jak zaznacza dokument, „przynajmniej w środowiskach katolickich winien zapanować język, który absolutnie nie posługuje

⁷⁸³ Tamże.

⁷⁸⁴ Tamże.

⁷⁸⁵ Tamże 4.

⁷⁸⁶ Por. W. Gwóźdź, J. Strojnowski. *Eutanazja*. W: *Encyklopedia katolicka*. Red. R. Łukaszyk [i in.]. Lublin 1983 kol. 1344; por. także H. Niemiec. *Eutanazja a rezygnacja z uporczywej terapii*. „Częstochowskie Studia Teologiczne” 28:2000 s. 179; M. Graczyk. *Kontrowersje wokół eutanazji*. „Ateneum Kapłańskie” 131:1998 z. 1 s. 13. Po raz pierwszy określenie „eutanzja” zostało użyte ok. 300 r. przed Chr. w komedii Poseidipposa *Myrmex*, w której zapisano: „Ze wszystkiego, co człowiek usiłuje wyprosić od bogów, nie życzy sobie niczego lepszego jak dobrej śmierci (eutanzji)” (cyt. za W. Bołoz. *Rezygnacja z uporczywej terapii jako realizacja praw człowieka umierającego*. „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2:2008 nr 3 s. 80).

⁷⁸⁷ Por. Papieska Rada Cor Unum. *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających*. Rzym 1981 nr 3.1.

się terminem «eutanzja»⁷⁸⁸ dla określenia opieki terminalnej, decyzji o rezygnacji z określonych, nieadekwatnych do sytuacji chorego interwencji medycznych, a także stosowania nawet silnych środków przeciwbólowych. Powinny być one kojarzone raczej z zaniechaniem uporczywej terapii, a nie z czynem kładącym kres życiu chorego⁷⁸⁹. Przez „eutanzję” należy zatem zawsze rozumieć tylko czyn lub zaniechanie, który prowadzi do śmierci⁷⁹⁰. Papieska Rada Cor Unum wydając ten dokument, przyczyniła się w znacznym stopniu do jasnego rozróżnienia pojęć między eutanzją i świadomą rezygnacją z uporczywej terapii.

Jednym z ważniejszych celów wydanego w 1992 r.⁷⁹¹ *Katechizmu Kościoła Katolickiego* było „rozaśnianie światłem wiary nowych sytuacji i problemów, które w przeszłości nie zostały wyjaśnione”⁷⁹², dlatego zajęto się również tematem eutanzji i rezygnacji z uporczywej terapii. Obu zagadnieniom poświęcono czterech punkty (2276-2279), które oznaczono wspólnym tytułem „eutanzja”. *Katechizm* działaniem moralnie niedopuszczalnym wyraźnie określił wszelkie próby położenia kresu życia osób upośledzonych, chorych i umierających⁷⁹³. Ponadto dwa punkty zostały poświęcone sytuacjom, w których uprawnione jest zaprzestanie zabiegów medycznych, a wśród nich wymieniono działania zbyt kosztowne, ryzykowne, nadzwyczajne i przede wszystkim niewspółmierne do spodziewanych rezultatów⁷⁹⁴. Odmowa uporczywej terapii – która zawsze musi być wyrażona wprost przez pacjenta lub osoby uprawnione – nie ma na celu zadawanie śmierci, lecz jedynie przyjmuje się, że w tym przypadku nie można jej już zapobiec⁷⁹⁵. *Katechizm* podkreśla jednak, że konieczna jest opieka paliatywna, a pacjentowi do końca przysługują zwykłe zabiegi, nie wyłączając stosowania środków przeciwbólowych, które są godziwe nawet za cenę skrócenia życia, o ile śmierć nie jest traktowana jako cel sam w sobie⁷⁹⁶. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia w *Nowej Karcie Pracowników Służby Zdrowia* napisała ponadto, że „proces

⁷⁸⁸ Tamże nr 3.2.

⁷⁸⁹ Por. tamże.

⁷⁹⁰ Por. tamże nr 3.3.

⁷⁹¹ W 2002 r. wydano drugie poprawione polskie tłumaczenie *Katechizmu*.

⁷⁹² Jan Paweł II. Konstytucja Apostolska *Fidei depositum*. Rzym 1992. W: *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 2002² s. 12.

⁷⁹³ Por. nr 2277.

⁷⁹⁴ Por. tamże nr 2278.

⁷⁹⁵ Por. tamże.

⁷⁹⁶ Por. tamże nr 2279.

umierania jest momentem życia osoby, który – chociaż nieodwracalny – zawsze zasługuje na opiekę i pomoc⁷⁹⁷. Ma to decydujące znaczenie, gdy mowa jest o świadomym podejściu do procedur, które mogą przedłużyć ludzkie życie, bo to właśnie ono, jego jakość i znaczenie, jest kluczowe w ocenie moralnej tych działań, a nie śmierć. Osobno zajęto się kwestią uporczywej terapii, zaznaczając wyraźne „nie” dla jej stosowania. Podkreślono z całą stanowczością, że śmierć jest faktem nieuniknionym dla każdego człowieka, a próba sztucznego, nieracjonalnego i uciążliwego przedłużania życia, która przeradza się w rozwlekłą agonię, jest po prostu niemoralna⁷⁹⁸.

Próby właściwego wyjaśnienia różnicy między eutanazją i uporczywą terapią Jan Paweł II podjął się ponownie w encyklice *Evangelium vitae*⁷⁹⁹. Papież ma świadomość, że wszelka dyskusja na ten temat domaga się właściwych pojęć, dlatego pisze: „Aby sformułować poprawną ocenę moralną eutanazji, trzeba ją przede wszystkim jasno zdefiniować. Przez eutanazję w ścisłym i właściwym sensie należy rozumieć czyn lub zaniechanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia”⁸⁰⁰. Dalej – nawiązując do wcześniejszego dokumentu Kongregacji Nauki i Wiary – pisze: „Od eutanazji należy odróżnić decyzję o rezygnacji z tak zwanej «uporczywej terapii», to znaczy z pewnych zabiegów medycznych, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny. W takich sytuacjach, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem «zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwale i bolesne przedłużenie życia, nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach»”⁸⁰¹. Po raz pierwszy w dokumencie tej wagi użyto też terminu „terapia paliatywna”, której podstawowym celem jest łagodzenie cierpienia osoby umierającej. Papież zwraca też uwagę na rodzące się dylematy moralne dotyczące godziwości stosowania środków przeciwbólowych i za Piusem

⁷⁹⁷ Nr 146.

⁷⁹⁸ Por. tamże nr 149.

⁷⁹⁹ Analiza encykliki *Evangelium vitae* w kontekście tematu eutanazji podjęta została przez P. Borkiewicza (*Mentalność eutanatyczna w świetle encykliki „Evangelium vitae”*. „Collectanea Theologica” 66:1996 nr 3 s. 83-93).

⁸⁰⁰ EV 65.

⁸⁰¹ Tamże. Papież cytuje IB 551.

XII powtarza, że „jest dozwolone uśmierzanie bólu za pomocą narkotyków, nawet gdy w konsekwencji prowadzi to do ograniczenia świadomości i skrócenia życia”⁸⁰². Choć do omawianego problemu dokument nie wnosi nic nowego, to jednak jego znaczenie jest niezwykle istotne. Jest to pierwsza encyklika, która porusza kwestię nie tylko eutanazji, ale także rezygnacji z uporczywej terapii, a tym samym te zagadnienia dzięki Janowi Pawłowi II, stały się przedmiotem najważniejszego papieskiego nauczania.

Także pod koniec swojego życia w momencie, w którym Jan Paweł II sam zmagał się z licznymi ograniczeniami i słabościami wynikającymi z wieku i postępującej choroby, w licznych wypowiedziach poruszał zagadnienia związane z kresem ludzkiego życia. 27 lutego 1999 r. w przemówieniu na zakończenie piątego zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii *Pro Vita* po raz kolejny podjął temat związany z umieraniem człowieka, a także problemem rezygnacji z uporczywej terapii. W tym kontekście wyjaśnił zebranych intencje, jakie w tym względzie kierują Kościołem, który „broniąc świętości życia także w człowieku umierającym, nie ulega bynajmniej jakiejś formie absolutyzacji życia fizycznego, ale uczy szanować prawdziwą godność osoby, która jest stworzeniem Bożym, i pomaga jej przyjąć pogodnie śmierć, gdy opuszczają ją siły fizyczne”⁸⁰³. Jako źródło takiego nauczania papież wskazał przesłanie Nowego Testamentu, w którym źródłem ludzkiego życia jest Stwórca – Ten, w którym „żyjemy, poruszamy się i jesteśmy” (Dz 17,28)⁸⁰⁴.

20 marca 2004 roku papież w przemówieniu do uczestników międzynarodowego kongresu lekarzy katolickich w Rzymie – jak to już było wspomniane – zwrócił uwagę na podstawowe obowiązki względem chorych w stanie wegetatywnym, którym zawsze przysługuje zwyczajna opieka medyczna, w tym sztuczne podawanie pokarmów i nawadnianie⁸⁰⁵. Podobnym tematem Jan Paweł II zajął się jesienią tego samego roku przemawiając do uczestników konferencji Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, gdzie stwierdził, że „rezygnacja

⁸⁰² EV 65; por. Pius XII. *En réponse à trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie* [24 II 1957] s. 147.

⁸⁰³ Jan Paweł II. *O godności człowieka umierającego*. Przemówienie do uczestników zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii *Pro Vita* [27 II 1999] nr 4. W: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. T. 2. Red. J. Brusilo. Tarnów 2012 s. 246-247.

⁸⁰⁴ Por. tamże.

⁸⁰⁵ Por. Jan Paweł II. *Człowiek chory zawsze zachowuje swą godność* [20 III 2004] s. 21-22.

z uporczywej terapii nie jest odrzuceniem pacjenta i jego życia [...], a odrzucenie uporczywych działań terapeutycznych jest wyrazem szacunku, jaki w każdym momencie należy okazywać pacjentowi”⁸⁰⁶. Papież zwrócił ponadto uwagę na doniosłość ostatnich chwil ziemskiego życia człowieka, które powinny, „o ile to możliwe, być pogodne i pozwolić jego duszy przygotować się na spotkanie z Ojcem niebieskim”⁸⁰⁷.

Jak można zauważyć, temat eutanazji i uporczywej terapii jest stale obecny w najnowszym moralnym nauczaniu Kościoła⁸⁰⁸, który odnosi się do sytuacji związanych z kresem ludzkiego życia. Kościół – mając świadomość, że jest ważnym podmiotem w światowej dyskusji dotyczącej bioetycznych wyzwań ludzkości⁸⁰⁹ – stara się być niezwykle precyzyjny w używanych pojęciach. Zdecydowanie odróżnia on eutanazję od rezygnacji z uporczywej terapii, pierwszą nazywając jednoznacznie złem moralnym, a drugą określa mianem powinności wynikającej z miłości bliźniego. Należy zatem uszanować postulat wyrażony przez Papieską Radę Cor Unum i z jeszcze większą precyzją używać adekwatnych słów, które pozwolą dokonywać właściwych osądów moralnych⁸¹⁰.

⁸⁰⁶ Jan Paweł II. *Towarzyszyć choremu aż do końca*. Przemówienie do uczestników konferencji Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia [12 XI 2004]. W: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. T. 2. Red. J. Brusilo. Tarnów 2012 s. 298-300.

⁸⁰⁷ Tamże.

⁸⁰⁸ Warto wspomnieć także o najnowszym dokumencie, który powstał w ramach Konferencji Episkopatu Polski (Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych. *O leczeniu daremnych chorych poddawanych intensywnej terapii*. Warszawa 2018).

⁸⁰⁹ Por. J. Głowacki. *Eutanazja – problem życia a nie śmierci*. „Teologia i Człowiek” 2011 z. 18 s. 175. Szerzej na temat stanowiska Kościoła wobec eutanazji pisze L. Lubicki (*Stanowisko Kościoła Katolickiego wobec eutanazji*. „Ateneum Kapłańskie” 128:1997 z. 2 s. 233-236).

⁸¹⁰ Por. Papieska Rada Cor Unum. *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających* nr 3.2.

2.4. Rola pacjenta, lekarza i rodziny w podjęciu decyzji

Jednym z najważniejszych dokumentów Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia jest wydana pierwotnie w 1995 r. i ponownie opracowana w 2016 r. *Nowa Karty Pracowników Służby Zdrowia*. Wniosła ona zdecydowany wkład w rozwój katolickiej etyki lekarskiej. W dokumencie przeczytać można m.in. o istocie dialogicznego charakteru interwencji medycznej, który podkreśla godność pacjenta jako osoby. W tym kontekście niezbędne jest budowanie właściwej relacji lekarz-chory, która nigdy nie powinna mieć formy uprzedmiotawiającej, gdyż pacjent nigdy nie jest „anonimowym indywiduum” poddanym różnym zdobyczom medycyny⁸¹¹. Autorzy *Karty* – powołując się na Jana Pawła II – wyraźnie podkreślają, że pacjent „winien mieć możliwość osobistego wyboru, a nie być jedynie zdany na decyzje i wybory drugich osób”⁸¹². Podobne stanowisko prezentuje także przyjęty w Polsce *Kodeks Etyki Lekarskiej*, w którym podjęto się uregulowania stosunku lekarza do pacjenta, podkreślając podwójny charakter tej relacji: jednostkowy (intymny) i społeczny (publiczny)⁸¹³.

2.4.1. Rola pacjenta

Niezwykle istotna jest rola samego pacjenta w decyzji o zaprzestaniu stosowania uporczywej terapii. To on jest najbardziej kompetentną osobą, która, gdy posiada odpowiednią wiedzę i pełną świadomość, jest w stanie podjąć ostateczną i wiążącą decyzję⁸¹⁴. Podmiotowość pacjenta na przestrzeni wieków była często marginalizowana, co wynikało z podejścia paternalistycznego, w którym chorego sprowadzano do roli niemego świadka podejmowanych przez lekarza decyzji⁸¹⁵. W XX w. miał miejsce duży rozwój świadomości praw jednostki

⁸¹¹ Por. NKPSZ 96.

⁸¹² Tamże; por. Jan Paweł II. *Medycyna w służbie człowieka*. Przemówienie do uczestników XV międzynarodowego kongresu Federacji Lekarzy Katolickich [3 X 1982]. W: Jan Paweł II. *Nauczanie papieskie*. T. 5/2. Red. E. Weron, A. Jaroch. Poznań 1996 s. 491-496.

⁸¹³ Por. *Kodeks Etyki Lekarskiej; tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r.* art. 12 i 13; por. także Anczyk, Anczyk. *Lekarski etos w relacjach z pacjentem* s. 124-125.

⁸¹⁴ Por. KKK 2278; por. także Jan Paweł II. *Życie ludzkie jest święte i nienaruszalne*. Przemówienie do uczestników zjazdu włoskiego «Ruchu dla życia» [12 X 1985]. W: JPIns. T. 8/2. 1985. Rzym 1985 s. 934-935.

⁸¹⁵ Por. M. Machinek. *Rezygnacja z terapii uporczywej w świetle nauki Kościoła* s. 3-4. [Http://www.ptb.org.pl/pdf/machinek_uporczywa_terapia_1.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/machinek_uporczywa_terapia_1.pdf) [dostęp: 12.10.2015].

wynikających z godności człowieka, co zaowocowało wypracowaniem partnerskiego modelu relacji lekarz-pacjent⁸¹⁶.

Wśród praw pacjenta wymienia się m.in. prawo do odmowy leczenia, prawo do rzetelnej informacji o swoim zdrowiu i istniejących sposobach leczenia oraz prawo do godnego umierania⁸¹⁷. Współczesna medycyna musi tę prawdę uszanować, a rolą tak lekarza, jak i rodziny jest wspierać chorego we właściwym korzystaniu z przysługujących mu prerogatyw. Człowiek posiada wolność samostanowienia o sobie, posiada pełną autonomię i jako pacjent ma prawo do pełnej prywatności i uszanowania integralności jego ciała, stąd nie można dokonywać żadnych zabiegów wymierzonych w tę integralność bez jego zgody⁸¹⁸. Oficjalne dokumenty chronią prawo pacjenta do odmowy lub wyrażenia zgody na leczenie. W *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej* podkreślono, że „każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą”⁸¹⁹. *Kodeks karny*, omawiając prawa pacjenta, obwarowuje tę kwestię konkretną sankcją: „kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat dwóch”⁸²⁰. Podobnie *Europejska Konwencja Bioetyczna* z 1997 r., podkreśla zakaz przeprowadzania jakiegokolwiek interwencji medycznej bez nieprzymuszonej i świadomej zgody chorego⁸²¹. Również Kościół w swoim najnowszym nauczaniu broni podmiotowości pacjenta przy podejmowaniu decyzji dotyczącej leczenia. Papież Franciszek w liście skierowanym do uczestników spotkania zorganizowanego przez Światowe Towarzystwo Medyczne i Papieską

⁸¹⁶ M. Wrężel. *Relacja lekarz-chory*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 531.

⁸¹⁷ Por. Pilichowski. *Uporczywa terapia a dobro pacjenta* s. 273; por. także J. Salij. *Chrześcijański pogląd na temat powinności lekarza wobec człowieka umierającego*. W: *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie*. Red. J. Bogusz. Bydgoszcz 1985 s.13-15; T. Brzeziński. *Prawo do prawdy czy ochrona psychiki chorego ze złą prognozą lekarską*. W: *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie*. Red. J. Bogusz. Bydgoszcz 1985 s. 19-23.

⁸¹⁸ Por. K. Szczygieł. *Zgoda pacjenta*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 683-684.

⁸¹⁹ *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.* Dz.U. nr 78 poz. 483 art. 41 ust. 1.

⁸²⁰ *Kodeks karny. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r.* Dz. U. 1997 nr 88 poz. 553 ze zmianami art. 192 §1.

⁸²¹ Por. *Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny z 4 kwietnia 1997 r.* rozdz. II art. 5-9. [Http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf) [dostęp: 26.10.2016].

Akademii Życia przypomina, że choremu w pierwszym rzędzie przysługuje prawo do decydowania o podejmowaniu konkretnej terapii lub rezygnowania z niej, zwłaszcza, gdy miałaby ona mieć charakter działania nieproporcjonalnego⁸²².

Istotne w tym względzie jest prawo pacjenta do wiedzy o stanie swojego zdrowia, które wynika z podstawowego prawa człowieka do prawdy i obowiązku jej szukania⁸²³. Jest to jedna z najbardziej delikatnych kwestii związanych z budowaniem właściwej relacji zaufania na linii lekarz-pacjent i trudno wskazać w różnych dokumentach (m.in. w *Kodeksie Etyki Lekarskiej* czy *Karcie Praw Pacjenta*) jasne wytyczne, jak owe prawo chorego do informacji właściwie egzekwować⁸²⁴. Podkreśla się, że sztuka rozmowy i zrozumienia człowieka cierpiącego i umierającego jest jedną z najtrudniejszych umiejętności, jaką powinien posiadać lekarz⁸²⁵.

Na przestrzeni ostatnich lat rozumienie prawa pacjenta do informacji o swojej chorobie zmieniło się diametralnie. W 1960 r. w USA tylko 10% lekarzy chciało informować człowieka chorego na raka o czekającej go niechybnie śmierci, a w 1989 r. ta liczba wynosiła już 97%⁸²⁶. Zwolennicy prawa pacjenta do wiedzy najczęściej odwołują się do konkretnych argumentów, wśród których są m.in. kwestie praw pacjenta i kodeksu deontologicznego zakładające prawo do samostanowienia i wolności osobistej chorego człowieka. Wskazuje się ponadto na wiele argumentów natury praktycznej, jak chociażby konieczność dania umierającemu czasu do załatwienia spraw spadkowych czy rodzinnych. Niemniej istotne są kwestie związane z psychologią (kłamstwo burzy zaufanie w relacji lekarz-pacjent), religią (pacjent potrzebuje czasu na przygotowanie się do swojej śmierci) i życiem rodzinnym (krewni mają prawo wiedzieć o zbliżającym się kresie

⁸²² Por. *Przesłanie do uczestników Europejskiego Regionalnego Spotkania Światowego Towarzystwa Medycznego i Papieskiej Akademii Życia* [7 XI 2017].

⁸²³ Por. M. Wrężel. *Informowanie chorego*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 289; por. także Bartoszek. *Człowiek w obliczu śmierci i umierania* s. 218-231; A. Świeżyński. *Śmierć innych. Eutanazja w kontekście przemian mentalności współczesnych społeczeństw*. „Collectanea Theologica” 70:2000 nr 4 s. 75-80; J.J. Pawlik. „Kiedy zagraża śmierć...”. *Problem społecznego wsparcia*. „Studia Warmińskie” 37:2000 s. 553-556.

⁸²⁴ Por. M. Gałuszka. *Potoczna interpretacja śmierci*. W: *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*. Red. M. Gałuszka, K. Szewczyk. Warszawa-Łódź 1996 s. 176-177.

⁸²⁵ Do takiej konkluzji można dojść między innymi po lekturze książki J. Bréhanta (*Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*).

⁸²⁶ Por. Gałuszka. *Potoczna interpretacja śmierci* s. 178.

życia bliskiej osoby)⁸²⁷. Po drugiej stronie stają jednak ci, którzy twierdzą, że niemożliwe jest opracowanie jasnych zasad, które pozwoliłyby wyważyć racje między prawem pacjenta do informacji i na ich podstawie podejmowanymi decyzjami, a realną troską lekarza o jego zdrowie. Jak zauważa doktor Woods, „mówienie o świadomej zgodzie w kontekście skomplikowanych medycznych procedur, które nie są łatwe do zrozumienia przez laika, jest sprzecznością samą w sobie”⁸²⁸. Wynikająca z etyki zawodowej lekarza konieczność zapewnienia pacjentowi godnych warunków umierania, poza przestrzenią fizyczną, dotyczy także sfery psychicznej. Prawo pacjenta do godnej śmierci zakłada zatem jego prawo do wiedzy o tym, że jest ona już bliska⁸²⁹. Konieczne jest zatem, aby przy informowaniu chorego o jego stanie zdrowia, brać pod uwagę całościowe dobro, które może z tego wyniknąć, a sam sposób przekazania takiej wiadomości musi być jak najbardziej delikatny i wyrozumiały.

Według przeprowadzonych badań, w przypadku pacjentów oddziałów intensywnej terapii, tylko 5% chorych jest w stanie samemu przekazać swoją wolę dotyczącą planowanej terapii⁸³⁰. Dlatego w debacie publicznej ważnym tematem stała się w ostatnich latach sprawa tak zwanego „testamentu życia”. Zakłada on, że człowiek w okresie, gdy jest jeszcze zdrowy psychicznie i fizycznie, uprzedzając ewentualną chorobę lub jej znaczne pogorszenie stanu zdrowia, podejmuje decyzję, co do zastosowania w przyszłości konkretnej terapii. Spisując swoje oświadczenie woli, pacjent zabezpiecza się przed zastosowaniem niechcianych przez niego zabiegów medycznych w sytuacji, gdy utraciłby zdolność zakomunikowania swojej decyzji (np. w przypadku utraty świadomości)⁸³¹. Czy tego typu dokument mógłby być także pomocny w wyrażeniu woli pacjenta w przypadku zaniechania uporczywej terapii? Wobec idei „testamentu życia” wysuwa się różne zarzuty, wśród których najpoważniejszym jest odległość czasowa, jaka dzieli podjętą decyzję od wprowadzenia jej w życie. Wyrażona wola nie uwzględnia aktualnej sytuacji

⁸²⁷ Por. tamże s. 180-181.

⁸²⁸ *Informed Consent and the Need for Delegalization*. „American Journal Disabled Children” 143:1989 s. 885-886. Por. W.A. Silverman. *The Myth of Informed Consent: in Daily Practice and in Clinical Trials*. „Journal of Medical Ethics” 15:1989 nr 1 s. 6-11.

⁸²⁹ Por. Olejnik. *Etyka lekarska* s. 108-109.

⁸³⁰ Por. J. Carlet [i in.]. *Challenges in End-of-Life Care in the ICU*. „Intensive Care Medicine” 30:2004 nr 5 s. 770-784; por. także Suchorzewska. *Trudne decyzje* s. 71-72.

⁸³¹ Por. T. Orłowski. *Testament życia – promocja ludzkiej wolności?* „Studia Etckie” 12:2010 s. 73-74.

pacjenta, w której w wyniku choroby się znalazł, pomija kontekst i okoliczności. Ponadto w dużej mierze taki dokument ogranicza zakres działań lekarza sprowadzając go najczęściej do roli wykonawcy testamentu, a rodzinę do biernych obserwatorów dziejących się wydarzeń. Jest to przecież konkretna decyzja przekazana przez pacjenta, który w zaistniałej sytuacji nie jest w stanie jej już wyrazić ponownie, dlatego nie można jej bagatelizować.

Trudno jednoznacznie ocenić wartość takiego dokumentu, którego znaczenie należałoby sprowadzić do, co prawda pierwszorzędnej, ale ostatecznie jedynie pomocniczej roli w decyzji o zaprzestaniu uporczywej terapii. Lekarz zobowiązany jest ją uwzględnić, ale musi wziąć pod uwagę różne okoliczności, których pacjent nie mógł przewidzieć w chwili podejmowania takiej, czy innej decyzji. W przypadku, gdy nie można już uzyskać zgody chorego, a sytuacja wymaga, aby działać niezgodnie z wyrażoną na piśmie wolą pacjenta przekazaną w zupełnie innych okolicznościach, lekarz musi samodzielnie podjąć inną decyzję, niezgodną z wolą pacjenta. Stąd idea „testamentu życia” jest trudna do przyjęcia z punktu widzenia etyki inspiracji katolickiej. Rozwiązaniem alternatywnym jest konsultacja najbliższej rodziny pacjenta lub jego prawnego reprezentanta⁸³².

2.4.2. Rola lekarza

Lekarz jest niewątpliwie pierwszą osobą, która zdaje sobie sprawę z tego, że życie danego człowieka dobiega końca. Z tego względu w dużej mierze od jego postawy zależy, w jaki sposób pacjent „przeżyje swoje umieranie”⁸³³. Jednocześnie jest on towarzyszem najbardziej intymnych obszarów ludzkiego istnienia. W obliczu cierpienia każdy chory, bez względu na jego status społeczny, staje wobec lekarza

⁸³² Por. J. Wróbel. *Podmiotowość lekarza i pacjenta w praktyce medycznej (wobec ryzyka specyficznej przemocy i przymusu)*. W: *Przemoc i terror. Książka dedykowana księdzu profesorowi Stanisławowi Olejnikowi w 80tą rocznicę urodzin i 50tą rocznicę pracy naukowej*. Red. P. Góralczyk, J.A. Sobkowiak. Warszawa 2001 s. 215-230; por. także Szczygieł. *Zgoda pacjenta* s. 684-685.

⁸³³ Por. M. Wasztyl. *Preferowane wartości a postawy wobec osób chorych terminalnie u personelu opieki paliatywnej. Studium z zakresu apostołstwa chorych*. „Świdnickie Studia Teologiczne” 10:2013 s. 427; por. także J. Wróbel. *Lekarz*. W: *Encyklopedia katolicka*. T. 10. Red. E. Ziemann [i in.]. Lublin 2004 kol. 709-712; M. Rogiewicz, M. Krajnik. *Gdy chory nalega, aby kontynuować uporczywą terapię*. W: *Dylematy etyczne końca życia – problem uporczywej terapii*. Red. W. Sinkiewicz [i in.]. Bydgoszcz 2013 s. 77-88.

jako pacjent i zawiera mu swoje, najczęściej osłabione i niedoskonałe ciało. Medyk wchodzi w rolę najbliższej rodziny, osoby wobec której niczego się nie ukrywa, a naturalna wstydlivość towarzysząca ludzkiej intymności, ustępuje otwartości. Jest on jednocześnie osobą najwyższego zaufania publicznego, któremu zawiera się całe swoje życie⁸³⁴. To lekarze decydują w dużej mierze o tym, co można uznać za uporczywą terapią i to od ich oceny najczęściej zależy podjęcie lub zaniechanie dalszego leczenia⁸³⁵. Daje to tej grupie społecznej olbrzymią władzę, co w sposób naturalny domaga się odpowiednich implikacji prawnych, chroniących zarówno pacjenta, jak i służbę zdrowia przed ewentualnymi konsekwencjami. Ponadto silna profesjonalizacja usług medycznych, z których pacjent może z coraz większą swobodą korzystać, rodzi pewną anonimowość tworzonych relacji. Dlatego istotne są, postulowane przez środowisko lekarzy, wysiłki mające na celu budowanie ogólnego zaufania do medyków, czego owocem są chociażby powstające kodeksy etyczne. Niestety, w wielu spośród tych dokumentów znajdują się liczne stwierdzenia niezgodne z etyką katolicką, dlatego nie mogą być one kodeksami bezkrytycznie przyjmowanymi przez osoby wierzące⁸³⁶.

Etos lekarski ma swoje korzenie w starożytności. To właśnie tym terminem określano normy postępowania, które miały swoje źródło w tradycji, w pewnych uwarunkowaniach historycznych i społecznych. Były one podzielane przez konkretną społeczność⁸³⁷. Z etosem lekarskim związane jest specyficzne postrzeganie ich misji, którą wyraża znane przysłowie, że „lekarzem się jest, a nie bywa”. Z tego względu charakterystyczne dla tego zawodu są dwa terminy: „powołanie” i „służba”⁸³⁸. Lekarz jako „powołany do służby” jest nim zawsze, a nie tylko w godzinach urzędowania. Jest to olbrzymia odpowiedzialność, która

⁸³⁴ Por. Anczyk, Anczyk. *Lekarski etos w relacjach z pacjentem* s. 124; por. także W. Gubała. *Problemy moralne związane z leczeniem choroby nowotworowej*. „*Analecta Cracoviensia*” 32:2000 s. 125-128.

⁸³⁵ Por. Pilichowski. *Uporczywa terapia a dobro pacjenta* s. 270.

⁸³⁶ Spośród współczesnych dokumentów noszących znamiona kodeksów etycznych o charakterze międzynarodowym można wymienić m.in. *Deklarację genewską* z 1948 r., *Międzynarodowy Kodeks Etyki Medycznej* z 1949 r., *Deklarację helsińską* z 1964 r., *Deklarację z Sydney* z 1968 r., *Deklarację z Oslo* z 1970 r., *Deklarację z Tokio* z 1975 r., *Deklarację lizbońską* z 1981 r. W 1985 r. również Międzynarodowa Organizacja Medycyny Muzułmańskiej wydała *Kodeks Etyki Medycznej* (por. Dunn. *Etyka dla lekarzy* s. 45-53).

⁸³⁷ Por. Brzeziński. *Etyka lekarska* s. 218-219.

⁸³⁸ Por. J. Aleksandrowicz. *Studia medyczne a etos zawodu lekarza*. Kraków 1987 s. 115-116; por. także Wasztyl. *Preferowane wartości* s. 420-421.

jednocześnie obliguje do przestrzegania tych standardów, do których przedstawiciele tego zawodu zobowiązują się składając stosowną przysięgę. To właśnie przestrzeganie zasad etycznych jest fundamentalnym miernikiem kompetencji zawodowych lekarza⁸³⁹. Przestrzenią zastosowania zasad etyki lekarskiej są jego relacje z pacjentem. W *Nowej Karcie Pracowników Służby Zdrowia* podkreślono: „Działalność pracowników służby zdrowia, komplementarna co do zadań i odpowiedzialności, ma wartość służby osobie ludzkiej, gdyż strzeżenie, odzyskiwanie i polepszanie zdrowia fizycznego, psychicznego i duchowego oznacza służbę życiu w jego wszystkich wymiarach”⁸⁴⁰. To właśnie w ramach tego obszaru działalności medycyny uwydatniają się elementy przestrzeganego przez lekarza etosu. Podejście do swoiście rozumianej misji może mieć jednak różny charakter, stąd u lekarzy wyróżnia się postawy zarówno pozytywne, jak i negatywne. Spośród pierwszej grupy na uwagę zasługują postawy: partnerska, filozoficzno-heterocentryczna oraz religijna, natomiast w ramach drugiej postawy: niechętna, obojętna i protekcyjna⁸⁴¹.

Analizując relację lekarz-pacjent, warto przypatrzeć się właściwym postawom prezentowanym przez przedstawicieli świata medycyny. Postawa partnerska, w której chory staje się równoprawną stroną dialogu, znajduje się na czele właściwie zbudowanych relacji. W takim układzie bierze się pod uwagę opinię pacjenta, który poinformowany o swoim stanie zdrowia, znając wszelkie konsekwencje, po zapoznaniu się ze stanowiskiem lekarza, podejmuje decyzję dotyczącą formy leczenia. Tak budowana relacja odgrywa szczególną rolę w decyzji o zastosowaniu środków nadzwyczajnych. Lekarz, który nie uwzględniłby słusznej woli pacjenta obejmującej poza stricte medycznymi wskazaniami także inne czynniki, naraziłby się na subiektywizm i zarzut reifikacji pacjenta⁸⁴². Na tę zasadę zwrócił uwagę Jan

⁸³⁹ O roli prawa w podejmowaniu decyzji dotyczącej leczenia szerzej pisze M. Safjan (*Leczenie pacjenta – obowiązek czy przywilej lekarza? Z perspektywy polskiego prawa*. [Http://www.mp.pl/etyka/terapia_chorob/40125,leczenie-pacjenta-obowiazek-czy-przywilej-lekarza-z-perspektywy-polskiego-prawa](http://www.mp.pl/etyka/terapia_chorob/40125,leczenie-pacjenta-obowiazek-czy-przywilej-lekarza-z-perspektywy-polskiego-prawa) [dostęp: 4.10.2016]). Ciekawej analizy historycznej „dehumanizacji medycyny” w czasach PRL i jej odnowy po 1989 r., co skutkowało powstaniem *Kodeksu Etyki Lekarskiej*, dokonał J. Moskwa (*Lekarze czy funkcjonariusze*. „Człowiek w Kulturze” 4-5:1995 s. 201-208).

⁸⁴⁰ Nr 2; por. także B. Brożek. *Relacje między lekarzem a pacjentem w świetle «Karty Pracowników Służby Zdrowia»*. „Teologia i Moralność” 9:2011 s. 163-174.

⁸⁴¹ Por. Walden-Gałuszko. *U kresu* s. 130.

⁸⁴² Oczywiście taka ocena jest możliwa pod warunkiem, że pacjent oczekuje etycznego postępowania. Lekarz katolicki nie może takich próśb uwzględniać, jeśli pacjent oczekuje

Paweł II, który relację pacjenta i lekarza nazwał „spotkaniem zaufania i świadomości”⁸⁴³. Osoba chora powierza siebie innemu człowiekowi, co do którego ma słusze przekonanie o jego kompetencjach. Lekarz natomiast ma świadomość ciężącego na nim obowiązku i pokładanych w nim nadziei. Żadna nawet najbardziej znamienita komisja nie może zdjąć z niego tej odpowiedzialności. To lekarz zna przebieg choroby, wszelkie uwarunkowania i okoliczności, to on – oczywiście po zaciągnięciu opinii innych specjalistów i wsłuchaniu się w wolę pacjenta – podejmuje ostateczną decyzję⁸⁴⁴.

Medyk, który buduje ze swym pacjentem relację partnerską, zobowiązany jest ponadto do informowania go o rozpoznanej chorobie, o jej konsekwencjach, o grożącym niebezpieczeństwie i o istniejących alternatywnych scenariuszach leczenia. Choć powszechnie akceptuje się prawo do poznania prawdy o swoim stanie zdrowia, to zdarzają się sytuacje skrajne, w których należałoby to prawo zawiesić⁸⁴⁵. Rodzi się zatem pytanie, czy zatajenie takiej informacji, nawet w przypadku beznadziejnym, gdy choroba staje się już nieuleczalna, jest dopuszczalne? Zdaje się, że nawet najlepsze intencje ochrony pacjenta przed silnym szokiem psychicznym, burzą istniejąca nić zaufania, którą wytworzono w partnerskiej relacji między pacjentem a lekarzem.

Wśród pozytywnych zachowań przedstawicieli służby zdrowia wymienia się także wspomnianą postawę filozoficzno-heterocentryczną, która zakłada, że „dorosłe życie stawia przed człowiekiem zadania spełnienia wymogu użyteczności, satysfakcji płynącej z poczucia użyteczności i sensownie podejmowanych działań”⁸⁴⁶. Dla lekarza głównym motywem działań staje się chęć wypełniania swojej

niemoralnego działania, np. eutanazji (por. Świeżyński. *Śmierć, której rzucamy wyzwanie* s. 76-77). Szerzej na ten temat pisze Józef Wróbel (*Podmiotowość lekarza i pacjenta w praktyce medycznej* s. 215-230).

⁸⁴³ Jan Paweł II. *Osoba a nie wiedza jest miarą i kryterium wszelkiego ludzkiego działania*. Przemówienie do uczestników 81. Kongresu Włoskiego Towarzystwa Interny i 82. Kongresu Włoskiego Towarzystwa Chirurgii Ogólnej [27 X 1980]. W: Jan Paweł II. *Nauczanie papieskie*. T. 3/2. Red. E. Weron, A. Jaroch. Poznań-Warszawa 1980 s. 534-537.

⁸⁴⁴ Por. K. Szalata. *Problem uporczywej terapii w świetle filozofii człowieka*. „Studia Ecologiae et Bioethicae” 7:2009 z. 2 s. 16.

⁸⁴⁵ Szerzej o obowiązku informowania chorego o stanie swojego zdrowia pisze T. Ślipko (*Bioetyka. Najważniejsze problemy*. Kraków 2012 s. 238-248).

⁸⁴⁶ Wasztyl. *Preferowane wartości* s. 418.; por. Walden-Gałuszko. *U kresu* s. 130.

życiowej misji oraz satysfakcja płynąca z wykonywanej pracy, którą nadto premiuje wdzięczność pacjenta i jego rodziny.

Obok postawy filozoficzno-heterocentrycznej wymienia się także postawę religijną, w której za motyw działania wskazuje się nadrzędną służbę Bogu. W publikacjach naukowych ta kwestia omawiana jest niekiedy w kontekście klauzuli sumienia i, w zależności od wyciągniętych wniosków, zarzuca się lekarzowi jej nadużywanie, bądź jej nierespektowanie przez organ prowadzący daną placówkę. Interesujące jest jednak spojrzenie na postawę moralną lekarza, w tym także religijną, nie przez pryzmat granic ingerencji medycznych, na które może sobie jako osoba moralnie wrażliwa pozwolić, ale przez motywację jego działań⁸⁴⁷. Szczęólnego znaczenia nabierają tu aspekty normatywno-kontrolny oraz opiekuńczo-charytatywny. Pierwszy z nich kształtuje w lekarzu kryteria właściwej oceny moralnej, a także jego stosunek do życia i do poszanowania godności pacjenta, drugi natomiast budzi w nim potrzebę pomocy tym, którzy jej najbardziej potrzebują⁸⁴⁸. Szacunek względem chorego i traktowanie go zawsze jako nienaruszalnej w swej istocie osoby ludzkiej, a ponadto miłość samarytańska stojąca u podstaw podejmowanego leczenia, która wynika z głęboko przeżywanych motywacji religijnych, służy dobru szeroko pojmowanej medycyny. Przeprowadzone ostatnio w Polsce badania wykazały, że dla większości lekarzy wiara jest istotnym wsparciem w ich praktyce medycznej, a ponad 30% z nich podkreśla, że modlitwa jest dla nich wsparciem w trudnych decyzjach⁸⁴⁹. Choć przedstawione statystyki nie są reprezentatywne dla wszystkich przedstawicieli medycyny na całym świecie, to są ważnym argumentem za tezą mówiącą, że z religijności wypływa potrzeba służby cierpiącemu człowiekowi. Z tego wynika też inne podejście do samej pracy lekarza, którą najczęściej traktuje się wtedy jako realizację życiowego powołania. Nie jest to pogląd charakterystyczny tylko dla religii chrześcijańskiej, ale pojawia się także

⁸⁴⁷ Temat ten jest coraz bardziej popularny także w naukach medycznych. W samych Stanach Zjednoczonych w 2004 r. na 132 uczelniach medycznych, w około 100 prowadzono kursy podejmujące zagadnienie religijności i przekonań religijnych w różnych sytuacjach związanych z praktyką lekarską (por. J.S. Levin, D.B. Larson, C.M. Puchalski. *Religion and Spirituality in Medicine: Research and Education*. „The Journal of the American Medical Association” 1997 t. 278 nr 9 s. 792-793).

⁸⁴⁸ Por. B. Tobiasz-Adamczyk. *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków 2000. Cyt. za J. Pawlikowski. *Religijność lekarzy jako czynnik kształtujący postawy i decyzje zawodowe. Rozważania w kontekście sporu o klauzulę sumienia*. W: *Bioetyka i praktyka medyczna. Wybrane zagadnienia*. Red. B. Dobrowolska. Lublin 2011 s. 84.

⁸⁴⁹ Por. Pawlikowski *Religijność lekarzy* s. 220-239.

wśród przedstawicieli innych wyznań⁸⁵⁰. Na podstawie istniejących badań można stwierdzić, że religijność lekarza nie ma jednak większego wpływu na decyzje o niepodejmowaniu uporczywej terapii, choć w przypadku zaprzestania już trwającej, lekarze określający siebie jako głęboko religijni, dużo rzadziej decydują się na taki krok⁸⁵¹. W takim samym stopniu odrzucają oni jednak eutanazję i samobójstwo wspomagane, co może wskazywać na pewnego rodzaju pomieszanie pojęć i utożsamienie zaprzestania uporczywej terapii z bierną eutanazją, o czym była już mowa wcześniej.

Podjmując się analizy postaw lekarzy w stosunku do ludzi chorych, warto wspomnieć też podejścia negatywne, wśród których wymienia się postawy: niechęci, obojętności i protekcyjności. Dwa pierwsze przypadki wiążą się z sytuacją, gdy pacjent postrzegany jest jako ciężar i źródło kłopotów. Rodzi to swego rodzaju znieczulicę, w której chory zaczyna być traktowany jako przedmiot⁸⁵². Tak zwana reifikacja pacjenta jest jednym z głównych problemów w budowaniu jego relacji z lekarzem i przyjmuje różne formy. Najczęściej spotykane jest traktowanie chorego po prostu jako „przypadku”, zapominając o jego podmiotowości i wyjątkowości. To, co możliwe jest w dyskusjach naukowych (bezosobowa analiza poszczególnych kategorii chorób), jest niedopuszczalne w relacji lekarz-pacjent. Taka postawa nie jest bez znaczenia dla samego procesu leczenia. W chwili, gdy pacjent jest traktowany wyłącznie jako pewnego rodzaju schorzenie, następuje fatalna w skutkach identyfikacja człowieka z chorobą. Staje się to przyczyną frustracji, co może rodzić niechęć do pozbycia się tej roli, w którą zostało się wpisany⁸⁵³. Podobne urzeczowienie dokonuje się także w momencie, gdy pacjent jest traktowany wyłącznie jako źródło dochodu, swego rodzaju produkt, czy ciąg cyfr w numerze PESEL. W takim przypadku postawa lekarza może mieć charakter protekcyjny, a chory jako zwykły petent może być potraktowany z góry⁸⁵⁴.

⁸⁵⁰ Dla przykładu warto zwrócić uwagę, że również żydowscy lekarze podkreślają, że wiara pomaga im w codziennej praktyce medycznej (por. N.S. Wenger, S. Carmel. *Physicians' Religiosity and End-of-Life Care Attitudes and Behaviors*. „Mount Sinai Journal of Medicine” 71:2004 s. 335-343).

⁸⁵¹ Por. Pawlikowski *Religijność lekarzy* s. 220-239.

⁸⁵² Por. Wasztyl. *Preferowane wartości* s. 418.

⁸⁵³ Por. Anczyk, Anczyk. *Lekarski etos w relacjach z pacjentem* s. 127.

⁸⁵⁴ Por. tamże.

Podsumowując rolę lekarza, jaką odgrywa w podjęciu decyzji o zaprzestaniu uporczywej terapii, warto jeszcze raz podkreślić, że jest on najczęściej pierwszą osobą, która zdaje sobie sprawę z powagi sytuacji i nieodwracalności pewnych zjawisk. W takiej sytuacji mógłby on uciekać się do gry pozorów poprzez stosowanie różnego rodzaju terapii, które sprawiałyby wrażenie profesjonalnej opieki, ale byłyby wypaczeniem etosu lekarskiego⁸⁵⁵. W myśl niezmiennych zasad etycznych, zadaniem medycyny jest przede wszystkim służyć dobru pacjenta, a nie jest nim na pewno sztuczne przedłużanie jego cierpienia w przypadku, gdy proces umierania już się rozpoczął. Rolą lekarza jest zatem towarzyszenie choremu, który poza podstawową opieką, oczekuje przede wszystkim obecności i wsparcia. Tę kwestię jasno wyraża polski *Kodeks Etyki Lekarskiej*: „Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia”⁸⁵⁶.

2.4.3. Rola rodziny

Niezwykle ważną, niestety często niedocenianą rolę w procesie umierania człowieka, odgrywa towarzysząca mu rodzina. W ostatnich dziesięcioleciach przesiąkniętych fascynacją osiągnięciami nauk medycznych poważnie zaniedbano naukową refleksję nad rolą najbliższych w leczeniu pacjenta, a to od ich postawy w dużej mierze zależy, w jaki sposób chory „przeżyje swoją śmierć”⁸⁵⁷. Jednocześnie to właśnie członkowie rodziny pacjenta, w obawie przed wyrzutami sumienia, kierowani przeważnie źle pojętym dobrem bliskiej sobie osoby, optują bardzo często za stosowaniem terapii uporczywej. Dlatego niezbędny jest dialog lekarza także z tą grupą osób, gdyż najczęściej to właśnie ich postawa wpływa na

⁸⁵⁵ Jedną z przyczyn stosowania uporczywej terapii może być lęk lekarza przed swego rodzaju osobistą i zawodową porażką, za którą uchodzi śmierć powierzonego mu pacjenta. O takim niebezpieczeństwie braku obiektywizmu w ocenie swoich umiejętności, zwłaszcza wśród młodych lekarzy, pisze T. Brzeziński (*Tradycyjne zasady deontologii lekarskiej*. W: *Etyka i deontologia lekarska*. Red. T. Kielanowski. Warszawa 1985 s. 54-60).

⁸⁵⁶ *Kodeks Etyki Lekarskiej: tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r.* art. 30.

⁸⁵⁷ Por. Z. Kawczyńska-Butrym. *Promocja zdrowia rodziny*. W: *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie*. Red. P. Kryczka. Lublin 1997 s. 300.

decyzję chorego⁸⁵⁸. W rozmowie z rodziną ważne jest wprowadzenie wyraźnego rozróżnienia między tym, co jest zaniechaniem uporczywej terapii a tym, co jest eutanazją; między pogodzeniem się z zachodzącym procesem umierania a zadawaniem śmierci.

Ciężka choroba nie jest tylko jednostkowym doświadczeniem pacjenta, ale w konkretny sposób uderza w system odniesień społecznych cierpiącej osoby. Grupą ludzi najbardziej dotkniętą tą sytuacją jest najbliższa rodzina⁸⁵⁹. To w nich kumulują się wszystkie problemy osoby umierającej, te natury społecznej, medycznej, duchowo-religijnej, psychosocjalnej i kulturowej⁸⁶⁰. Jednocześnie rodzina staje się najważniejszą przestrzenią rozwiązywania tych trudności, bo to właśnie najbliżsi mają szczególne uprawnienia do zaspokajania potrzeb, do pełnej opieki nad umierającym, a w skrajnych sytuacjach do podejmowania ważnych decyzji w ich imieniu. Dlatego niezwykle istotne jest, obok naturalnie istniejącej więzi między nimi a pacjentem, zbudowanie właściwych relacji na płaszczyźnie lekarz-rodzina. Potrzebę stworzenia takiej przestrzeni potwierdzają badania, w których zdecydowana większość ankietowanych deklaruje gotowość takiej współpracy⁸⁶¹. Właściwa relacja lekarza z rodziną wpływa pozytywnie na przebieg choroby, a w ostatniej jej fazie związanej z umieraniem, ta współpraca jest wręcz nieodzowna. Konsekwencją partnerskiej relacji między lekarzem a chorym jest przyznanie pomocniczej roli właśnie jego najbliższym, których informowanie o stanie zdrowia pacjenta, jest dopełnieniem jego prawa do informacji⁸⁶². Konieczne jest jednak, na co wskazują badania⁸⁶³, otoczenie najbliższych pacjenta fachową

⁸⁵⁸ Por. P. Sobański. *Czym jest uporczywa terapia?* [Http://www.ptb.org.pl/pdf/Sobanski_uporczywa_terapia_1.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/Sobanski_uporczywa_terapia_1.pdf) [dostęp: 22.11.2014]; por. także K. Kluzowa. *Rodziny kontekst początku i schyłku ludzkiego życia*. W: *Godność – utracona?* Red. M. Renkielska. Kielce 1999 s. 92-116; M. Chiodi. *Eutanazja i uporczywa terapia*. W: *Encyklopedia chrześcijaństwa. Historia i współczesność 2000 lat nadziei*. Red. H. Witczyk. Kielce 2000 s. 209-210.

⁸⁵⁹ Por. E. Kowalski. *Towarzystwo człowiekowi umierającemu. Aspekty psychologiczne i antropologiczne*. „Homo Dei” 76:2006 nr 1 s. 28-33.

⁸⁶⁰ Por. M. Kalinowski. *Rodzina w postudze choremu terminalnie*. „Roczniki Teologiczne” 50:2003 z. 6 s. 189.

⁸⁶¹ Por. M. Kalinowski. *Duszpasterstwo hospicyjne. Studium pastoralne na podstawie badań wybranych ośrodków hospicyjnych w Polsce*. Lublin 2001 s. 401.

⁸⁶² Por. Wręzel. *Informowanie chorego* s. 218-231.

⁸⁶³ Por. Kalinowski. *Duszpasterstwo hospicyjne* s. 401.

pomocą informacyjno-szkoleniową, by zakres ich aktywności mógł być jak najszerszy, a zaangażowanie jak najbardziej skuteczne.

Rola rodziny uwydatnia się na czterech ważnych płaszczyznach: pomoc w opiece medycznej, wsparcie psychologiczne, wsparcie duchowe, a w szczególnych przypadkach także reprezentowanie woli pacjenta. Warto przyrzeć się tym przestrzeniom, które odgrywają istotną rolę w towarzyszeniu umierającemu człowiekowi. Po przeprowadzeniu badań stwierdzono, że 84,9% ankietowanych deklaruje pomoc zespołowi hospicyjnemu w opiece medycznej. Ponad połowa z nich (54,8%) wyraża gotowość wykonywania podstawowych czynności medycznych, a niewiele mniej (47,3%) chce wesprzeć lekarza poprzez obserwację symptomów choroby⁸⁶⁴. Rodzina zatem przejmuje na siebie dużą część obowiązków, którymi – gdyby jej nie było – musiałaby zająć się służba zdrowia, absorbując wtedy duże zasoby personelu, który – dzięki odpowiedniej współpracy z najbliższymi chorego – może zająć się innymi potrzebującymi pacjentami. Przy nadal istniejących olbrzymich brakach kadrowych w wielu szpitalach i hospicjach, taka pomoc krewnych jest niezbędna.

Rodzina odgrywa ponadto nieocenioną rolę w trosce o psychikę pacjenta. O ile rola najbliższych w pomocy medycznej jest ważna, o tyle jej brak nie wpływa drastycznie na sam przebieg terapii. Inaczej jest w przypadku psychiki pacjenta. Obecność rodziny i towarzyszenie choremu jest niezbędnym elementem terapii. By tak się jednak stało, konieczne jest, aby służba zdrowia zatroszczyła się także o ich stan psychiczny, by przeżywając umieranie bliskiej sobie osoby, stali się dla niego wsparciem, a nie dodatkowym zmartwieniem⁸⁶⁵. Niezbędne jest zatem tworzenie odpowiednich zespołów psychologów, którzy poprzez stałą obecność w szpitalach lub hospicjach świadczyliby fachową pomoc rodzinie chorego. Osoby te występują więc w podwójnej roli. Z jednej strony członkowie rodziny stają się „pacjentami”, którym należy się kompetentna pomoc specjalistów-psychologów, z drugiej natomiast razem z lekarzem towarzyszą umierającemu pełniąc rolę najbliższego terapeuty. Stąd ich pomoc w terapii jest nieodzowna.

⁸⁶⁴ Por. M. Kalinowski. *Rodzina wielopokoleniowa wobec problemu choroby w fazie terminalnej*. „Roczniki Teologiczne” 52:2005 z. 10 s. 62; M. Kalinowski. *Rodzina w postudze choremu terminalnie* s. 193.

⁸⁶⁵ Por. tamże s. 194.

Niemniej istotne jest wsparcie duchowe, którego pacjent może doświadczyć ze strony swojej rodziny. Obok płaszczyzny medycznej i psychosocjalnej istotnym elementem każdej służby hospicyjnej jest właśnie troska o stan duchowy człowieka⁸⁶⁶. To, co w sposób naturalny towarzyszy cierpiącemu człowiekowi, jak strach przed bólem, lęk o swoich najbliższych, poczucie bezradności i opuszczenia, musi być skonfrontowane z systemem wartości, którym do tej pory kierował się pacjent. Niezbędna jest w tym obecność rodziny, która jako naturalne środowisko kształtowania się wiary, staje się teraz przestrzenią wsparcia i miejscem, w którym poszukuje się odpowiedzi na rodzące się pytania. Obok modlitwy, która jest podstawową formą duchowego wsparcia najbliższych⁸⁶⁷, ważnym czynnikiem jest sama obecność przy umierającym. Tylko ten, który towarzyszył choremu w różnych etapach jego życia, a który teraz stoi przy jego łóżku, jest w stanie zrozumieć, czego najbardziej on potrzebuje.

Nierzadko rodzina, z powodu braku odpowiedniej wiedzy na temat końcowej fazy życia najbliższej osoby, jest przyczyną konfliktu. Niekiedy to właśnie krewni stają na drodze budowania partnerskiej relacji lekarz-pacjent i podważają podjęte przez nich decyzje. Chęć ratowania za wszelką cenę ukochanej osoby może być przyczyną domagania się przez nich stosowania środków nieproporcjonalnych, co owocuje często niekorzystną uporczywą terapią. Niezbędne jest zatem, aby w każdym przypadku poszukiwać prawdziwego dobra pacjenta, a nie skupiać się na subiektywnej ocenie najbliższej nawet rodziny. Nie zawsze jest to łatwe, bo o ile w przypadku pacjenta przytomnego rola krewnych sprowadza się do perswazji, pozostawiając jednak ostateczną decyzję głównemu zainteresowanemu, o tyle w przypadku osób nieprzytomnych głos rodziny – jak już podkreślono – ma duże znaczenie. Poruszając tę delikatną kwestię, *Katechizm Kościoła Katolickiego* zaznacza: „Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny; w przeciwnym razie – przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słuszych interesów pacjenta”⁸⁶⁸. To właśnie dobro chorego jest wartością najwyższą, która zawsze musi być brana pod uwagę. Potrzebne jest zatem, także wśród członków rodziny pacjenta,

⁸⁶⁶ Por. tamże s. 197.

⁸⁶⁷ 45,9% ankietowanych wskazało modlitwę jako rodzaj duchowej opieki nad umierającym (por. Kalinowski. *Duszpasterstwo hospicyjne* s. 401).

⁸⁶⁸ Nr 2278.

kształtowanie właściwego zrozumienia sytuacji, w których niepodjęcie, bądź zaniechanie pewnych czynności medycznych, nie jest zadawaniem śmierci⁸⁶⁹.

⁸⁶⁹ Por. Pilichowski. *Uporczywa terapia a dobro pacjenta* s. 271; por. także W. Durda. *Chrześcijańska postawa wobec cierpienia według idei Apostolstwa Chorych*. Kraków 1998 s. 151-159; Bortkiewicz. *Tanatologia* s. 225-228.

ZAKOŃCZENIE

Zdrowie i życie człowieka nie są rzeczywistościami, które da się ująć w postaci prostych definicji i zbioru pewnej ograniczonej ilości zasad. Są to fundamentalne kwestie, które decydują o tym, czym osoba ludzka jest i jak siebie postrzega. Dla wielu osób perspektywa śmierci jawi się jako granica, poza którą nie są w stanie wyjść w samoświadomości tego, kim są oraz kim będą, gdy już ona nastąpi. Dla osoby wierzącej w życie pozagrobowe ta rzeczywistość zdaje się być łatwiejsza do zaakceptowania, ale i w tym wypadku ma on fundamentalne znaczenie. Naturalnym odruchem człowieka jest niechęć do śmierci i walka o przeżycie, często za wszelką cenę. Jednak jest to jedyna rzeczywistość, która tak naprawdę powinna obchodzić wszystkich ludzi, bo każdego – prędzej czy później – to spotka. Z tego powodu konieczne jest, aby o niej mówić, gdyż świadomość śmierci, to tak naprawdę świadomość sensu życia. Strach przed nadchodzącym końcem związany jest najczęściej z realną możliwością bólu, czy poczucia beznadziejności, która może wiązać się z umieraniem. Dlatego niezbędne jest, co zostało niejednokrotnie podkreślone w tej pracy, aby nie zamieniano ludzkiej egzystencji w przedłużającą agonię. Prawem człowieka jest godna śmierć, a obowiązkiem służby zdrowia jest o nią zadbać.

Jak wykazano, troska o zdrowie i życie człowieka jest imperatywem moralnym, który wynika nie tylko z wiary, ale przede wszystkim z prawa naturalnego. Wartość życia, które zdaje się być pojęciem bardziej uniwersalnym niż nacechowana konfesyjnością „świętość”, jest rzeczywistością, którą człowiek odkrywa w sobie. Z jednej strony biologiczna tendencja do przekazywania życia i dbania o nie, która jest charakterystyczne dla wszystkich organizmów żywych, a z drugiej świadomość nieproporcjonalnej do reszty stworzeń godności człowieka, pozwala wyprowadzić prawdę o konieczności szczególnej troski o nie. Ludzka egzystencja nie jest jednak zależna od wartości, którą próbuje się nie raz utożsamiać z jej jakością. Choć w człowieku jest naturalna tendencja doskonalenia życia i troski o jak najlepszy rozwój, to uznanie jego niskiej wartości nigdy nie może być argumentem decydującym o jego zakończeniu. Sama kategoria jakości życia ma pomóc dostrzec warunki biologiczne, psychologiczne, społeczne i ekonomiczne, w jakich znalazł się pacjent, ale nie może oznaczać negacji wartości życia jako takiego.

Skoro wartość ludzkiej egzystencji zdecydowanie przewyższa inne dostrzegalne przejawy życia (roślin czy zwierząt), to także troska o jej zachowanie musi przyjmować bardziej doskonałe formy. Troska o zdrowie jest dla człowieka podstawowym imperatywem moralnym, który w sposób istotny wpływa na funkcjonowanie całego społeczeństwa. Nikt nie może zwolnić się z obowiązku walki z chorobą i z prób ratowania życia, o ile jego wysiłki przyjmują racjonalny charakter, a odniesienie sukcesu jest rzeczywiście osiągalne. Szczególnym przejawem troski o zdrowie i życie człowieka jest posługa lekarzy i innych pracowników służby zdrowia. To najczęściej na ich barkach spoczywa odpowiedzialność za skuteczność stosowanej terapii, a w razie zaniedbań to oni ponoszą wszelkie prawne konsekwencje. Jak wykazano w pracy, konieczna jest zatem nieustanna formacja pracowników służby zdrowia, aby w swojej posłudze kierowali się odpowiednio ukształtowanym sumieniem. Istnienie kodeksów etyki lekarskiej o tyle jest pomocą w realizacji tego zadania, o ile ich treść odpowiada właściwie rozumianej etyce. Niestety, wiele spośród tych dokumentów zawiera wskazania i zalecenia sprzeczne z etyką katolicką, co – przy coraz zacieklej prowadzonych światopoglądowych debatach w środowisku medycznym – jest poważnym zagrożeniem dla właściwie rozumianej misji lekarza. Z tego powodu Kościół, będąc odpowiedzialny za prawidłową formację sumienia każdego człowieka, nie może ustawać w aktualizacji swego nauczania. Dynamiczny rozwój medycyny rodzi dylematy moralne, które wciąż na nowo trzeba rozwiązywać i wobec których stanowisko Magisterium musi być jasne i klarowne.

Kościół realizuje swoje zadanie poprzez liczne wypowiedzi papieży (m.in. Piusa XII, Pawła VI, Jana Pawła II, Benedykta XVI i Franciszka), którzy zwracając się do różnych specjalistycznych gremiów, wyjaśniali rodzące się wątpliwości. Oprócz wystąpień dotyczących spraw kazuistycznych (często poruszano konkretne problemy), Magisterium wydało też liczne dokumenty, które dla wierzących lekarzy stały się fundamentem etycznej oceny ich pracy. Różne aspekty dotyczące ludzkiego zdrowia i życia zawarte są w deklaracjach wydanych zarówno przez Papieską Akademię Nauk, Papieskie Rady Cor Unum i do spraw Duszpasterstwa Służby Zdrowia, jak i przez Kongregację Nauki Wiary. Najważniejszymi dokumentami są jednak orędzia, konstytucje, listy apostolskie, adhortacje, a przede wszystkim encykliki wydawane przez poszczególnych papieży. Ze wszystkich tych

opracowań wyłania się niezmienna prawda o wartości ludzkiego życia, o konieczności troski o zdrowie i o wyjątkowości powołania lekarskiego dla służby drugiemu człowiekowi.

Istotne znaczenie w ratowaniu ludzkiego życia mają te obszary służby zdrowia, które zajmują się pomocą człowiekowi w nagłych przypadkach. Ważną rolę odgrywa między innymi medycyna ratunkowa, która – dzięki dynamicznemu rozwojowi w ostatnich latach – stała się jedną z ważniejszych gałęzi medycyny, dzięki której w znacznym stopniu zmniejszono śmiertelność pacjentów w leczeniu pozaszpitalnym. Jej zadaniem jest nade wszystko zapewnienie pomocy na miejscu zdarzenia i jak najszybsze przetransportowanie do szpitala. To właśnie ten obszar działalności służby zdrowia jest najbardziej widoczny w codziennym życiu przeciętnego człowieka, który nieraz obserwuje pełne oddania zaangażowanie ratowników medycznych. Świadomość roli, jaką odgrywają te zespoły, skutkuje coraz powszechniejszą praktyką ustępowania drogi pojazdom uprzywilejowanym, w przypadku których szybkość przetransportowania pacjenta do szpitala ma kluczowe znaczenie. Medycynie ratunkowej nie obce są także dylematy moralne, które w sposób szczególny ujawniają się w sytuacjach nietypowych, takich jak zdarzenia masowe. Stosowany powszechnie system selekcji pacjentów (*triage*) nie jest wolny od możliwych wypaczeń i nadużyć, ale jednocześnie zdaje się być najskuteczniejszym sposobem reagowania w tak niestandardowej rzeczywistości.

Praca ratowników medycznych często wiąże się z koniecznością zmierzenia się z sytuacjami granicznymi, do których należy zaliczyć ustanie oddechu i zatrzymanie akcji serca. To dzięki rozwojowi medycyny reanimacyjnej, udaje się obecnie w znacznej mierze skutecznie zaradzać tym patologicznym sytuacjom. Praca nad wykorzystaniem impulsów elektrycznych w leczeniu pacjentów, zaowocowała powstaniem defibrylatorów. Nie sposób dzisiaj mówić o sposobach ratowania ludzkiego życia, bez odniesienia się do tych rzeczywistości. Jak najszybsze przywrócenie funkcji serca i oddechu jest tak niezbędne dla życia człowieka, że zaleca się przeprowadzenie reanimacji nawet przez niewykwalifikowanych świadków danego zdarzenia. Nieodzowną pomocą w tych czynnościach są coraz popularniejsze Automatyczne Defibrylatory Zewnętrzne (AED), które w znacznej mierze ułatwiają natychmiastową reakcję i pozwalają przywrócić podstawowe funkcje organizmu.

Osobnym zagadnieniem są sposoby podtrzymywania ludzkiego życia. To również jest temat, który w ostatnich latach w związku z rozwojem medycyny nabral szczególne znaczenia. Wraz z odkryciem aseptyki, antyseptyki i anestezjologii w XIX w. nastąpił dynamiczny rozwój chirurgii. Skonstruowanie urządzeń regulujących ciśnienie w ludzkich płucach po ich otwarciu, przysłużyło się dodatkowo rozwojowi torakochirurgii i kardiologii. Zaowocowało to z czasem powstaniem m.in. respiratorów, które mogą skutecznie podtrzymywać ludzkie życie nawet, gdy z powodu jakiejś patologii organizmu, płuca przestały funkcjonować. Rozwój badań nad wykorzystaniem impulsów elektrycznych w medycynie zaowocował powstaniem kardiowerterów i rozruszników serca, które również w znacznej mierze przyczyniły się do wydłużenia żywotności człowieka. To wszystko zrodziło jednak poważne dylematy moralne, które szczególnie uwydatniają się w sytuacjach granicznych, gdy trzeba podjąć decyzję o odłączeniu poszczególnych urządzeń.

Sytuacją graniczną, która we współczesnym dyskursie etycznym dotyczącym medycyny wywołuje najwięcej kontrowersji, jest kwestia uporczywej terapii. Na przestrzeni wieków różnie rozumiano jej naturę, a wraz z rozwojem medycyny zmieniały się kryteria klasyfikujące poszczególne metody leczenia ze względu na ich skuteczność. Niezależnie jednak od poziomu zaawansowania wiedzy medycznej, zawsze istnieje granica, wobec której człowiek pozostaje bezsilny. Jest nią śmierć. Uświadomienie sobie prawdy o tym, że jest ona nieunikniona i że żadna terapia nie jest w stanie jej ostatecznie zapobiec, pozwala w inny sposób spojrzeć na cele medycyny w granicznych sytuacjach ludzkiej egzystencji. Podstawowym zadaniem lekarza jest zawsze troska o zdrowie i życie pacjenta, która jednak ma przede wszystkim uwzględniać jego niezbywalną godność, a co za tym idzie, unikać wszystkiego, co byłoby dla niego szkodą. Sytuacją, która w rażący sposób narusza prawo człowieka do godnej śmierci, jest stosowanie uporczywej terapii, która jest sumą wszystkich nieproporcjonalnych działań nieprzynoszących pozytywnego skutku, a jednocześnie potęgujących cierpienie pacjenta. Lekarz, wyrażając zgodę na przerwanie leczenia, musi znaleźć właściwą proporcję pomiędzy obowiązkiem „czynienia dobra” i etycznym przykazaniem „nieszkodzenia”. Fundamentem decyzji jest zatem właściwe zrozumienie tego, co w danym momencie jest najkorzystniejsze dla chorego. To właśnie rzeczywiste dobro pacjenta jest kluczem dla zrozumienia

tego, dlaczego lekarz powinien zaprzestać stosowania nieproporcjonalnych środków, które nie przynoszą już żadnej korzyści.

Śmierć, która jest kresem jakiejkolwiek terapii, nie jest wydarzeniem łatwym do zdefiniowania. Nie można określić momentu jej przyjścia, lecz jedynie na podstawie towarzyszących jej symptomów orzec, że już nastąpiła. Definicja śmierci na przestrzeni wieków ulegała wyraźnym zmianom, jednak wraz z rozwojem nauki na temat ludzkiego mózgu udało się ustalić pewne kryteria, których wystąpienie oznacza, że dana osoba już nie żyje. Zaprzestanie pracy półkul mózgowych i przekazywania bodźców przez pień, wiąże się ze śmiercią całego człowieka w osobowym i biologicznym sensie. Śmierć mózgową jest zatem jedynym powszechnie uznanym kryterium, które znalazło akceptację także Stolicy Apostolskiej i jako takie powinno być stosowane w praktyce klinicznej.

Odpowiedzią świata medycyny na własną bezsilność wobec nieuniknionej śmierci jest opieka paliatywna. To ona, stosując zwyczajne i proporcjonalne środki, służy podstawowym potrzebom pacjenta. To właśnie ten obszar medycyny w sposób skuteczny odpowiada na postulat poprawy jakości ludzkiego życia u jego kresu, w momencie, gdy wszelkie inne sposoby ratowania człowieka nie przynoszą już spodziewanego efektu. Niezbywalna godność każdego pacjenta domaga się ponadto, aby w obliczu zbliżającej się śmierci, uszanować jego prawo do poznania prawdy o swoim stanie i przewidywanych rokowaniach. Świadomość zbliżającej się niechybnie śmierci pomaga właściwie się do niej przygotować, zrealizować swoje potrzeby duchowe i psychiczne, pozwala ponadto pożegnać się z najbliższymi. Decyzja dotycząca zakresu prowadzonej terapii, a także jej ewentualnego zakończenia, nigdy nie może być podjęta wbrew woli pacjenta, a w przypadku braku świadomości, bez konsultacji z jego najbliższą rodziną. Taka postawa wynika z personalistycznej wizji relacji lekarz-pacjent, która jest fundamentem współczesnej etyki lekarskiej.

Kwestia uporczywej terapii oraz wszystkich powiązanych z nią rzeczywistości takich, jak podział na środki proporcjonalne i nieproporcjonalne, w tym moralny aspekt ich aplikacji, a także postawa wobec stanów życia wegetatywnego, znalazły swoje odbicie w najnowszym nauczaniu Magisterium Kościoła. Stolica Apostolska, często w opozycji do stanowiska niektórych środowisk laickich (zarówno

radykalnych, jak i permissywnych), podkreśla, że należy zrezygnować z tych zabiegów, które skutkują jedynie nietrwiałym i bolesnym przedłużeniem życia. Kościół podkreśla jednak wyraźnie, że nigdy nie można przerywać zwyczajnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach. Cechą charakterystyczną nauczania Stolicy Apostolskiej jest konieczność aplikacji środków proporcjonalnych, w tym obowiązek podawania pokarmu i napoju także w stanach życia wegetatywnego.

Troska o życie człowieka w sytuacjach granicznych jest wyzwaniem, które współczesny świat postawił nie tylko przed lekarzami, personelem medycznym i najbliższą rodziną, ale także przed całym społeczeństwem. To, w jaki sposób się na nie odpowie, będzie wyznacznikiem poziomu rozwoju danej wspólnoty. Postępująca technicyzacja we współczesnej medycynie niesie za sobą realną możliwość uprzedmiotowienia pacjenta, stąd zadaniem wszystkich, którzy podejmują się leczenia, jest odpowiednia troska nie tyle o jakiś „medyczny przypadek”, ile o konkretną osobę. Prawda moralna, którą głosi Kościół, domaga się spojrzenia na każdego człowieka indywidualnie i dostrzeżenia w nim niezbywalnej godności, która zawsze powinna być fundamentem. To wezwanie nabiera szczególnego znaczenia w obliczu troski o pacjenta w granicznej sytuacji jego życia. Każdy bowiem człowieka ma prawo godnie przeżyć swoją śmierć.

BIBLIOGRAFIA

I. ŹRÓDŁA

1. Źródła teologiczne

1.1. Nauczanie papieskie

1.1.1. Encykliki

Jan XXIII. Encyklika *Mater et magistra*. Rzym 1961. W: *Dokumenty nauki społecznej Kościoła*. Red. M. Radwan, L. Byczewski, A. Stanowski. Cz. 1. Lublin-Rzym 1987 s. 221-268.

Paweł VI. Encyklika *Humanae vitae*. Rzym 1968.

Jan Paweł II. Encyklika *Redemptor hominis*. Rzym 1979.

Jan Paweł II. Encyklika *Centesimus annus*. Rzym 1991.

Jan Paweł II. Encyklika *Evangelium vitae*. Rzym 1995.

1.1.2. Adhortacje apostolskie

Jan Paweł II. Adhortacja apostolska *Familiaris consortio*. Rzym 1981.

Jan Paweł II. Adhortacja apostolska *Christifideles laici*. Rzym 1988.

Franciszek. Adhortacja apostolska *Evangelii gaudium*. Rzym 2013.

1.1.3. Listy Apostolskie

Jan Paweł II. List apostolski o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia *Salvifici doloris*. Rzym 1984.

Jan Paweł II. List apostolski *Dolentium hominum*. Rzym 1985.

Jan Paweł II. List do rodzin *Gratissimam sane*. Rzym 1994.

1.1.4. Konstytucje

Jan Paweł II. Konstytucja apostolska *Fidei depositum*. Rzym 1992.
W: *Katechizm Kościoła Katolickiego*. Poznań 2002² s. 10-14.

1.1.5. Orędzia

Franciszek. *Orędzie na XXV Światowy Dzień Chorego 2017 r.* [8 XII 2016]. [Http://www.vatican.va/content/francesco/pl/messages/sick/documents/papa-francesco_20161208_giornata-malato.html](http://www.vatican.va/content/francesco/pl/messages/sick/documents/papa-francesco_20161208_giornata-malato.html) [dostęp: 11.02.2017].

1.1.6. Przemówienia i listy

Pius XII. *En réponse à trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie*. Przemówienie do uczestników IX Kongresu Włoskiego Stowarzyszenia Anestezjologów [24 II 1957]. AAS 49:1957 s. 129-147.

Pius XII. *Problemi religiosi e morali dell'analgesia*. Przemówienie do lekarzy Instytutu G. Mendla [24 XI 1957]. AAS 49:1957 s. 1027-1033.

Pius XII. *Discours aux membres du X^e Congrès national de chirurgie plastique*. Przemówienie do uczestników X kongresu chirurgii plastycznej [4 X 1958]. AAS 50:1958 s. 925-961.

Paweł VI. *Solidarietà concreta per la lotta contro la tubercolosi*. Przemówienie do uczestników XVIII międzynarodowej konferencji na temat gruźlicy [27 IX 1963]. AAS 55:1963 s. 862-864.

Paweł VI. *VII Congresso della Unione Medica Latina*. Przemówienie do uczestników VII międzynarodowego kongresu lekarzy przynależących

do *Unione Medica Latina* [21 III 1964]. W: *PVIIIns.* T. 2. 1964. Rzym 1965 s. 196-198.

Paweł VI. *La società italiana di cancerologia*. Przemówienie do uczestników VII kongresu narodowego zorganizowanego przez Włoskie Towarzystwo Onkologiczne [7 XI 1964]. W: *PVIIIns.* T. 2. 1964. Rzym 1965 s. 637-640.

Paweł VI. *Congresso mondiale di fisiopatologia tiroidea*. Przemówienie do uczestników V światowego kongresu na temat chorób tarczycy [25 V 1965]. W: *PVIIIns.* T. 6. 1965. Rzym 1966 s. 300-302.

Paweł VI. *I medici dell'E.N.P.A.S. [Ente Nazionale Previdenza per gli Statali]*. Przemówienie do lekarzy E.N.P.A.S. [6 X 1966]. *AAS* 58:1966 s. 902-905.

Paweł VI. *Speech to the Committee of the United Nations on apartheid*. Przemówienie do członków Specjalnego Komitetu Narodów Zjednoczonych do spraw apartheidu [22 V 1974]. *AAS* 66:1974 s. 335-347.

Paweł VI. *Presenza cristiana nel mondo sanitario*. Przemówienie do przedstawicieli Włoskiego Zrzeszenia Zawodów Sanitarnych [3 V 1975]. W: *PVIIIns.* T. 13. 1975. Rzym 1976 s. 388-389.

Paweł VI. *Svolgere l'attività sanitaria in conformità alle leggi divine*. Przemówienie do lekarzy włoskich i amerykańskich uczestniczących w symposium na temat formacji lekarzy w Włoszech i Stanach Zjednoczonych [21 II 1976]. W: *PVIIIns.* T. 14. 1976. Rzym 1977 s. 120-121.

Jan Paweł II. *Wolność sumienia i obrona życia*. Przemówienie do włoskich lekarzy katolickich [28 XII 1978]. W: Jan Paweł II. *Nauczanie papieskie*. T. 1. Red. E. Weron, A. Jaroch. Poznań 1987 s. 202-205.

Jan Paweł II. *Przemówienie do chorych*. Przemówienie w kościele ojców franciszkanów w Krakowie [9 VI 1979]. W: Jan Paweł II. *Nauczanie papieskie*. T. 2/1. Red. E. Weron, A. Jaroch. Poznań 1990 s. 698-700.

Jan Paweł II. *Osoba a nie wiedza jest miarą i kryterium wszelkiego ludzkiego działania*. Przemówienie do uczestników 81. Kongresu Włoskiego Towarzystwa Interny i 82. Kongresu Włoskiego Towarzystwa Chirurgii Ogólnej [27 X 1980]. W: Jan Paweł II. *Nauczanie papieskie*. T. 3/2. Red. E. Weron, A. Jaroch. Poznań-Warszawa 1980 s. 534-537.

Jan Paweł II. *Medycyna w służbie człowieka*. Przemówienie do uczestników XV międzynarodowego kongresu Federacji Lekarzy Katolickich [3 X 1982]. W: Jan Paweł II. *Nauczanie papieskie*. T. 5/2. Red. E. Weron, A. Jaroch. Poznań 1996 s. 491-496.

Jan Paweł II. *Zasady moralne diagnostyki i terapii prenatalnej*. Przemówienie do uczestników kongresu „Movimento per la vita” [3 XII 1982]. W: Jan Paweł II. *Nauczanie papieskie*. T. 5/2. Red. E. Weron, A. Jaroch. Poznań 1996 s. 888-891.

Jan Paweł II. *Podstawy deontologii lekarskiej*. Przemówienie do uczestników zjazdu Światowego Towarzystwa Lekarskiego [29 X 1983]. W: Jan Paweł II. *O życiu. Aborcja, eutanazja, wojna*. Red. J. Jękot. Kraków 2005 s. 70-71.

Jan Paweł II. *Niszczenie płodu ludzkiego, eutanazja i manipulacje genetyczne, to wielkie niebezpieczeństwa dewiacji dla lekarza*. Przemówienie do profesorów i studentów Wydziału Medycznego Polikliniki Gemelli [28 VI 1984]. W: Jan Paweł II. *Nauczanie papieskie*. T. 7/1. Red. E. Weron, A. Jaroch. Poznań 2001 s. 910-913.

Jan Paweł II. *Życie ludzkie jest święte i nienaruszalne*. Przemówienie do uczestników zjazdu włoskiego «Ruchu dla życia» [12 X 1985]. W: JPIns. T. 8/2. 1985. Rzym 1985 s. 934-935.

Jan Paweł II. *Humanizacja medycyny ponad wszelką sprawą*. Przemówienie do pracowników szpitali katolickich z całego świata [30 XII 1985]. W: JPIIns. T. 8/2. 1985. Rzym 1985 s. 1645-1649.

Jan Paweł II. *Medycyna: pełna służba życiu i godności osoby*. Przemówienie do członków Stowarzyszenia Włoskich Lekarzy Katolickich [4 III 1989]. W: JPIIns. T. 12/1. 1989. Rzym 1991 s. 479-480.

Jan Paweł II. *Określenie momentu śmierci*. Przemówienie do uczestników Kongresu Papieskiej Akademii Nauk [14 XII 1989]. AAS 82:1990 s. 768.

Jan Paweł II. *Człowiek wobec tajemnicy śmierci*. Przemówienie podczas spotkania z uczestnikami Międzynarodowego Sympozjum nt. „Opieka nad umierającym. Aspekty społeczno-kulturowe, medyczne, pielęgniarskie i duszpasterskie” zorganizowanego przez Ośrodek Bioetyki Katolickiego Uniwersytetu „Sacro Cuore” [17 III 1992]. „L'Osservatore Romano” (wydanie polskie) 13:1992 nr 4 s. 38-39.

Jan Paweł II. *Etyczne problemy genetyki*. Przemówienie do uczestników Sympozjum nt. „Aspekty prawne i etyczne badań nad genomem ludzkim” zorganizowanego przez Papieską Akademię Nauk [20 XI 1993]. W: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. T. 1. Red. K. Szczygieł. Tarnów 1998 s. 249-253.

Jan Paweł II. *O godności człowieka umierającego*. Przemówienie do uczestników zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii *Pro Vita* [27 II 1999]. W: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. T. 2. Red. J. Brusilo. Tarnów 2012 s. 244-247.

Jan Paweł II. *Poszukiwania naukowe muszą szanować godność każdej osoby ludzkiej*. Przemówienie do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego [29 VIII 2000]. W: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. T. 2. Red. J. Brusilo. Tarnów 2012 s. 259-263.

Jan Paweł II. *Człowiek chory zawsze zachowuje swą godność*. Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Kongresu Lekarzy

Katolickich [20 III 2004]. W: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. T. 2. Red. J. Brusilo. Tarnów 2012 s. 294-297.

Jan Paweł II. *Towarzyszyć choremu aż do końca*. Przemówienie do uczestników konferencji Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia [12 XI 2004]. W: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. T. 2. Red. J. Brusilo. Tarnów 2012 s. 298-300.

Benedykt XVI. *Żaden człowiek nie powinien umierać w samotności*. Przemówienie do uczestników zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii *Pro Vita* [25 II 2008]. W: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. T. 2. Red. J. Brusilo. Tarnów 2012 s. 332-334.

Benedykt XVI. *Bez fundamentu etycznego prawom człowieka brak oparcia*. Przemówienie po koncercie z okazji 60-lecia Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka [10 XII 2008]. „L'Osservatore Romano” (wydanie polskie) 2:2009 s.18-19.

Franciszek. *Przemówienie Papieża Franciszka podczas spotkania z ludźmi starszymi* [28 IX 2014]. https://w2.vatican.va/content/francesco/pl/speeches/2014/september/documents/papa-francesco_20140928_inc-ontro-anziani.html [dostęp: 11.02.2017].

Franciszek. *Przesłanie do uczestników Europejskiego Regionalnego Spotkania Światowego Towarzystwa Medycznego i Papieskiej Akademii Życia* [7 XI 2017]. http://w2.vatican.va/content/francesco/en/messages/pont-messages/2017/documents/papa-francesco_20171107_messaggio-monspaglia.pdf [dostęp: 7.12.2017].

1.2. Nauczanie soborowe

Sobór Watykański II. Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym *Gaudium et spes*. Rzym 1965.

Sobór Watykański II. Dekret o apostołstwie świeckich *Apostolicam actuositatem*. Rzym 1965.

1.3. Nauczanie Stolicy Apostolskiej

1.3.1. Kongregacje

Kongregacja Świętego Oficjum. *Decretum de directa insontium occisione*. AAS 32:1940 s. 553-554.

Kongregacja Nauki Wiary. Deklaracja o przerywaniu ciąży *Questio de abortu*. Rzym 1974.

Kongregacja Nauki Wiary. Deklaracja o eutanazji *lura et bona*. Rzym 1980.

Kongregacja Nauki Wiary. Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania. Odpowiedzi na niektóre zagadnienia «*Donum vitae*». Rzym 1987.

Kongregacja Nauki Wiary. *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania*. Rzym 2007. W: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. T. 2. Red. J. Brusilo. Tarnów 2012 s. 454-458.

1.3.2. Papieskie rady

Papieska Rada Cor Unum. *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających*. Rzym 1981. W: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. T. 1. Red. K. Szczygieł. Tarnów 1998 s. 437-452.

Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*. Rzym 1995. W: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. T. 1. Red. K. Szczygieł. Tarnów 1998 s. 549-627.

Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*. Rzym 2016.

1.3.3. Papieskie Akademie

Papieska Akademia Nauk. *Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci*. Rzym 1985. W: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. T. 1. Red. K. Szczygieł. Tarnów 1998 s. 453-454.

Papieska Akademia Nauk. *The Signs of Death. The Proceedings of the Working Group 11-12 September 2006*. Rzym 2007.

1.3.4. Inne

Katechizm Kościoła Katolickiego. Poznań 2002².

Villot J. *Le respect de la vie humaine*. Lettre pontificale au Congrès de la Fédération Internationale des Associations Médicales Catholiques. „La documentation catholique” 52:1970 t. 67 nr 1573 s. 962-963.

1.4. Nauczanie episkopatów

Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych. *O leczeniu daremnych chorych poddawanych intensywnej terapii*. Warszawa 2018.

1.5. Tradycja apostołska i kościelna

Atenagoras. *Prośba za chrześcijanami*. Warszawa 1985.

Augustyn. *O państwie Bożym. Przeciw poganom ksiąg XXII.* Warszawa 1977.

Augustyn. *Przeciw Julianowi.* Warszawa 1977.

Bazyli Wielki. *List 1999, w sprawie kanonów 33.* W: Bazyli Wielki. *Listy.* Warszawa 1972 s. 209.

Bazyli Wielki. *Pisma ascetyczne.* T. 2. Kraków-Tyniec 1995.

Euzebiusz z Cezarei. *Historia Kościoła.* Poznań 1924.

Grzegorz Wielki. *O śmierci sparaliżowanego Serwula.* W: Grzegorz Wielki. *Dialogi.* Warszawa 1969 s. 168-169.

Izydor z Peluzjum. *Do Marona II 16.* W: *Antologia listu starochrześcijańskiego. Listy z dziedziny kierownictwa duchowego.* T. 1. Red. L. Małunowiczówna. Lublin 1978 s. 264.

Izydor z Peluzjum. *Epistole 2.79.* W: J.-P. Migne. *Patrologiae graecae cursus completus.* Paryż 1857-1866 s. 78.519.

Izydor z Sewilli. *Etymologiarum sive Originum Libri XX.* Oxford 1911.

Klemens Aleksandryjski. *Kobierce zapisków filozoficznych dotyczących prawdziwej wiedzy.* T. 2. Warszawa 1994.

Laktancjusz. *Jak umierali prześladowcy chrześcijan 33.* W: Laktancjusz. *Pisma wybrane.* Poznań 1993 s. 25-78.

Orygenes. *Filokalia.* Warszawa 1979.

Orygenes. *Homilie o Księgach Izajasza i Ezechiela.* Kraków 2000.

Orygenes. *Przeciw Celsusowi.* Warszawa 1986.

Tacjan Syryjczyk. *List do Diogeneta.* W: *Antologia literatury patrystycznej.* T. 1. Red. M. Michalski. Warszawa 1975 s. 118.

Teodoret z Cyru. *Leczenie chorób hellenizmu.* Warszawa 1981.

Tertulian. *Apologetyk*. Poznań 1947.

Tertulian. *Lekarstwo na ukłucie skorpiona*. W: Tertulian. *Wybór pism*. T. 2. Warszawa 1983 s. 117-146.

Tertulian. *O duszy*. W: *Quinti Septimi Florentis Tertulliani Opera*. T. 1. Red. A. Reifferscheid, G. Wissowa. Vindobonae 1890 s. 302

2. Źródła pozateologiczne

Ad Hoc Committee. *A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*. „Journal of American Medical Association” 1968 t. 205 nr 6 s. 85-88.

American Heart Association. *Highlights. Aktualizacja wytycznych AHA w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej i doraźnego postępowania w zaburzeniach krążenia z 2015 roku*. Dallas 2015.

American Medical Association. *Code of Medical Ethics*. Philadelphia 1874. [Http://www.ama-assn.org/resources/doc/ethics/x-pub/1847code.pdf](http://www.ama-assn.org/resources/doc/ethics/x-pub/1847code.pdf) [dostęp: 10.08.2016].

Black's Law Dictionary. Saint Paul 1951.

Breviarium Fidei. Wybór doktrynalnych wypowiedzi Kościoła. Red. I. Bokwa [i in.]. Poznań 2007.

Celsus A. *De medicina*. W: *Celsus De Medicina with An English Translation*. Red. W.G. Spencer. Cambridge 1935 s. 67.

Definicja Uporczywej Terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. Red. W. Bołoz, M. Krajnik [i in.]. „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2:2008 nr 3 s. 77.

Definitions. Florida Statutes Section § 765.101. [Http://law.onecle.com/florida/title-xliv/765.101.html](http://law.onecle.com/florida/title-xliv/765.101.html) [dostęp: 29.08.2017].

End-of-life practices in European Intensive Care Units – the Ethicus Study. Red. Ch.L. Sprung [i in.]. „The Journal of the American Medical Association” 2003 t. 290 nr 6 s. 790-797.

Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: A View from an EAPC Ethics Task Force. Red. Materstvedt L. [i in.]. „Palliative Medicine” 17:2003 s. 99-100.

Guidelines regarding the ineffective maintenance of organ functions (futile therapy) in ICU patients incapable of giving informed statements of will. Red. Kübler K. [i in.]. „Anaesthesiology Intensive Therapy” 2014 nr 4 s. 215-220.

Hippokrates. *Aforyzmy.* W: *Hippocrates with an English Translation.* T. 4. Red. W.H.S. Jones. Cambridge 1931 s. 97-221.

Hippokrates. *Choroby I.* W: *Hippocrates with an English Translation.* T. 5. Red. P. Potter. Cambridge 1988 s. 98-333.

Hippokrates. *Epidemie A.* W: *Hippocrates with an English Translation.* T. 1. Red. H.S. Jones. Cambridge 1972 s. 164.

Hippokrates. *O stawach.* W: *Hippocrates with an English Translation.* T. 3. Red. E.T. Withington. Cambridge 1968 s. 200-397.

Hippokrates. *O sztuce.* W: *Hippocrates with an English Translation.* T. 2. Red. W.H.S. Jones. Cambridge 1967 s. 190-217.

Hipokratesa aforyzmy i rokowania oraz przysięga wykonywane przez lekarzy – kapłanów Eskulapa. Red. H. Łukasiewicz. Warszawa 1864.

Huber W. *Erklärung des Vorsitzenden des Rates der EKD [13.07.2006].* W: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz/Kirchenamt der EKD. *Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Sammlung kirchlicher Texte.* Hannover-Bonn 2011² s. 30-33.

Introduction. Red. G.E. Smith. W: *The Papyrus Ebers. Oldest Medical Book in the World.* Red. C.P. Bryan. Nowy Jork 1990 s. XIII-XVI.

Kammer für öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland. *Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht*. Hannover 2005. W: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz/Kirchenamt der EKD. *Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Sammlung kirchlicher Texte*. Hannover-Bonn 2011² s. 20-29.

Kodeks Etyki Lekarskiej. Warszawa 1991.

Kodeks Etyki Lekarskiej: tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy. Warszawa 2004.

Kodeks Hammurabiego. [Http://www.pistis.pl/biblioteka/Hammurabiego%20kodeks.pdf](http://www.pistis.pl/biblioteka/Hammurabiego%20kodeks.pdf) [dostęp: 28.02.2017]

Kodeks karny. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Dz. U. 1997 nr 88 poz. 553 ze zmianami.

Kodeks Norymberski z 1947 r. [Http://www.obieg.blogspot.com/2008/03/kodeks-norymberski.html](http://www.obieg.blogspot.com/2008/03/kodeks-norymberski.html) [dostęp: 31.12.2016].

Komunikat w sprawie wytycznych Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii i medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu. Dz.U. 1984 nr 6 poz. 38.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz.U. nr 78 poz. 483.

Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny z 4 kwietnia 1997 r. [Http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf) [dostęp: 26.10.2016].

Międzynarodowa Organizacja Pracy. *Konwencja nr 155 dotycząca bezpieczeństwa, zdrowia pracowników i środowiska pracy*. [Http://www.mop.pl/doc/html/konwencje/k155.html](http://www.mop.pl/doc/html/konwencje/k155.html) [dostęp: 20.02.2017].

Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 31 października 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dz.U. 2016 poz. 1868.

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. „Monitor Polski” 2007 nr 46 poz. 547.

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia. „Monitor Polski” 2010 nr 59 poz. 784.

The Edwin Smith Surgical Papyrus. Published in Facsimile and Hieroglyphic Transliteration with Translation and Commentary in Two Volumes. T. 1. Red. J.H. Breasted. Chicago 1930.

The Minimally Conscious State: Definition and Diagnostic Criteria. Red. J.T. Giacino [i in.]. „Neurology” 58:2002 s. 349-353.

The Papyrus Ebers. Oldest Medical Book in the World. Red. C.P. Bryan. Nowy Jork 1990.

Platon. Państwo. Warszawa 1958.

Pliniusz Starszy. Historia naturalna. Wrocław 2004.

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z 10 grudnia 1948 r. [Http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf](http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf) [dostęp: 20.02.2017]

President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Defining Death: A Report on the Medical, Legal and Ethical Issues in the Determination of Death. Waszyngton 1981 s. 1-166.

President's Council on Bioethics. Controversies in the Determination of Death: A White Paper of the President's Council on Bioethics. Waszyngton 2008 s. 1-144.

Projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustawach. Warszawa 2013. Red. P. Andruszkiewicz [i in.]. [Http://www.hospicjum.waw.pl/phocadownload/Epidemiologia-Polityka_Zdrowotna/proj-ust-o-zm-ust-o-prawach-pacjenta-i-rzeczniku-praw-pacjenta.pdf](http://www.hospicjum.waw.pl/phocadownload/Epidemiologia-Polityka_Zdrowotna/proj-ust-o-zm-ust-o-prawach-pacjenta-i-rzeczniku-praw-pacjenta.pdf) [dostęp: 1.12.2015].

Przysięga Hipokratesa. W: *W imię dziecka poczętego.* Red. J.W. Gałkowski, J. Gula. Rzym-Lublin 1991 s. 197.

Recommendations of the International Commission on Radiological Protection [1990 r.] ICRP Publication 60. Oxford 1991 s. 1-3.

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad organizacji krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego. Dz.U. 2011 nr 46 poz. 239.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzania zgonu i jego przyczyny. Dz.U. 1961 nr 39 poz. 201 i 202.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 marca 1999 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów. Dz.U. 1999 nr 31 poz. 302.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2010 r. w sprawie centrum urazowego. Dz. U. 2010 nr 118 poz. 803.

Seneka L.A. *List LVIII.* W: L.A. Seneka. *Listy moralne do Lucyliusza.* Warszawa 1961 s. 195-206.

Seneka L.A. *List LXX.* W: L.A. Seneka. *Listy moralne do Lucyliusza.* Warszawa 1961 s. 256-263.

Seneka L.A. *List LXXVIII.* W: L.A. Seneka. *Listy moralne do Lucyliusza.* Warszawa 1961 s. 315-324.

Seneka L.A. *O gniewie.* W: L.A. Seneka. *Pisma filozoficzne.* T. 1. Warszawa 1965 s. 156-306.

Survey of 3765 cardiopulmonary resuscitations in British hospitals (the BRESUS study): methods and overall results. Red. Tunstall-Pedoe H. [i in.]. „British Medical Journal” 1992 t. 304 nr 6838 s. 1347-1351.

Światowa Organizacja Zdrowia. *Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna.* Genewa 1990.

Światowa Organizacja Zdrowia. *Preambuła konstytucji.* Nowy Jork 1946. [Http://www.infor.pl/akt-prawny/DZU.1948.061.0000477,metryka,konstytucja-swiatowej-organizacji-zdrowia-porozumienie-zawarte-przez-rzady-reprezentowane-na-miedzynarodowej.html](http://www.infor.pl/akt-prawny/DZU.1948.061.0000477,metryka,konstytucja-swiatowej-organizacji-zdrowia-porozumienie-zawarte-przez-rzady-reprezentowane-na-miedzynarodowej.html) [dostęp: 20.02.2017].

Światowa Organizacja Zdrowia. *Definicja opieki paliatywnej.* [Http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en) [dostęp: 1.08.2017].

Światowe Stowarzyszenie Lekarzy. *Deklaracja Helsińska.* Helsinki 1964.

Światowe Stowarzyszenie Medyczne. *Deklaracja Genewska.* Genewa 1948.

Światowe Stowarzyszenie Medyczne. *Międzynarodowy Kodeks Etyki Medycznej z 1949.* Genewa 1949.

The Goals of Medicine: Setting New Priorities: a Hastings Center Project Report. W: *Life Choice. A Hastings Center Introduction to Bioethics.* Red. J.H. Howell, W.F. Sale. Waszyngton 2000.

Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Dz.U. 2005 nr 169 poz. 1411.

Ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej. Dz. U. 1991 nr 81 poz. 351 z późn. zm.

Ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dz. U. 2001 nr 113 poz. 1207.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Dz.U. 2015 poz. 464.

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny. Dz. U. 1997 nr 88 poz. 553 z późn. zm.

Ustawa z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego. Dz. U. 2002 nr 241 poz. 2073.

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz.U. 2012 poz. 159.

Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dz. U. 2006 nr 191 poz. 1410, z późn. zm.

Wykaz jednostek chorobowych, w których są udzielane świadczenia gwarantowane w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. W: Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. Dz.U. 2009 nr 139 poz. 1139.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 stycznia 2007 r. Sygn. V CSK 396/06. „Biuletyn SN” 2007/4/15.

Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii. Red. K. Kübler [i in.]. „Anestezjologia Intensywna Terapia” 46:2014 nr 4 s. 229-234.

Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej dotyczące procedur postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego/masowego. Red. J.R. Ładny [i in.]. Warszawa 2015.

Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy. Red. T. Dangel [i in.]. Warszawa 2011.

Zaniechanie uporczywej terapii – Komunikat z badań CBOS. Red. B. Roguska. Warszawa 2013.

Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy. *Rekomendacja Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy w sprawie praw chorych i umierających*. 779:1976.

II. LITERATURA PODSTAWOWA

1. Literatura teologicznomoralna i bioetyczna

Anczyk E., Anczyk A. *Lekarski etos w relacjach z pacjentem*. „Medycyna Środowiskowa” 1:2010 z. 13 s. 123-128.

Antonin z Florencji. *Summa Theologica in quattuor partes distributa*. T. 3. Veronae 1740.

Aszyk P. *Etyczne oblicza starożytnej medycyny. Wczesne chrześcijaństwo wobec przedchrześcijańskich wzorców moralnych związanych z uprawianiem sztuki leczenia*. Warszawa 2010.

Aszyk P. *Granice leczenia. Etyczny problem odstąpienia od interwencji medycznych*. Warszawa 2006.

Aszyk P. *Opinie wczesnochrześcijańskich i scholastycznych myślicieli na temat decyzji pacjenta o rezygnacji z interwencji medycznych*. „Forum Philosophicum” 9:2004 s. 111-126.

Bacon F. *De Augmentis Scientiarum*. W: *The Works of Francis Bacon, Baron of Verulam, Viscount St. Alban, and Lord Chancellor of England*. Red. J. Spedding, R. Ellis, D.D. Heath. T.I. Londyn 1858 s. 423-840.

Banez D. *Scholastica Commentaria in Partem Angelici Doctoris S. Thomae*. T. 4. Duaci 1614-1615.

Bartoszek A. *Człowiek w obliczu śmierci i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*. Katowice 2000.

Bartoszek A. *Opieka paliatywna*. W: *Jan Paweł II – Encyklopedia Nauczania Moralnego*. Red. J. Nagórny, K. Jeżyna. Radom 2005 s. 381-383.

Bartoszek A. *Środki proporcjonalne i nieproporcjonalne leczenia*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 590-596.

Bartoszek A. *Uporczywa terapia przeciwnowotworowa – aspekty etyczne*. „Hematologia” 3:2012 nr 2 s. 136-142.

Biesaga T. *Jakość życia*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 305-309.

Biesaga T. *Kodeks Etyki Lekarskiej*. [Http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/29470,kodeks-etyki-lekarskiej](http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/29470,kodeks-etyki-lekarskiej) [dostęp: 2.01.2017].

Biesaga T. *Przysięga Hipokratesa a etyka medyczna*. „Medycyna Praktyczna” 2006 nr 7-8 s. 20-25.

Biesaga T. *Wobec uporczywej terapii*. „Medycyna Praktyczna” 2005 nr 11 s. 26-29.

Bohdanowicz A. *Teolog wobec moralnych dylematów współczesnej medycyny i biotechnologii*. „Colloquia Theologica Ottoniana” 2:2006 s. 39-53.

Bołoz W. *Etyczne warunki rezygnacji z uporczywej terapii*. „Studia Ecologiae et Bioethicae” 11:2013 z. 3 s.159-171.

Bołoz W. *Rezygnacja z uporczywej terapii czy utrzymywanie życia za wszelką cenę. Punkt widzenia etyka*. W: *Dylematy etyczne końca życia – problem uporczywej terapii*. Red. W. Sinkiewicz [i in.]. Bydgoszcz 2013 s. 33-45.

Bołoz W. *Rezygnacja z uporczywej terapii jako realizacja praw człowieka umierającego*. „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2:2008 nr 3 s. 79-85.

Bołoz W. *Życie w ludzkich rękach*. Warszawa 1997.

Bortkiewicz P. *Tanatologia. Zarys problematyki moralnej*. Poznań 2000.

Bortkiewicz P. *Mentalność eutanatyczna w świetle encykliki "Evangelium vitae"*. „Collectanea Theologica” 66:1996 nr 3 s. 83-93.

Brożek B. *Relacje między lekarzem a pacjentem w świetle «Karty Pracowników Służby Zdrowia»*. „Teologia i Moralność” 9:2011 s. 163-174.

Brusiło J. *Życie bez bólu? Chrześcijański sens cierpienia a przeciwbólowe działania medycyny*. Kraków 1996.

Brzeziński T. *Etyka lekarska*. Warszawa 2002.

Brzeziński T. *Etyka lekarska*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 213-218.

Brzeziński T. *Prawo do prawdy czy ochrona psychiki chorego ze złą prognozą lekarską*. W: *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie*. Red. J. Bogusz. Bydgoszcz 1985 s. 19-23.

Brzeziński T. *Tradycyjne zasady deontologii lekarskiej*. W: *Etyka i deontologia lekarska*. Red. T. Kielanowski. Warszawa 1985 s. 54-60.

Callahan D. *Zabicie a przyzwolenie na śmierć*. W: *Antologia bioetyki. Wokół śmierci i umierania*. T. 1. Red. W. Galewicz. Kraków 2009 s. 173-182.

Chabros K. *Zagrożenia godności terminalnie chorego we współczesnej cywilizacji zachodniej*. „Warszawskie Studia Teologiczne” 26:2013 cz. 1 s. 261-284.

Chiodi M. *Eutanazja i uporczywa terapia*. W: *Encyklopedia chrześcijaństwa. Historia i współczesność 2000 lat nadziei*. Red. H. Witczyk. Kielce 2000 s. 209-210.

Chłap Z. *Od Hipokratesa do Dobrego Samarytanina: uwagi o etyce lekarskiej*. „Ethos” 9:1996 nr 3-4 s. 145-161.

Chojnacki G. *Problem zaniechania sztucznego przedłużania życia we współczesnym niemieckim dyskursie ekumenicznym*. „Studia Oecumenica” 13:2013 s. 273-280.

Chrostowski W. *Zasady etyczne w opiece nad umierającym człowiekiem w nauczaniu Kościoła katolickiego*. „Collectanea Theologica” 70:2000 nr 3 s. 89-108.

Dunn H. P. *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*. Tarnów 1997.

Durda W. *Chrześcijańska postawa wobec cierpienia według idei Apostolstwa Chorych*. Kraków 1998.

Ferdynus M. *O działaniu, zaniechaniu i dopuszczeniu śmierci*. „Colloquia Theologica Ottoniana” 1:2013 s. 205-221.

Fuchs J. *Czy istnieje katolicka moralność medyczna?* W: *Bioetyka. Naglące pytania*. Red. P. Aszyk. Warszawa 2005 s. 25-39.

Galewicz W. *O dobrej śmierci*. W: *Eutanazja: prawo do życia – prawo do wolności*. Red. B Chyrowicz. Lublin 2005 s.101-114.

Galewicz W. *Rezygnacja z podtrzymywania życia*. [Http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=32&i=3&m=22&z=0&n=2&k=7](http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=32&i=3&m=22&z=0&n=2&k=7) [dostęp: 7.11.2015].

Galewicz W. *Tomasz z Akwinu o zabijaniu*. „Znak” 53:2001 nr 7 s. 81-97.

Gałecki S. *Autonomia pacjenta a prymat sumienia*. W: *Od autonomii osoby do autonomii pacjenta*. Red. G. Hołub [i in.]. Kraków 2013 s. 184-202.

Giblet J., Grelot P. *Choroba-uleczenie*. W: *Słownik teologii biblijnej*. Red. X. Léon-Dufour. Poznań 1994⁴ s. 121-125.

Głowacki J. *Eutanazja – problem życia a nie śmierci*. „Teologia i Człowiek” 2011 z. 18 s. 173-212.

Graczyk M. *Kontrowersje wokół eutanazji*. „Ateneum Kapłańskie” 131:1998 z. 1 s. 13-25.

Gubała W. *Personalistyczna koncepcja etyki medycznej*. „Ethos” 7:1994 nr 1-2 s. 153-161.

Gwóźdź W., Strojnowski J. *Eutanazja*. W: *Encyklopedia katolicka*. Red. R. Łukaszyk [i in.]. Lublin 1983 kol. 1344.

Harris J. *The Concept of the Person and the Value of Life*. W: *Personhood and Health Care*. Red. D.C. Thomasma, D.N. Weisstub, C. Hervé. Dordrecht-Boston-London 2001 s. 99-111.

Hume D. *On Suicide*. W: *Hume's Ethical Writings. Selections from David Hume*. Red. A. MacIntyre. Notre Dame 1965 s. 297-306.

Iwaszczyszyn J. *Autonomia pacjenta w kontekście opieki paliatywnej*. W: *Od autonomii osoby do autonomii pacjenta*. Red. G. Hołub [i in.]. Kraków 2013 s. 257-286.

Jakobovits I. *Ethical Problems Regarding the Termination of Life*. W: *Jewish Values in Bioethics*. Red. L. Meier. Nowy Jork s. 84-95.

Janik P. *Zdrowie*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 679-683.

Katolo A.J. *Paternalizm – moralne obowiązki lekarza w starożytnej etyce medycznej*. W: *Bioetyka i praktyka medyczna. Wybrane zagadnienia*. Red. B. Dobrowolska. Lublin 2011 s. 69-77.

Kielanowski T. *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*. „Etyka” 14:1975 s. 98-105.

Kornas S. *Eksperyment medyczny*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 181-187.

Kowalski E. *Towarzystwo człowiekowi umierającemu. Aspekty psychologiczne i antropologiczne*. „Homo Dei” 76:2006 nr 1 s. 25-37.

Kowalski J. *Przysięga lekarska*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 508-513.

Kowalski J. *Szacunek i pomoc dla człowieka bliskiego śmierci*. W: *Chronić i wspomagać ludzkie życie*. Red. K. Kaczmarczyk. Kraków 2000 s. 143-156.

Lubicki L. *Stanowisko Kościoła katolickiego wobec eutanazji*. „Ateneum Kapłańskie” 128:1997 z. 2 s. 233-236.

Lugo J. *Disputationes Scholasticae et Morales*. T. 6. Lungundi 1642.

Lynn J., Childress J. F. *Czy pacjenci zawsze powinni otrzymywać pożywienie i wodę?* W: *Antologia bioetyki. Wokół śmierci i umierania*. T. 1. Red. W. Galewicz. Kraków 2009 s. 139-153.

Machinek M. *Rezygnacja z terapii uporczywej w świetle nauki Kościoła*. [Http://www.ptb.org.pl/pdf/machinek_uporczywa_terapia_1.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/machinek_uporczywa_terapia_1.pdf) [dostęp: 12.10.2015].

Machinek M. *Śmierć w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u kresu ludzkiego życia*. Olsztyn 2004.

Machinek M. *Uporczywość terapeutyczna jako problem teologiczno-moralny*. „Communio” 32:2012 nr 3 s. 88-102.

Machinek M. *Zagadnienie terapii uporczywej w świetle wypowiedzi Kościoła*. „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2:2008 nr 3 s. 91-98.

Malczewski J. *Eutanazja. Gdy etyka zmierza się z prawem*. Warszawa 2012.

Malczewski J. *Francis Bacon: eutanazja czy opieka paliatywna?* „Diametros” 2:2004 s. 74-81.

Malczewski J. *Z dziejów pojęcia eutanazji*. W: *Eutanazja: prawo do życia – prawo do wolności*. Red. B. Chyrowicz. Lublin 2005 s.11-59.

Marczewski K. *Eutanazja wśród decyzji o zakończeniu życia – punkt widzenia lekarza praktyka*. W: *Eutanazja: prawo do życia – prawo do wolności*. Red. B Chyrowicz. Lublin 2005 s. 93-100.

Mazur G. *Czy odstępianie od ratowania życia jest etycznie usprawiedliwione?* „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 7:2013 nr 1 s. 6-10.

McKhann C. F. *A Time to Die. The Place for Physican Assistance*. New Haven 1999.

Miśkiewicz W. *Spółeczny charakter troski o zdrowie zwierząt i ludzi*. [Http://www.depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/2207/843-852_miskiewicz.pdf?sequence=1](http://www.depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/2207/843-852_miskiewicz.pdf?sequence=1) [dostęp: 4.02.2017].

Montaigne De M. *Próby*. Warszawa 1985.

Moraczewski A. *The Moral Option not to Conserve Life under Certain Conditions. An Application of the Principles*. W: *Conserving Human Life*. Red. A.D. Cronin. Massachusetts 1989 s. 233-275.

Morciniec P. *Przeszczepy narządów*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 503-508.

Nawrocka A. *Etos pielęgniarek w aspekcie historycznym*. „*Annales Academiae Medicae Silesiensis*” 63:2009 s. 59-72.

Nawrocka A. *Etos w zawodach medycznych*. Kraków 2008.

Niemiec H. *Eutanazja a miłość*. „*Częstochowskie Studia Teologiczne*” 30:2002 s. 145-149.

Niemiec H. *Eutanazja a rezygnacja z uporczywej terapii*. „*Częstochowskie Studia Teologiczne*” 28:2000 s. 179-183.

Olejniczak M. *KEL: Tajemnica lekarska i jej znaczenie nawet po śmierci*. [Http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/134112,kel-tajemnica-lekarska-i-jej-znaczenie-nawet-po-smierci-chorego](http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/134112,kel-tajemnica-lekarska-i-jej-znaczenie-nawet-po-smierci-chorego) [dostęp: 7.06.2017].

Olejnik S. *Etyka lekarska*. Katowice 1995.

Orłowski T. *Testament życia – promocja ludzkiej wolności?* „*Studia Łęckie*” 12:2010 s. 73-88.

Orłowski T. *Zasada proporcjonalności a problem uporczywej terapii*. [Http://www.ptb.org.pl/pdf/Orlowski_uporczywa_terapia_1.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/Orlowski_uporczywa_terapia_1.pdf) [dostęp: 27.11.2015].

Otowicz R. *Serce do wymiany. Etyczne aspekty transplantacji organów*. W: *Bioetyka. Naglące pytania*. Red. P. Aszyk. Warszawa 2005 s. 135-151.

Pasieka E., Lewandowski J. *Etyka i odpowiedzialność technika elektroradiologii podczas angiograficznego potwierdzania śmierci mózgu*. W: *W drodze do brzegu życia*. T. 11. Red. E. Krajewska-Kułak [i in.]. Białystok 2013 s. 69-77.

Pawlikowski J. [i in.]. *Religijność lekarzy a postawa wobec pacjenta i wykonywanego zawodu*. W: *Człowiek chory – aspekty biopsychospołeczne*. T. 4. Red. K. Janowski, J. Gierus. Lublin 2009 s. 220-239.

Pawlikowski J. *Religijność lekarzy jako czynnik kształtujący postawy i decyzje zawodowe. Rozważania w kontekście sporu o klauzulę sumienia*. W: *Bioetyka i praktyka medyczna. Wybrane zagadnienia*. Red. B. Dobrowolska. Lublin 2011 s. 79-95.

Pellegrino E. D. *Decision at the End of Life: Use and Abuse of the Concept of Futility*. W: *The Dignity of the Dying Person. Proceedings of the Fifth Assembly of the Pontifical Academy for Life*. Red. J.V. Correa. E. Sgreccia. Rzym 2000 s. 219-241.

Petry-Mroczkowska J. „Prawo do godnej śmierci” czy szansa godnego umierania. „Więź” 42:1999 nr 2 s. 35-49.

Piasecki J. *Autonomia pacjenta i władza medycyny w perspektywie wspomaganiej śmierci*. W: *Od autonomii osoby do autonomii pacjenta*. Red. G. Hołub [i in.]. Kraków 2013 s. 230-248.

Pilichowski Z. *Uporczywa terapia a dobro pacjenta*. „Studia Loviciensia” 15:2013 s. 265-275.

Rachels J. *The End of Life. Euthanasia and Morality*. Nowy Jork 1986.

Rogiewicz M., Krajnik M. *Gdy chory nalega, aby kontynuować uporczywą terapię*. W: *Dylematy etyczne końca życia – problem uporczywej terapii*. Red. W. Sinkiewicz [i in.]. Bydgoszcz 2013 s. 77-88.

Rosner F. *Risks versus in Treating the Gravely Ill Patient. Ethical and Religious Considerations*. W: *Jewish Values in Bioethics*. Red. L. Meier. Nowy Jork s. 46-56.

Rudziewicz A. *Świętość życia*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 596-599.

Safjan M. *Leczenie pacjenta – obowiązek czy przywilej lekarza? Z perspektywy polskiego prawa*. [Http://www.mp.pl/etyka/terapia_chorob/40125,leczenie-pacjenta-obowiazek-czy-przywilej-lekarza-z-perspektywy-polskiego-prawa](http://www.mp.pl/etyka/terapia_chorob/40125,leczenie-pacjenta-obowiazek-czy-przywilej-lekarza-z-perspektywy-polskiego-prawa) [dostęp: 4.10.2016].

Salij J. *Chrześcijański pogląd na temat powinności lekarza wobec człowieka umierającego*. W: *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie*. Red. J. Bogusz. Bydgoszcz 1985 s.13-15.

Sarter J. P. *L'etre et le neant. Essai d'ontologie phenomenologique*. Paryż 1955.

Schneiderman L. J., Jecker N. S., Jonsen A. R. *Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications*. „Annals of Internal Medicine” 112:1990 s. 949-954.

Schockenhoff E. *Etyka życia. Postawy i nowe wyzwania*. Opole 2014.

Sikora A. *Pojęcie, rozwój i struktura polskich kodeksów etyki lekarskiej na tle etyki zawodowej*. „Poznańskie Studia Teologiczne” 13:2002 s. 95-109.

Sikora M., Szczepański M.S. *Eutanazja w świadomości społecznej: między odrzuceniem a akceptacją*. W: *Eutanazja: prawo do życia – prawo do wolności*. Red. B. Chyrowicz. Lublin 2005 s. 61-91.

Silverman W. A. *The Myth of Informed Consent: in Daily Practice and in Clinical Trials*. „Journal of Medical Ethics” 15:1989 nr 1 s. 6-11.

Singer P. *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*. Warszawa 1997.

Singer P. *Zwierzęta i ludzie jako istoty równe sobie*. „Etyka” 18:1980 s. 49-62.

Sinkiewicz W. *Wprowadzenie – jak umierać z godnością*. W: *Dylematy etyczne końca życia – problem uporczywej terapii*. Red. W. Sinkiewicz [i in.]. Bydgoszcz 2013 s. 7-11.

Skorowski H. *Życie*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 694-697.

Skrzypczak J. *Historia odpowiedzialności zawodowej lekarzy w Polsce*. „Biuletyn Informacyjny Sądu Lekarskiego i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej” 2001 nr 4-5 s. 68-76.

Smith G.E. *Introduction*. W: *The Papyrus Ebers. Oldest Medical Book in the World*. Red. C.P. Bryan. New York 1990 s. XIII-XVI.

Sobański P. *Czym jest uporczywa terapia?* [Http://www.ptb.org.pl/pdf/Sobanski_uporczywa_terapia_1.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/Sobanski_uporczywa_terapia_1.pdf) [dostęp: 22.11.2014].

Szałata K. *Pierwszy kodeks etyczny*. [Http://www.uo.uksw.edu.pl/sites/default/files/Przysi%C4%99ga%20Hipokratesa%20ze%20wst%C4%99pem%20Odra%20Kazimierza%20Sza%C5%82aty.pdf](http://www.uo.uksw.edu.pl/sites/default/files/Przysi%C4%99ga%20Hipokratesa%20ze%20wst%C4%99pem%20Odra%20Kazimierza%20Sza%C5%82aty.pdf) [dostęp: 2.01.2017].

Szałata K. *Postęp w diagnostyce wobec procesu racjonalizacji medycyny*. „Studia Ecologiae et Bioethicae” 8:2010 z. 2 s. 295-303.

Szałata K. *Problem uporczywej terapii w świetle filozofii człowieka*. „Studia Ecologiae et Bioethicae” 7:2009 z. 2 s. 9-18.

Szuta W. *Rola sumienia w etyce pielęgniarskiej*. W: *Wielowymiarowość współczesnej medycyny*. Red. E. Krajewska-Kułak [i in.]. Białystok 2012 s. 15-25.

Szuta W. *Wybrane wartości aksjologiczne w etosie pielęgniarki*. W: *W drodze do brzegu życia*. Tom. 11. Red. E. Krajewska-Kułak [i in.]. Białystok 2013 s. 35-47.

Szczygieł K. *Opieka paliatywna i terminalna alternatywą eutanazji*. W: *Podstawy i zastosowania bioetyki*. Red. T. Biesaga. Kraków 2001 s. 149-153.

Szczygieł K. *Tajemnica lekarska*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 600-602.

Szczygieł K. *Zgoda pacjenta*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 683-687.

Szewczyk K. *Bioetyka i najwyższa powinność lekarza*. [Http://www.medium.dilnet.wroc.pl/index.php/czerwiec-lipiec-2016/1018-czy-etyka-lekarska-jest-potrzebna-bioetyka-i-najwysza-powinno-lekarza](http://www.medium.dilnet.wroc.pl/index.php/czerwiec-lipiec-2016/1018-czy-etyka-lekarska-jest-potrzebna-bioetyka-i-najwysza-powinno-lekarza) [dostęp: 31.12.2016].

Szewczyk K. *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*. Warszawa 2009.

Szewczyk K. *Polemika bioetyka z wypowiedzią Teologa*. [Http://www.ptb.org.pl/pdf/szewczyk_uporczywa_terapia_3.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/szewczyk_uporczywa_terapia_3.pdf) [dostęp: 22.11.2014].

Ślaga S. W. *Życie*. W: *Katolicyzm A-Z*. Red. Z. Pawlak. Poznań 1989 s. 406-410.

Ślipko T. *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*. Warszawa 1988.

Śliwka M. *Zagadnienia związane z końcem życia ludzkiego – aktualne tendencje w prawie porównawczym*. W: *Dylematy etyczne końca życia – problem uporczywej terapii*. Red. W. Sinkiewicz [i in.]. Bydgoszcz 2013 s. 109-123.

Świeżyński A. *Śmierć innych. Eutanazja w kontekście przemian mentalności współczesnych społeczeństw*. „Collectanea Theologica” 70:2000 nr 4 s. 67-97.

Świeżyński A. *Śmierć, której rzucamy wyzwanie: wybrane problemy leczenia i opieki nad pacjentami terminalnie chorymi i umierającymi*. „Collectanea Theologica” 69:1999 nr 4 s. 71-95.

Terlecka W. *Lekarz-pacjent, spotkanie dwóch sumień i dwóch wolności*. W: *Godność – utracona?* Red. M. Renkielska. Kielce 1999 s. 7-15.

Tomasz z Akwinu. *Suma teologiczna* II-II. q.64 W: Tomasz z Akwinu. *Suma teologiczna. Sprawiedliwość*. T. 18. Londyn 1970 s. 116-118.

Tomasz Morus. *Utopia*. Poznań 1947.

Tulczyński A. *Historia i ewolucja kodeksów deontologicznych*. W: *Etyka i deontologia lekarska*. Red. T. Kielanowski. Warszawa 1985 s. 195-214.

Umiastowski J. *Historia powstania polskiego Kodeksu Etyki Lekarskiej*. [Http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/80554,historia-powstania-polskiego-kodeksu-etyki-lekarskiej](http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/80554,historia-powstania-polskiego-kodeksu-etyki-lekarskiej) [dostęp: 2.01.2017].

Umiastowski J. *Uporczywa terapia*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 651-655.

Vidal M. *Eutanazja wyzwaniem dla sumienia*. W: *Nadzieje i zagrożenia współczesnej rodziny*. Red. W. Kawecki. Kraków 1995 s. 155-178.

Walden-Gałuszko de K. *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*. Gdańsk 1996.

Wasztyl M. *Preferowane wartości a postawy wobec osób chorych terminalnie u personelu opieki paliatywnej: studium z zakresu apostołstwa chorych*. „Świdnickie Studia Teologiczne” 10:2013 s. 409-435.

Wawrzyniak J. *Etyka eutanazji. Studium filozoficzno-aksjologiczne*. Poznań 2016.

Wejman H. *Wiara a uporczywa terapia*. „Colloquia Theologica Ottoniana” 1:2013 s. 7-16.

Wenger N. S., Carmel S. *Physicians' Religiosity and End-of-Life Care Attitudes and Behaviors*. „Mount Sinai Journal of Medicine” 71:2004 s. 335-343.

Woods W. D. *Informed Consent and the Need for Delegalization*. „American Journal Disabled Children” 143:1989 s. 885-886.

Wolski J. *Osoba miarą i kryterium ingerencji medycznej*. W: *Ku rozumieniu godności człowieka*. Red. G. Hołub, P. Duchliński. Kraków 2008 s. 261-274.

Wrężel M. *Informowanie chorego*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 289-296.

Wrężel M. *Relacja lekarz-chory*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 525-532.

Wróbel J. *Człowiek i medycyna. Teologiczne podstawy ingerencji medycznych*. Kraków 1999.

Wróbel J. *Dyskusja wokół problemu śmierci mózgowej człowieka – dawcy organów. Między biologią, biomedycyną i filozofią*. „Roczniki Teologii Moralnej” 3:2011 s. 153-178.

Wróbel J. *Lekarska etyka*. W: *Encyklopedia katolicka*. T. 10. Red. E. Ziemann. Lublin 2004 kol. 702-709.

Wróbel J. *Etyka lekarska, etyka medyczna i bioetyka. Próba metodologicznego rozróżnienia*. „Roczniki Teologii Moralnej” 4:2012 s. 167-191.

Wróbel J. *Lekarz*. W: *Encyklopedia katolicka*. T. 10. Red. E. Ziemann. Lublin 2004 kol. 709-712.

Wróbel J. *Medyczna etyka*. W: *Encyklopedia katolicka*. T. 12. Red. E. Ziemann. Lublin 2008 kol. 420-432.

Wróbel J. *Podmiotowość lekarza i pacjenta w praktyce medycznej (wobec ryzyka specyficznej przemocy i przymusu)*. W: *Przemoc i terror. Książka dedykowana księdzu profesorowi Stanisławowi Olejnikowi w 80tą rocznicę urodzin i 50tą rocznicę pracy naukowej*. Red. P. Góralczyk, J.A. Sobkowiak. Warszawa 2001.

Wróbel J. *U źródeł myśli bioetycznej Jana Pawła II w 25-lecie pontyfikatu*. „Roczniki Teologiczne” 51:2004 z. 3 s. 22-42.

Wróbel J. *Zdrowie*. W: *Jan Paweł II – Encyklopedia Nauczania Moralnego*. Red. J. Nagórny, K. Jeżyna. Radom 2005 s. 597-599.

Wróbel J. *Życie – wartość życia*. W: *Jan Paweł II – Encyklopedia Nauczania Moralnego*. Red. J. Nagórny, K. Jeżyna. Radom 2005 s. 605-608.

Wuermeling H.-B. *Wobec nowych wyzwań eutanazji*. „Communio” 17:1997 nr 1 s. 79-85.

Zamparetti N., Latronico N. *Nutrition and Hydration of Patients in Vegetative State: a Statement of the Italian National Committee for Bioethics*. „Intensive Care Medicine” 32:2006 nr 5 s. 750-751.

2. Literatura medyczna i biomedyczna

Andrews K. *The Vegetative State – Clinical Diagnosis*. „Postgrad Medicinal Journal” 75:1999 nr 884 s. 321-324.

Aszyk P. *Terapia uporczywa – szkic historyczny*. „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2:2008 nr 3 s. 86-90.

Aszyk P. *Wczesne chrześcijaństwo a sztuka leczenia – wybrane zagadnienia*. W: *Historia i przyszłość bioetyki*. Red. J. Brusilo. Kraków 2009 s. 39-64.

Aszyk P. *Współczesny dyskurs wokół śmierci*. W: *Człowiek na granicy istnienia. Dyskusje o śmierci mózgowej i innych aspektach umierania*. Red. G. Holubek, P. Duchliński. Kraków 2017 s. 155-176.

Augustyniak P. *Defibrylatory*. W: P. Augustyniak. *Elektroniczna Aparatura Medyczna. Nowy Rozdział 32*. Kraków 2015 s. 1-13.

Augustyniak P. *Sztuczne wspomaganie wentylacji płuc*. W: P. Augustyniak. *Elektroniczna Aparatura Medyczna. Nowy Rozdział 33*. Kraków 2015 s. 1-15.

Bauer W. *Das Stirnrunzeln des Totenkopfes. Über die Paradoxie des Todes in der frühen chinesischen Philosophie*. W: *Der Tod in den Weltkulturen und Weltreligionen*. Red. C. Von Barloewen. Frankfurt nad Menem 2000 s. 30-339.

Benzehöfer U. *Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart*. Monachium 1999.

Beretta M. *Imaging the Experiments on Respiration and Transpiration of Lavoisier and Séguin: Two Unknown Drawings by Madame Lavoisier*. „Nuncius” 27:2012 s. 163-191.

Bernat J.L. [i in.]. *On the Definition and Criterion of Death*. „Annals of Internal Medicine” 94:1981 nr 3 s. 389-394.

Biesaga T. *Reinterpretować czy porzucić harwardzką definicję śmierci*. W: *Człowiek na granicy istnienia. Dyskusje o śmierci mózgowej i innych aspektach umierania*. Red. G. Hołub, P. Duchliński. Kraków 2017 s. 85-104.

Blagg R.C. *Triage: Napoleon to the present day*. „Journal of Nephrology” 17:2004 nr 4 s. 629-632.

Bossaert L. L. [i in.]. *Etyka w resuscytacji i decyzje dotyczące końca życia*. W: *Wytyczne resuscytacji 2015*. Red. J. Andres. Kraków 2016 s. 382-393.

Brusiło J. *Opieka czy troska o człowieka na granicy życia i śmierci*. W: *Człowiek na granicy istnienia. Dyskusje o śmierci mózgowej i innych aspektach umierania*. Red. G. Holubek, P. Duchliński. Kraków 2017 s. 295-332.

Brzeziński T. *Kształtowanie się zawodu lekarza i koncepcje kształcenia*. W: *Historia medycyny*. Red. T. Brzeziński. Warszawa 1988 s. 52-79.

Budziński R. *Wstęp*. W: *Uporczywa terapia we współczesnej medycynie*. Red. R. Budziński. Pelplin 2016 s. 9-11.

Bujok G., Grochowicz A. *Nagłe zagrożenie zdrowia oraz nagłe zagrożenie życia. Analiza prawna oraz jej kontekst socjomedyczny*. „Emergency Medical Service. Ratownictwo Medyczne” 2:2016. [Http://ems.medlist.org/2016/10/01/nagle-zagrozenie-zdrowia-oraz-nagle-zagrozenie-zycia-analiza-prawna-oraz-jej-kontekst-socjomedyczny](http://ems.medlist.org/2016/10/01/nagle-zagrozenie-zdrowia-oraz-nagle-zagrozenie-zycia-analiza-prawna-oraz-jej-kontekst-socjomedyczny) [dostęp: 14.06.2017].

Campagna A.C. *Żywienie dojelitowe chorych w stanie wegetatywnym*. W: *Sekrety intensywnej terapii*. Red. P.E. Parsons, J.P. Wiener-Kronish. Szczecin 1993 s. 32-36.

Carlet J. [i in.]. *Challenges in End-of-Life Care in the ICU*. „Intensive Care Medicine” 30:2004 nr 5 s. 770-784.

Ciećkiewicz J. *Ratownictwo medyczne w wypadkach masowych*. Wrocław 2010.

Cone D.C. *Medycyna katastrof*. W: *Medycyna ratunkowa*. Red. S.H. Plantz, E.J. Wipfler. Wrocław 2008 s. 841-848.

Cone D.C. *System ratownictwa medycznego*. W: *Medycyna ratunkowa*. Red. S.H. Plantz, E.J. Wipfler. Wrocław 2008 s. 819-839.

Cranford R.E. *Death, Definition and Determination of*. W: *Encyclopedia of Bioethics*. Red. S.G. Post. Nowy Jork 2004 s. 606.

Czarnik T. *Reanimacja: dawniej i dziś*. „wcm.opole.pl” 30:2011 z. 7 s. 3-6.

Daar J.F. *Medical Futility and Implications for Physician Autonomy*. „American Journal of Law and Medicine” 21:1995 nr 2-3 s. 222.

Darwin K. *O powstawaniu gatunków drogą doboru naturalnego*. Warszawa 2013.

Dewhirst A. *The Evolution of Cardiopulmonary Resuscitation – An Historical Perspective*. New Zealand 2010. [Http://www.nzats.co.nz/wp-content/uploads/Evolution-of-Cardiopulmonary-Resuscitation-.docx](http://www.nzats.co.nz/wp-content/uploads/Evolution-of-Cardiopulmonary-Resuscitation-.docx) [dostęp: 14.04.2017].

Fritz Z. [i in.]. *DNACPR Decisions: Challenging and Changing Practice in the Wake of the Tracey Judgment*. „Clinical Medicine” 14:2014 nr 6 s. 571-576.

Furtak-Niczyporuk M., Drop B. *Efektywność organizacji systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne*. „Studia Ekonomiczne” 2013 nr 168 s. 53-67.

Gajdosz R. *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa*. W: *Medycyna ratunkowa i katastrof. Podręcznik dla studentów uczelni medycznych*. Red. A. Zawadzki. Warszawa 2013 s. 1-44.

Glover D.W. *The History of Respiratory Therapy. Discovery and evolution*. Bloomington 2010.

Grylewski R. *Komory ciśnieniowe czy intubacja? Czyli początki torakochirurgii na przełomie XIX i XX wieku*. „Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska” 9:2012 z. 4 s. 497-501.

Guła P. *Postępowanie ratownicze w wypadkach masowych i katastrofach*. Kraków 2009.

Gutl R.W. *Rozwój medycyny klinicznej*. W: *Historia medycyny*. Red. T. Brzeziński. Warszawa 1988 s. 380-423.

Goniewicz M., Goniewicz K. *Ewolucja systemu ratownictwa medycznego – od starożytności do czasów współczesnych*. „Wiadomości Lekarskie” 69:2016 nr 1 s. 37-42.

Haesre H. *Historia medycyny*. Warszawa 1886.

Hamel R. *Implantowane urządzenia kardiologiczne u kresu życia: czy ich wyłączenie jest moralnie dozwolone?* „Medycyna Wieku Podeszłego” 2:2012 z. 1 s. 32-36.

Iwańczuk W. *Harwardzkie kryteria śmierci mózgu*. „Anestezjologia i Ratownictwo” 2:2008 z. 3 s. 265-273.

Jak powstały defibrylatory AED? <https://www.hsmedical.pl/wiedza/jak-powsta%C5%82y-defibrylatory-aed> [dostęp: 1.05.2017].

Jennett B., Plum F. *Persistent Vegetative State after Brain Damage; Syndrome in Search of a Name*. „The Lancet” 1972 t. 299 nr 7753 s. 734-737.

Karski J., Nogalski A. *Zasady organizacji struktur medycyny ratunkowej*. W: *Medycyna ratunkowa i katastrof*. Red. A. Zawadzki. Warszawa 2007 s. 349-368.

Kasperczyk R. *Triage – dylematy*. Cz.1. „Przegląd Pożarniczy” 2016 nr 6 s. 16-17.

Kasperczyk R. *Triage – dylematy*. Cz. 2. „Przegląd Pożarniczy” 2016 nr 7 s. 6-11.

Kenneth E. Behring Center. *The Iron Lung and other Equipment*. <http://amhistory.si.edu/polio/howpolio/ironlung.htm> [dostęp: 27.07.2017].

Kmiotczyk W. *Resuscytacja według wytycznych PRC/ERC*. „Acta Bio-Optica et Informatica Medica” 1:2010 z. 16 s. 78-79.

Konieczny D. *Terapia daremna w świetle norm prawnych*. W: *Uporczywa terapia we współczesnej medycynie*. Red. R. Budziński. Pelplin 2016 s. 47-60.

Korpas-Wasiak M. [i in.]. *Tracheotomia w oddziałach intensywnej terapii*. „Anestezjologia i Ratownictwo” 8:2014 nr 2 s. 181-188.

Kosydar-Bochenek J. [i in.]. *System ratownictwa medycznego na świecie a system polski*. „Zdrowie Publiczne” 122:2012 z. 1 s. 70-74.

Krajewski P., Suszko-Każarnowicz M. *Postęp medycyny i uporczywa terapia*. „Studia Warmińskie” 40:2003 s. 107-116.

Kubiak R. *Tajemnica medyczna*. Warszawa 2015.

Kuhn F. *Die Metallschlauch in der Tubage und als Trachealkanüle*. „Wiener klinische Rundschau” 14:1900 s. 554.

Kurczewska U., Jasińska M., Orszulak-Michalak D. *Opieka paliatywna w Polsce – wybrane zagadnienia. Część I. Założenia, organizacja i funkcjonowanie*. „Farmacja Polska” 66:2010 z. 2 s. 93-100.

Lessius L. *De justitia et Jure Ceterisque Virtutibus Cardinalibus*. Lion 1632.

Lippert F. K. [i in.]. *Etyka resuscytacji oraz problem końca życia*. W: *Wytyczne resuscytacji 2010*. Red. J. Andres. Kraków 2010 s. 280-287.

Longosz S. *Ksenodochium – hospicjum wczesnochrześcijańskie*. „Vox Patrum” 16:1996 z. 30-31 s. 275-336.

Łopaciński T. *Projekt wprowadzenia programu automatycznej defibrylacji zewnętrznej na podstawie analizy epidemiologiczno-klinicznej przypadków nagłego zatrzymania krążenia w warunkach pozaszpitalnych w aglomeracji trójmiejskiej*. Gdańsk 2014.

Łuczak J. *Eutanazja: perspektywa religijno-medyczno-prawna. Etyka kresu życia*. Lublin 1996.

- Matas R. *On the Management of Acute Traumatic Pneumothorax*. „Annals of Surgery” 29:1899 s. 409-434.
- Mentzelopoulos S. D. [i in.]. *Evolution of European Union Legislation on Emergency Research*. „Resuscitation” 91:2015 s. 84-91.
- Miller P. H. *Potential Fire Hazard in Defibrillation*. „Journal of American Medical Association” 1972 t. 221 z. 2 s. 192.
- Moreno R., Afonso S. *Ethical, Legal and Organizational Issues in the ICU: Prediction of Outcome*. „Current Opinion in Critical Care” 12:2006 s. 619-623.
- Morończyk D. *„Do not resuscitate”, czyli kiedy można odstąpić od reanimacji?* Kraków 2011.
- Murphy D.J. [i in.]. *Outcomes of Cardiopulmonary Resuscitations in the Elderly*. „Annals of Internal Medicine” 1989 t. 111 nr 3 s. 199-205.
- Nadolny K. [i in.]. *Organizacja logistyczna dużych akcji ratowniczych*. „Na Ratunek” 5:2013 s. 56-61.
- Naef A.P. *The mind-century revolution in thoracic and cardiovascular surgery: part 1*. „Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery” 2:2003 nr 3 s. 219-226.
- Norkowski J.M. *Człowiek umiera tylko raz. Mało znane fakty dotyczące śpiączki, stanu wegetatywnego i śmierci mózgowej*. Warszawa 2013.
- Norkowski J.M. *Medycyna na krawędzi. Ewolucja definicji śmierci człowieka w kontekście transplantacji narządów*. Radom 2011.
- Norkowski J.M. *Mózgowe kryteria śmierci człowieka. Analiza zagadnienia*. „Studia Theologica Varsaviensia” 42:2004 z. 2 s.89-103.
- Olszewski J., Miłośki J. *Historia tracheotomii*. „Otolaryngologia Polska” 61:2007 nr 3 s. 349-352.
- Orłowski T. *Status antropologiczny pacjenta wegetatywnego*. „Studia z Bioetyki i Antropologii Filozoficznej” 7:2006 s. 81-103.

Orońska A. *Reanimacja/resuscytacja*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 521-525.

Pala A. *Eutanazja, uporczywa terapia i opieka paliatywna. Próba moralnej oceny w świetle antropologii naturalistycznej i personalistycznej*. W: *Człowiek na granicy istnienia. Dyskusje o śmierci mózgowej i innych aspektach umierania*. Red. G. Holubek, P. Duchliński. Kraków 2017 s. 267-294.

Pawlikowski J. *Śmierć człowieka z perspektywy biologiczno-medycznej w kontekście dyskusji wokół kryteriów śmierci mózgu*. W: *Człowiek na granicy istnienia. Dyskusje o śmierci mózgowej i innych aspektach umierania*. Red. G. Hołub, P. Duchliński. Kraków 2017 s. 21-83.

Raczak G., Sominka D. *Wskazania do wszczepienia kardiowertera-defibrylatora*. „Forum Medycyny Rodzinnej” 3:2009 s. 165-172.

Rajtar R. *Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne (als) u dorosłego*. [Http://ratunek24.pl/zaawansowane-zabiegi-resuscytacyjne--als--u-doroslego](http://ratunek24.pl/zaawansowane-zabiegi-resuscytacyjne--als--u-doroslego) [dostęp: 14.06.2017].

Rogowski M. *Dzieje resuscytacji*. [Http://scanwork.pl/archives/459](http://scanwork.pl/archives/459) [dostęp: 15.04.2017].

Rzońca P. [i in.]. *Historia zabiegów resuscytacyjnych*. „Journal of Education, Health and Sport” 7:2017 nr 3 s. 300-308.

Sauerbruch F. *Über der Ausschaltung der schädlichen Wirkung des Pneumothorax bei intrathorakalen Operationen*. „Zentralblatt Fur Chirurgie” 31:1904 s. 146-149.

Saunders C. *Historia ruchu hospicyjnego*. „Nowotwory” 43:1993 z. 2 s. 105-109.

Shewmon D.A. *Chronic 'Brain Death': Meta-Analysis and Conceptual Consequences*. „Neurology” 51:2001 z. 6 s. 1538-1545.

Skalski J.H. *Dawne dzieje resuscytacji i reanimacji*. „Szlachetne Zdrowie” 3:2003 s. 2.

Smereka J., Sehn M. *Wstępna intensywna terapia na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym*. „Emergency Medical Service. Ratownictwo Medyczne” 2:2016. [Http://ems.medlist.org/2016/10/01/wstepna-intensywna-terapia-na-szpitalnym-oddziale-ratunkowym](http://ems.medlist.org/2016/10/01/wstepna-intensywna-terapia-na-szpitalnym-oddziale-ratunkowym) [dostęp: 31.08.2017].

Suchorzewska J. *Rezygnacja z uporczywej terapii w praktyce lekarza*. W: *Uporczywa terapia we współczesnej medycynie*. Red. R. Budziński. Pelplin 2016 s. 19-46.

Suchorzewska J. [i in.]. *Trudne decyzje wobec umierającego człowieka – refleksje klinicysty*. W: *Przedłużanie życia jako problem moralny*. Red. B. Chyrowicz. Lublin 2008 s. 59-76.

Szeroczyńska M. *Odstąpienie od uporczywej terapii – de lege lata i de lege ferenda*. „Medycyna Paliatywna” 5:2013 s. 31-40.

Szewczyk K. *Daremność medyczna nie jest (całkowicie) bezużyteczną koncepcją*. W: *Uporczywa terapia we współczesnej medycynie*. Red. R. Budziński. Pelplin 2016 s. 61-113.

Szułdrzyński K., Jankowski M. *Zgon – aspekty medyczne i prawne*. „Medycyna Praktyczna” 2009 nr 9 s. 178-182.

Troszkiewicz P. *W poszukiwaniu definicji śmierci*. „Studia Philosophiae Christianae” 31:1995 z. 2. s. 131-145.

Truog R. D. *Czy wykonywanie skazanej z góry na niepowodzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej jest zawsze niewłaściwe?* „Medycyna po Dyplomie” 19:2010 z. 8 s. 94-95.

Twycross R. G. *Lekarz wobec umierającego*. W: *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*. Red. H. Bortnowska. Kraków 1984 s. 257-274.

Twycross R., Lichter I., *The Terminal Phase*. W: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Red. D. Doyle, G. Hanks, N. MacDonald. Oxford 1998 s. 977-992.

Umiałowski J. *Medycyna paliatywna*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 394-399.

Walden-Gałuszko De K. *O uporczywej terapii*. W: *Uporczywa terapia we współczesnej medycynie*. Red. R. Budziński. Pelplin 2016 s. 13-18.

Wasiewicz B. *Żelazne płuca, czyli wentylacja mechaniczna*. „Medical Tribune” 6:2015 s. 78.

Weir N. *Otolaryngology. An Illustrated History*. London 1990.

Wieczorski M., Stodólkiewicz E. *Aktualne rozwiązania w zakresie defibrylacji i kardiowersji*. „Acta Bio-Optica et Informatica Medica” 3:2009 z. 15 s. 253-257.

Wróbel J. *Medycyna*. W: *Encyklopedia katolicka*. T. 12. Red. E. Ziemann. Lublin 2008 kol. 404-418.

Wojciechowski D. [i in.]. *Wpływ różnych schorzeń oraz ich diagnostyki i leczenia na czynność rozrusznika serca*. „Postępy Nauk Medycznych” 2:2001 s. 22-29.

Wójcik B. *Śmierć mózgową*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 584-590.

Wójcik B. *Śmierć mózgu jako kryterium śmierci człowieka. Problematyka filozoficzno-etyczna*. https://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/32159,smierc-mozgu-jako-kryterium-smierci-czlowieka-problematyka-filozoficzno-etyczna [dostęp: 13.11.2017].

Zeman A. *Persistent Vegetative State*. „The Lancet” 1997 t. 350 nr 9080 s. 795-799.

III. LITERATURA UZUPEŁNIAJĄCA

1. Literatura teologicznomoralna i bioetyczna

Aleksiejuk A. *Biblijno-teologiczne spojrzenie na postugę i etos lekarski*. [Http://cerkiew.info/pl/biblioteka/artykuly/97,800](http://cerkiew.info/pl/biblioteka/artykuly/97,800) [dostęp: 9.01.2017].

Aramini M. *Bioetyka dla wszystkich*. Kraków 2011.

- Barcik J. *Na obraz i podobieństwo. Godność człowieka w chrześcijańskim doświadczeniu wiary*. W: *Ku rozumieniu godności człowieka*. Red. G. Hołub, P. Duchliński. Kraków 2008 s. 225-247.
- Benedykt E. *Naśladowanie stworzenia*. „Wiedza i Życie” 11:1994 s. 16-21.
- Biesaga T. *Personalizm a pryncypializm w bioetyce*. W: *Podstawy i zastosowania bioetyki*. Red. T. Biesaga. Kraków 2001 s. 43-54.
- Bleich D. J. *Judaism and Healing: Halakhic Perspectives*. Nowy Jork 1981.
- Bogusz J. *Sumienie najwyższym sędzią*. W: *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie*. Red. J. Bogusz. Bydgoszcz 1985 s. 5-10.
- Bohdanowicz A. *Peter Singer. Spór o koncepcję człowieka*. Gniezno 2007.
- Bołoz W. *Bioetyka i prawa człowieka*. Warszawa 2007.
- Bortnowska H. *O polski model hospicjum*. W: *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie*. Red. J. Bogusz. Bydgoszcz 1985 s. 49-57.
- Brusiło J. *Znaczenie dokumentów bioetycznych Kościoła katolickiego*. W: *Historia i przyszłość bioetyki*. Red. J. Brusiło. Kraków 2009 s. 75-93.
- Cahill L.S. *Richard A. McCormick, S.J.'s «To Save or let Die: The Dilemma of Modern Medicine»*. W: *The Story of Bioethics. From Seminal Works to Contemporary Explorations*. Red. J.K. Walter, E.P. Klein. Waszyngton 2003.
- Chyrowicz B. *Bioetyka. Anatomia sporu*. Kraków 2015.
- Czerski J. *Księgi narracyjne Nowego Testamentu. Wprowadzenie historyczno-literackie i teologiczne*. Opole 2003.
- Doerflinger R. M. *John Paul II on the „Vegetative State”*. „Ethics and Medics” 29:2004 nr 6 s. 2-4.
- Doldi M., Picozzi M. *Introduzione alla bioetica*. Leumann 2000.
- Engels F. *Anty-Dührung*. W: *Dzieła*. T. 20. Red. F. Engels. Warszawa 1972.

Englaro B., Nave E. *Eluana: la libertà e la vita*. Rizzoli 2008.

Filipiak M. *Biblia o człowieku. Zarys antropologii biblijnej Starego Testamentu*. Lublin 1979.

Fletcher J. *Humanhood: Essays in Biomedical Ethics*. Buffalo 1979.

Fletcher J. *Moral Responsibility. Situation Ethics at Work*. Philadelphia 1967.

Fletcher J. *Morals and Medicine*. Princeton 1979.

Flis J. *Konkordancja Starego i Nowego Testamentu do Biblii Tysiąclecia*. Warszawa 2004.

Gałuszka M. *Potoczna interpretacja śmierci*. W: *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*. Red. M. Gałuszka, K. Szewczyk. Warszawa-Łódź 1996 s. 167-206.

Goodman K.W. *The Case of Terri Schiavo*. Oxford 2009.

Górnicki B. *Nowe problemy etyki lekarskiej*. „Etyka” 14:1975 s. 25-42.

Gracia D. *Fondamenti di bioetica*. Cinisello Balsamo 1993.

Gubała W. *Problemy moralne związane z leczeniem choroby nowotworowej*. „Analecta Cracoviensia” 32:2000 s. 115-129.

Gubała W. *Rodzina – Sanktuarium życia*. W: «*Evangelium vitae*» *dobra nowina o życiu ludzkim*. Red. J. Brusilo. Kraków 1995 s. 69-81.

Gustafson J. M. *The Contributions of Theology to Medical Ethics*. Milwaukee 1975.

Guzewicz M. *Postawy wobec cierpienia w Biblii. Od Abrahama do Maryi*. Poznań 2005.

Halasz J. *Tadeusza Kielanowskiego koncepcja eutanalogii – nauki o dobrym umieraniu*. W: *Bioetyka i praktyka medyczna. Wybrane zagadnienia*. Red. B. Dobrowolska. Lublin 2011 s. 57-67.

Hamman A.G. *Życie codzienne pierwszych chrześcijan (95-197)*. Warszawa 1990.

Janiak E. *Rodzina jako «sanktuarium życia»*. W: *Życie – dar nienaruszalny. Wokół encykliki «Evangelium vitae»*. Red. A. Młotek, T. Reroń. Wrocław 1995 s. 76-78.

Kalinowski M. *Duszpasterstwo hospicyjne. Studium pastoralne na podstawie badań wybranych ośrodków hospicyjnych w Polsce*. Lublin 2001.

Kalinowski M. *Rodzina w postudze choremu terminalnie*. „Roczniki Teologiczne” 50:2003 z. 6 s. 189-203.

Kalinowski M. *Rodzina wielopokoleniowa wobec problemu choroby w fazie terminalnej*. „Roczniki Teologiczne” 52:2005 z. 10 s. 55-69.

Kant I. *Uzasadnienie metafizyki moralności*. Warszawa 1984.

Katolo A.J. *Bioetyka starożytności chrześcijańskiej*. Warszawa 2003.

Kautsky K. *Etyka w świetle materialistycznego pojmowania historii*. Warszawa 1959.

Kawczyńska-Butrym Z. *Promocja zdrowia rodziny*. W: *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie*. Red. P. Kryczka. Lublin 1997 s. 293-306.

Kelly G. *The Duty to Preserve Life*. „Theological Studies” 12:1951 s. 550-556.

Kelsen H. *Theorie pure du droit*. Paryż 1999.

Kicel K., Szydłowska M. *Dylematy etyczne w pracy pielęgniarki*. W: *W drodze do brzegu życia*. Red. E. Krajewska-Kułak [i in.]. Tom. 11. Białystok 2013 s. 59-69.

Kiełtyka R. *Wartość (nie)chcianego życia. Status antropologiczny płodów i noworodków anencefalicznych*. Kraków 2008.

Kieniewicz P. *Człowiek niewygodny, człowiek potrzebny. Dyskusja antropologiczna w bioetyce amerykańskiej*. Lublin 2010.

Klima J. *Prawa Hammurabiego*. Warszawa 1957.

Kluz M. *Troska o dar ludzkiego zdrowia. Odpowiedzialność osobista czy społeczna?* „Teologia i Człowiek” 2016 z. 33 s. 47-62.

Kluzowa K. *Rodzinny kontekst początku i schyłku ludzkiego życia.* W: *Godność – utracona?* Red. M. Renkielska. Kielce 1999 s. 92-116.

Kochan I. *Obraz starości w Piśmie Świętym.* „Rocznik Teologiczny” 50:2008 z. 1-2 s. 179-185.

Koral J. *Dobro wspólne.* W: *Jan Paweł II. Encyklopedia nauczania społecznego.* Red. A. Zwoliński. Radom 2005 s.115-119.

Kornas S. *Prawo do naturalnej śmierci w dokumentach Kościoła Katolickiego.* [Http://www.kosciol.wiara.pl/doc1491177.Prawo-do-naturalnej-smierci-w-dokumentach-Kościoła-Katolickiego](http://www.kosciol.wiara.pl/doc1491177.Prawo-do-naturalnej-smierci-w-dokumentach-Kościoła-Katolickiego) [dostęp: 5.12.2014].

Kornas-Biela D. *Poradnictwo genetyczne.* W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański.* Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 478-485.

Kostrzanowska Z. *Ogólna etyka pielęgniarstwa.* W: *Etyka w pracy pielęgniarstwie.* Red. I. Wrońska, J. Mariański. Lublin 2002 s. 139-177.

Kostrzanowska Z., Małek K. *Respektowanie zasad etycznych w pracy zawodowej pielęgniarek.* „Problemy Pielęgniarstwa” 16:2008 z. 3 s. 259-268.

Kowalska M.E. [i in.]. *Prawo pacjenta do poszanowania własnej godności.* W: *Bioetyka i praktyka medyczna. Wybrane zagadnienia.* Red. B. Dobrowolska. Lublin 2011 s. 166-176.

Kowalski E. *Człowiek i bioetyka. Zagadnienia biomedyczne dla duszpasterzy i katechetów.* Kraków 2015.

Kowalski J. *Odpowiedzialność moralna.* W: *Jan Paweł II – Encyklopedia Nauczania Moralnego.* Red. J. Nagórny, K. Jeżyna. Radom 2005 s. 373-376.

Kozyra J. *List Świętego Jakuba.* Częstochowa 2010.

Krapiec M. *Ja – człowiek.* Lublin 1991.

- Kudasiewicz J. *Ewangelie synoptyczne dzisiaj*. Ząbki 2006.
- Lemański J. *Ekskurs 1: Imago Dei*. W: J. Lemański. *Księga Rodzaju. Rozdziały 1-11*. Cz. 1. Częstochowa 2013 s. 182-187.
- Lemański J. *Księga Wyjścia*. Częstochowa 2009.
- Levin J. S., Larson D. B., Puchalski C. M. *Religion and Spirituality in Medicine: Research and Education*. „The Journal of the American Medical Association” 1997 t. 278 nr 9 s. 792-793.
- Lorek S., Radomski M. *Duszpasterska postługa Kościoła wobec osób terminalnych*. „Studia Elbląskie” 6:2004/2005 s. 247-255.
- Lucas R. L. *Bioetyka dla każdego*. Częstochowa 2005.
- McMahan J. *The Ethics of Killing*. Oxford 2002.
- Melina L. *Kurs bioetyki. Ewangelia życia*. Kraków 2016.
- Mickiewicz F. *Ewangelia według św. Łukasza. Rozdział 1-11*. Częstochowa 2011.
- Młotek A. *Służba zdrowia – służbą Ewangelii życia*. W: *Życie – dar nienaruszalny. Wokół encykliki «Evangelium vitae»*. Red. A. Młotek, T. Reroń. Wrocław 1995 s. 153-165.
- Morciniec P. *Ewolucja i treść medycznych kodeksów deontologicznych*. „Forum Teologiczne” 4:2003 s. 85-94.
- Moskwa J. *Lekarze czy funkcjonariusze*. „Człowiek w Kulturze” 1995 t. 4-5 s. 201-208.
- Muszala A. *Koncepcja człowieka według św. Pawła i jej implikacje dla bioetyki*. W: *Mózg - Umysł - Dusza. Spór o adekwatną antropologię*. Red. K. Jasiński, Z. Kieliszek, M. Machinek. Olsztyn 2014 s. 125-140.
- Muszala A. *Marks, Sartre i medycyna*. [Http://www.mp.pl/etyka/_podstawy_etyki_lekarskiej/35836,marks-sartre-i-medycyna](http://www.mp.pl/etyka/_podstawy_etyki_lekarskiej/35836,marks-sartre-i-medycyna) [dostęp: 5.11.2016].

Muszala A. *Medycyna a globalizacja. Michela Schooyansa krytyka globalistycznej polityki antynatalistycznej*. Kraków 2003.

Nagórny J. «Ewangelia życia» wobec «kultury śmierci». W: *Życie – dar nienaruszalny. Wokół encykliki «Evangelium vitae»*. Red. A. Młotek, T. Reroń. Wrocław 1995 s. 167-184.

Nagórny J. *Spółeczny charakter troski o życie i zdrowie*. „Roczniki Teologiczne” 46:1999 z. 3 s. 5-23.

Nagórny J. *Wartość życia ludzkiego z perspektywy encykliki «Evangelium vitae»*. „Roczniki Teologiczne” 45:1998 z. 3 s. 18-37.

Niebrój L. *Podstawy filozofii pielęgniarstwa*. Katowice 2001.

Noszczyk G. *Państwo*. W: *Jan Paweł II. Encyklopedia nauczania społecznego*. Red. A. Zwoliński. Radom 2005 s. 340-345.

Olczyk A. *Kultura śmierci*. W: *Jan Paweł II – Encyklopedia Nauczania Moralnego*. Red. J. Nagórny, K. Jeżyna. Radom 2005 s. 280-283.

Orzeszyna J. *Odpowiedzialne rodzicielstwo*. W: *Jan Paweł II – Encyklopedia Nauczania Moralnego*. Red. J. Nagórny, K. Jeżyna. Radom 2005 s. 370-373.

Osińska K. *Dorobek etyczny medycyny*. W: *Refleksje nad etyką lekarską*. Red. K. Osińska. Warszawa 1992 s. 7-21.

Ostański P. *Historiozbawcza wizja starości w Piśmie świętym. Studium egzegetyczno-teologiczne*. Poznań 2007.

Paciorek A. *Ewangelia według świętego Mateusza. Rozdziały 1-13. Cz. 1. poprawiona*. Częstochowa 2005.

Pala A. *Śmierć na miarę człowieka*. Kraków 2014.

Pawlik J.J. „*Kiedy zagraża śmierć...*”. *Problem społecznego wsparcia*. „Studia Warmińskie” 37:2000 s. 551-560.

Pokrywka M. *Rodzina*. W: *Jan Paweł II – Encyklopedia Nauczania Moralnego*. Red. J. Nagórny, K. Jeżyna. Radom 2005 s. 464-468.

Poznańska S. *Pielęgniarstwo wczoraj i dziś*. Warszawa 1988.

Puca A. *Il contributo della teologia alla bioetica*. Turyn 1998.

Pucko Z. *Filozofia*. W: *Filozofia i teorie pielęgniarstwa*. Red. J. Górajek-Jóźwik. Lublin 2007 s. 94-108.

Ramsey P. *Pacjent jest osobą*. Warszawa 1977.

Redrado J. L. *Jezus wśród chorych – a Kościół?* W: *Dolentium hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia*. Red. A. Muszala [i in.]. Kraków 2011 s. 226-229.

Reroń T. *Udział środków społecznego przekazu w szerzeniu «kultury życia»*. W: *Życie – dar nienaruszalny. Wokół encykliki «Evangelium vitae»*. Red. A. Młotek, T. Reroń. Wrocław 1995 s. 79-81.

Ryś M. *Odpowiedzialne rodzicielstwo*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 448-451.

Scarpelli U. *La bioetica. Alla ricerca dei principi*. „Biblioteca della Libertà” 99:1987 s. 7-32.

Schooyans M. *Aborcja a polityka*. Lublin 1991.

Schooyans M. *L'Évangile face au désordre mondial*. Paryż 1997.

Schooyans M. *La dérive totalitaire du libéralisme*. Paryż 1995.

Schooyans M. *La face cachée de l'ONU*. Paryż 2000.

Scribonio Largo. *Ricette*. Piza 1956.

Siemianowski A. *Śmierć i perspektywa nadziei*. Bydgoszcz 2009.

Sozomen H. *Historia Kościoła*. Warszawa 1980.

Ślipko T. *9 dylematów etycznych*. Kraków 2010.

Ślipko T. *Bioetyka. Najważniejsze problemy*. Kraków 2012.

Theology and Bioethics. Exploring the Foundations and Frontiers.
Red. E.E. Shelp. Dordrecht 1985.

Tobiasz-Adamczyk B. *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków 2000.

Tronina A. *Biblia o ludziach starszych*. „Vox Patrum” 31:2011 t. 56 s. 231-239.

Tronina A. *Księga Hioba*. Częstochowa 2013.

Wilson M. *Zdrowie, postawy i wartości*. W: *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*. Red. H. Bortnowska. Kraków 1993 s. 102-121.

Wojciechowski M. *Księga Tobiasza czyli Tobita. Opowieść o miłości rodzinnej*.
Częstochowa 2005.

2. Literatura medyczna i biomedyczna

Aleksandrowicz J. *Studia medyczne a etos zawodu lekarza*. Kraków 1987.

Barnard Ch. *Godne życie godna śmierć. Wybitny kardiolog o eutanazji i samobójstwie*. Warszawa 1996.

Bartoszek A. *Hospicjum*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*.
Red. A. Muszala. Radom 2009 s. 279-286.

Biesaga T. *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*. „Medycyna Praktyczna”
2004 nr 5 s. 20-25.

Bołoz W. *Historyczne i współczesne postawy wobec śmierci*. „Studia Ecologiae
et Bioethicae” 3:2005 s. 173-186.

Bréhant J. *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*. Warszawa 1993.

Bujałowska B. *Spontaniczny rozwój medycyny od empirii do medycyny kapłańskiej. Medycyna jako przedmiot kultu.* W: *Historia medycyny.* Red. T. Brzeziński. Warszawa 1988 s. 23-51.

Dąbska M. *Zasady deontologii w zakresie stosunku do życia ludzkiego.* W: *Refleksje nad etyką lekarską.* Red. K. Osińska. Warszawa 1992 s. 35-46.

Dobińska Ż. *Opieka pielęgniarska – wybrane zagadnienia teoretyczne.* „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 38:2014 nr 1 s. 59-63.

Fijałek J. *Spoleczne tradycje organizacyjne i naukowe w opiece zdrowotnej do końca XVIII w.* W: *Historia medycyny.* Red. T. Brzeziński. Warszawa 1995 s. 206-235.

Hibner E. *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia.* Łódź 2003.

Howell J. H., Sale W.F. *Life Choices. A Hastings Centre Introduction to Bioethics.* Waszyngton 2000.

Karbowiak A. *Ruch paliatywno-hospicyjny.* „Perspectiva” 15:2009 z. 2 s. 49-60.

Klee E. *Auschwitz. Medycyna III Rzeszy i jej ofiary.* Kraków 2005.

Konieczny J. *Studia i materiały do dziejów ratownictwa medycznego w Polsce.* Poznań-Warszawa 2008.

Kraskowiak P. *Chorować w domu: od domowej opieki hospicyjnej Hospicjum Pallottinum w Gdańsku do troski o człowieka u kresu życia i edukacji społecznej „Hospicjum to też Życie”.* „Studia Ecologiae et Bioethicae” 7:2009 z. 1 s. 299-304.

Kulińska E., Rut J. *Logistyka działań służb ratowniczych w zdarzeniach masowych.* „Logistyka” 2014 nr 4 s. 652-660.

Marcinkowski T. *Medycyna społeczna XIX-XX wieku.* W: *Historia medycyny.* Red. T. Brzeziński. Warszawa 1988 s. 466-479.

Miętkiewski E. *Dalszy rozwój anatomii i fizjologii w okresie oświecenia.* W: *Historia medycyny.* Red. T. Brzeziński. Warszawa 1988 s. 129-130.

Milewski I. *Rozwój chrześcijańskich instytucji dobroczynnych w zachodniej części Cesarstwa Rzymskiego w IV i V wieku.* „Przegląd Religioznawczy” 40:1996 z. 4 s. 3-15.

Ostrowska A. *Śmierć w doświadczeniu jednostki społeczeństwa.* Warszawa 1997.

Pala A. *Zjawisko śmierci – zmora medycyny.* „Semina Scientiarum” 13:2014 s. 115-139.

Plantz S.H., Wipfler E.J. *Medycyna ratunkowa.* Wrocław 2008.

Podgórska-Klawe Z. *Początki i rozwój szpitalnictwa.* W: *Historia medycyny.* Red. T. Brzeziński. Warszawa 1988 s. 80-94.

Roczeń R. *Historia i idee neurocentrycznych koncepcji śmierci człowieka.* „Otwarte Referarium Filozoficzne” 3:2010 s. 5-19.

Sieńkowski E. *Chirurgia – etapy rozwojowe.* W: *Historia medycyny.* Red. T. Brzeziński. Warszawa 1988 s. 185-210.

Sieńkowski E. *Chirurgia w XIX i XX wieku.* W: *Historia medycyny.* Red. T. Brzeziński. Warszawa 1988 s. 424-454.

Stokłosa J. *Rozwój ruchu hospicyjnego w Polsce.* W: *Człowiek wobec śmierci.* Red. J. Makselon. Kraków 2005 s. 301-305.

Tilney N.L. *Przeszczep. Od mitów do rzeczywistości.* Warszawa 2005.

Toynbee A. *Człowiek wobec śmierci.* Warszawa 1973.

Whytt R. *An Essay on the Vital and Other Involuntary Motions of Animals.* Londyn 1751.

Zawadzki A. *Medycyna ratunkowa i katastrof.* Warszawa 2014.

Zembala M. *Zasady pobierania i przeszczepiania narządów i tkanek do transplantacji w ujęciu Europejskiej Konwencji Bioetycznej.* „Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska” 6:2009 z. 4 s. 407-411.

Ziemiński I. *Zagadnienie śmierci w filozofii analitycznej*. Lublin 1999.

Zoll A. *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*. Warszawa 1988.

Zoll A. *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*. „Prawo i Medycyna” 2:2000 nr 5 s. 31-38.