

WOJCIECH BOŁOZ

Instytut Ekologii i Bioetyki, UKSW, Warszawa

Etyczne warunki rezygnacji z uporczywej terapii

Słowa kluczowe: wartość życia, uporczywa terapia, rezygnacja z uporczywej terapii, godna śmierć

Key words: value of life, persistent therapy, withdrawal of futile therapy, the right to die

SUMMARY

To withdraw futile treatment or to prolong life at all costs – an ethical point of view

Death is an inevitable phenomenon, but it can be experienced with dignity. For this reason, people are continually seeking decent ways to die. One of these is avoiding or moving away from so-called aggressive medical treatment if it doesn't provide the dying with any therapeutic benefit and only generates costs and prolongs suffering. Consensual, inevitable death has been practiced in medicine since the time of Hippocrates, although at the same time we can see a tendency towards the opposite, uncompromising fight to the end. This trend is sometimes justified by the exceptional value of human life, which demands both the patient's and doctor's heroism. Since the Middle Ages it has been a widely accepted practice to limit the care for human life to the use of so-called, ordinary and proportionate remedies. The acceptance of this principle also means withdrawing futile therapy.

Wstęp

Wartość życia ludzkiego doceniana jest w każdej społeczności, niezależnie od cywilizacji i epoki historycznej. Wartość ta jednak znalazła szczególnie poczesne miejsce w systemie aksjologicznym cywilizacji zachodniej, co dokonało się głównie pod wpływem inspiracji chrześcijańskiej. Ponieważ według Biblii życie pochodzi od Boga i sam Bóg jest jego gwarantem, dlatego ma ono charakter nienaruszalny i nie podporządkowany ludzkiej woli. Nienaruszalność ludzkiego życia została także zagwarantowana w systemie praw człowieka. Ten wysoki status wartości ludzkiego życia w zachodnich społeczeństwach miał zawsze niewątpliwy wpływ na refleksję związaną ze sposobem postępowania lekarskiego w chorobie o złym rokowaniu. Odpowiedź na pytanie, czy lekarz może nie podejmować lub przerwać podjętą terapię w przypadku nieuleczalnej choroby, musiał w przeszłości uwzględniać ten szczególny stosunek do ludzkiego życia. Tak jest również i dzisiaj, gdy biorąc pod uwagę możliwości współczesnej medycyny zastanawiamy się nad granicami leczenia i próbujemy określić cechy uporczywej terapii i ewentualne warunki odstąpienia od niej.

1. Krótka historia poszukiwania dobrej śmierci

Śmierć wszędzie postrzegana jest jako zjawisko konieczne, przed którym nie można uciec, ale może być ona oczekiwana lub przedwczesna. W Chinach już w VII wieku przed Chr. rozróżniano śmierć we właściwym czasie, po osiągnięciu wysokiego wieku (*shou*) oraz śmierć przychodzącą zbyt wcześnie, w młodości (*yao*) (Bauer 2000: 309). Umieranie może też być mniej lub bardziej trudne, związane z cierpieniem, samotnością i opuszczeniem lub łagodne. Dlatego już w V. wieku przed Chrystusem grecki poeta Kratinos stosuje przymiotnik „*euthanatos*” na określenie człowieka zmarłego śmiercią, która nastąpiła szybko i w miarę bezbolesnie. Odtąd dobra, bezbolesna i łagodna śmierć (eutanazja) była pożądana w świecie antycznym (Benzehöfer 1999: 17).

W średniowiecznej chrześcijańskiej Europie tęsknota za dobrą śmiercią przyjęła postać *Ars moriendi* (sztuki umierania), której znanym dziełem w literaturze polskiej jest pochodzący z XV wieku *Dialog Mistrza Polikarpa ze Śmiercią*. Literatura nurtu *ars moriendi* pełniła funkcję, którą dzisiaj nazwalibyśmy pedagogiką tanatologiczną. Oswajała ona z tematem śmierci i przygotowywała na jej przyjęcie. Miała charakter głównie religijny i duchowy, dlatego podkreślała, że najlepszym przygotowaniem do dobrej śmierci jest moralne życie, ponieważ stanowi ono zapowiedź religijnego zbawienia (Kassel 1989: 15-44).

Francis Bacon w dziele *De dignitate et augmentis scientiarum* (O godności i wzroście nauki, 1605 r.) wprowadził określenie „eutanasia exteriore”, przez co rozumiał medycznie wspomagane, łagodne i przyjemne rozstanie się z życiem w przypadkach choroby nie rokującej nadziei na wyzdrowienie (Benzehöfer 1999: 66). Ten rodzaj eutanazji, jego zdaniem, przekracza zasadę towarzyszenia umierającemu, jawi się jako zadanie dla lekarzy, które ma obligującą moc. Przeciwnieństwem do „eutanasji zewnętrznej” jest według niego inny rodzaj eutanazji polegający na duchowym przygotowaniu się do śmierci.

Problematykę ściśle eutanatyczną zaczęto podejmować w literaturze po opublikowaniu przez K. Darwina dzieła *O pochodzeniu gatunków* (1859), którego konsekwencją było uznanie człowieka za jeden z elementów strumienia życia i włączenie go w naturalną ewolucję wszelkich form życia. O ile jednak Darwin wprowadził i propagował pojęcie „naturalnej selekcji” w odniesieniu do innych gatunków, to w stosunku do człowieka dopuszczał także, za E. Häcklem (1834-1920), „selekcję sztuczną”, której rzekomo domaga się cywilizacja. Według Darwina bowiem, słaby i chorowity człowiek był wśród dzikich ludzi szybko eliminowany, natomiast „my wznosimy przytułki dla idiotów, kalek i chorych. Ustanawiamy prawa chroniące biednych, a nasi lekarze oferują swoje umiejętności, aby podtrzymywać życie chorych tak długo, jak to jest możliwe” (Benzehöfer 1999: 79).

W latach trzydziestych XX wieku zostały powołane do istnienia pierwsze organizacje proeutanatyczne. W roku 1935 powstało w Wiel-

kiej Brytanii stowarzyszenie *Voluntary Euthanasia Legalization Society*, a w roku 1938 wzorem angielskim *Euthansia Society of America*. Realizacji praktycznej selekcja sztuczna doczekała się dopiero w latach 1939-1945 w Trzeciej Rzeszy, gdzie przymusowej eutanazji około 5000-8000 dzieci i przynajmniej 90 000 dorosłych, głównie psychicznie chorych i niepełnosprawnych.

Proces Norymberski potępił niehumanitarną działalność niemieckich lekarzy w III Rzeszy, a przez to wstrzymał także refleksję nad poszukiwaniem „dobrej śmierci” rozumianej jako eutanazja. *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka* (1948) uwypukliła bowiem nienaruszalne prawo każdego człowieka do życia, którego nie można się samemu zrzec ani pozbawić go kogokolwiek przez osoby trzecie. Wyłomu w tej interpretacji praw człowieka dokonała amerykańska *Society for the Right to Die*, która głosiła, że człowiek posiada także prawo do decydowania o swojej śmierci, co miało być zgodne z trzema elementami amerykańskiego prawodawstwa: prawa do kontrolowania własnego ciała, prawa do prywatności i obowiązku działania na rzecz wolności (Blocher 1999: 92). Tendencja ta posiada filozoficzne afiliacje z ideami Th. Hobbes’a, który był pierwszym nauczycielem teorii prawa do śmierci. Twierdził on mianowicie, że człowiek ma prawo do nieograniczonej wolności, która pozwala mu nawet na odebranie sobie życia i nikt nie może mu w tym przeszkodzić (Kass 2002: 204).

We współczesnej praktyce medycznej i prawie medycznym zaakceptowana została zasada autonomii pacjenta rozumiana bardziej lub mniej restrykcyjnie, co znalazło swój wyraz w powszechnie akceptowanej zasadzie *informed consent*. Obecnie trwa dyskusja, czy zasada autonomii pacjenta powinna dotyczyć tylko terapeutycznych procedur medycznych, czy też może zostać rozciągnięta na decyzje określające czas i sposób umierania, co oznacza prawo do eutanazji. Ten radykalny sposób poszukiwania dobrej śmierci jest ryzykowny, ponieważ przekreśla on nienaruszalne prawo człowieka do życia, które należy do aksjologicznego kanonu cywilizacji zachodniej. Dlatego też wielką uwagą cieszą takie poszukiwania godnej śmierci, które ograniczają zaciekleść

lecniczą i dopuszczają niepodejmowanie lub rezygnację z uporczywej terapii. Poszukiwania te bowiem są bardziej zgodne z zachodnią cywilizacją i tradycją medyczną respektującą prawo do życia.

2. Szczególna wartość ludzkiego życia

W przeciwieństwie do współczesnych egalitarystów chcących zrównać wszystkie gatunki organizmów pod względem ich wartości, zdecydowana większość myślicieli świata zachodniego dostrzega prymat ludzkiego życia, ponieważ tylko człowiek wybiera cel swego życia i dąży do niego dobierając odpowiednie środki (Arystoteles 384-322 przed Chr.); nie jest zdeterminowany w wyborach, sam określa swoje życie i ponosi za nie odpowiedzialność (G. Pico d. Mirandola 1463-1494); może sięgać po wszystko, co najwyższe i najniższe i tym różni się od zwierząt (Gianozzo Manetti 1396-1459). Z tych powodów życie ludzkie postrzegane jest jako wyjątkowe, którego należy bronić, za wszelką cenę.

Ponieważ życie jest tak cennym dobrem dla człowieka, dlatego istnieje ścisły obowiązek etyczny, aby je chronić i promować. Obowiązek ten dotyczy każdego człowieka i obejmuje swoim zakresem życie i zdrowie własne oraz innych ludzi, proporcjonalnie do spoczywającej na nim odpowiedzialności za to życie oraz posiadanych możliwości jego ochrony. Wynika z tego, że odpowiedzialność za własne życie i zdrowie oraz powierzonych nam bliskich jest większa niż za życie osób trzecich. Większa też jest odpowiedzialność osób profesjonalnie zajmujących się ochroną zdrowia za powierzonych im pacjentów.

3. Dystanazja – bezwarunkowa obrona ludzkiego życia

Dystanazja jest postawą akcentującą wartość życia ludzkiego, którego należy bronić za wszelką cenę. Zwolennicy tej opcji uważają, że „pacjent winien poddać się terapii bez względu na to, jak trudne do zniesienia będą środki zastosowane podczas leczenia, szczególnie wtedy, gdy medycyna może pomóc choremu” (Aszyk 2006: 126). Postawy nakazujące leczenie bez granic znane były średniowieczu, przy czym

sposoby ich uzasadniania były zróżnicowane. Posługując się dzisiejszym językiem można powiedzieć, że zdecydowanym zwolennikiem uporczywości terapeutycznej był Antonin z Florencji (1389-1459). Według tego autora obowiązek leczenia aż do śmierci pacjenta spoczywa na lekarzu i wynika on z natury zawodu lekarskiego. Ponieważ każdy lekarz jest przyjacielem natury, powinien zatem podtrzymywać jej szczytowy przejaw w życiu ludzkim i dlatego nie ma prawa rezygnować z leczenia pacjenta aż do jego śmierci, bez oglądania się na skuteczność stosowanych terapii. Czasem bowiem zdarza się, że wbrew oczekiwaniom udaje się wyleczyć zagrożonego śmiercią chorego.

Obowiązek leczenia pacjenta do końca, nawet bez jego zgody, najczęściej jednak miał swoje źródło w obawie przed możliwością przyspieszenia jego zgonu. Nie podejmowanie leczenia lub przerywanie na życzenie pacjenta rozpoczętej terapii wiązało się z niebezpieczeństwem spowodowania jego śmierci, co oznaczałoby zabójstwo lub samobójstwo chorego. To zaś było postrzegane jako naruszenie piątego przykazania Dekalogu, które przypisywało prawo do decydowania o życiu samemu Bogu. Samobójstwo zatem i zabójstwo dla uniknięcia bólu w tym życiu uważano za większe zło, ponieważ wystawiało zainteresowanych na cierpienie po śmierci.

Przytaczając średniowieczne postawy bezwarunkowej obrony życia należy zauważyć, że nie były one powszechne, a nawet nie dotyczyły głównego nurtu myśli chrześcijańskiej. Największe autorytety umysłowe chrześcijańskiego świata, Augustyn z Hippony i Tomasz z Akwinu, uważali, że można przerwać leczenie, jeżeli nie wyleczy ono pacjenta. W sytuacji, gdy interwencja lekarska nie tylko nie chroni pacjenta przed śmiercią, ale ją przyspiesza, należy powstrzymać się od leczenia.

4. Leczenie do granic możliwości terapeutycznych

Medycyna w każdym okresie jej rozwoju dysponowała zróżnicowanymi możliwościami leczenia. Terapie te pochłaniały ogromne środki

finansowe, często były związane z uciążliwymi zabiegami i nie przynosiły pacjentowi spodziewanej poprawy zdrowia.

Dostrzegał ten problem już Hipokrates, który w traktacie *O sztuce (lekarskiej)* postawił przed medycyną następujące zadania: „Najpierw określe, co uważam za leczenie. 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 leczenie nie jest w stanie podołać” (Hipokrates 2008: 106). Hipokrates bronił lekarzy potępianych za nie podejmowanie leczenia osób *pokonanych przez choroby* uważając, że postępują oni słusznie (Hipokrates 2008: 110).

Problem szczegółowych obowiązków dotyczących ratowania zdrowia i życia spoczywających tak ma chorym jak też jego rodzinie oraz ograniczonych możliwości sztuki leczenia powracał regularnie w historii. Ponieważ leczenie zawsze było kosztowne i mogło zrujnować ekonomicznie chorego i rodzinę, dlatego stawiano praktyczne pytanie, jak długo chory i jego rodzina mają obowiązek podejmowania takich terapii, aby chronić życie i zdrowie. Aby ułatwić zainteresowanym podejmowanie decyzji w obliczu choroby, wypracowane zostało pojęcie medycznych środków zwyczajnych i nadzwyczajnych, które powinny lub tylko mogą być zastosowane celem przywrócenia zdrowia i uratowania życia.

Po raz pierwszy rozróżnienie leczniczych *środków zwyczajnych i nadzwyczajnych* wprowadził hiszpański moralista Domingo Banez (1528-1604). Komentując wypowiedzi Tomasza z Akwinu na temat obowiązku troski o życie i zdrowie stwierdził on: „Chociaż człowiek winien zachować swe własne życie, 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 w stosunku do swojego statusu społecznego” (Aszyk 2006: 46). Wprowadzone przez Baneza rozróżnienie nie straciło swojej aktualności do

dzisiaj, z tym jednak zastrzeżeniem, że samo pojęcie *środków zwyczajnych i nadzwyczajnych* zmienia się wraz z rozwojem cywilizacyjnym i postępowaniem w dziedzinie medycyny. Niektóre środki medyczne, które dawniej uchodziły za nadzwyczajne, dziś są już zwyczajnymi, ponieważ są ogólnie dostępne lub rozwój technik medycznych pozbawił związane z nimi ból i ryzyko. Pojęcie to może zmieniać się także w zależności od warunków miejscowych, od zamożności i poziomu rozwoju danego kraju.

Istnieją jednak obiektywne kryteria pozwalające zaliczyć dany środek do odpowiedniej klasy. I tak za środek zwyczajny uważa się taki sposób leczenia, który jest: 1) dostępny finansowo większości ludzi danego kraju; 2) nie powoduje nadmiernych zbyt długich cierpień chorej osoby; 3) daje prawdopodobieństwo wyleczenia.

Drugi element – zbyt wielkie i długie cierpienie – jest dziś w znacznej mierze nieaktualny, ze względu na rozwiniętą anestezjologię, która umożliwia opanowanie bólu przy pomocy środków znieczulających. Jednak i dzisiaj pacjent bywa poddawany uciążliwym zabiegom, które w konsekwencji przynoszą mu wiele cierpienia. Ze względu na wartość zdrowia i życia, każdy człowiek zobowiązany jest do stosowania zwyczajnych środków umożliwiających mu powrót do zdrowia i do zachowania życia. Kto by świadomie odrzucał te środki, działałby w sposób nieodpowiedzialny w tak ważnej dziedzinie jaką są wartości witalne.

Za nadzwyczajny natomiast uważa się taki środek leczniczy, który: 1) jest bardzo drogi, tj. przerasta możliwości finansowe chorego, rodziny oraz zwykłe usługi świadczone przez społeczną służbę zdrowia; 2) może pozostawić poważne i niekorzystne skutki organiczne lub psychiczne (np. operacja mózgu może wywoływać stałe zaburzenia czynności psychicznych); 3) daje małą szansę wyleczenia. Korzystanie z takich nadzwyczajnych środków leczniczych jest prawem chorego, ale nie obowiązkiem. Nikt jednak nie jest moralnie zobowiązany do ratowania swojego zdrowia i życia przy ich zastosowaniu (Visser 1956: 525-529).

Zmodyfikowane rozróżnienie na lecznicze środki zwyczajne i nadzwyczajne stosowane jest aktualnie w obszarze katolickiej myśli

etycznej, a nawet w oficjalnych dokumentach Kościoła katolickiego. Obecnie zwraca się uwagę na obiektywne i subiektywne kryteria oceny. „Do kryteriów obiektywnych należy zaliczyć: naturę środków, ich koszty oraz konsekwencje wynikające z zasady sprawiedliwości. Kryteria subiektywne: konieczność unikania niepokoju i trwogi, przykrości i niewygody, oraz szoku psychologicznego związanego ze stosowaniem tych środków. Kryterium podstawowym tego rozróżnienia jest proporcja pomiędzy środkami i celem, który przy ich pomocy chce się osiągnąć” (C: art. 2.4.2.).

Spółeczna służba zdrowia ma obowiązek zapewnić każdemu zwyczajne środki lecznicze. Byłoby rzeczą niegodziwą, gdyby dla nielicznych stosowano środki nadzwyczajne, skutkiem czego brakowałoby środków zwyczajnych dla większości obywateli. Wydaje się jednak, że w niektórych przypadkach byłoby uzasadnione wziąć pod uwagę osobę chorą i zastosować względem niej środki nadzwyczajne na koszt społecznej służby zdrowia. Użycie takich środków byłoby uzasadnione np. w przypadku chorej matki małych dzieci. Należy jednak przyjąć ogólną zasadę, że nie ma podziału na życie ludzkie bardziej i mniej godne istnienia. Niestety, z racji ograniczoności dostępnych środków w społecznej służbie zdrowia, lekarze muszą dokonywać dramatycznych wyborów, komu przydzielić taki lub inny aparat, który może choremu uratować zdrowie a nawet życie.

5. Ortotanazja – synteza etyczna szacunku dla ludzkiego życia i prawa do godnej śmierci

Termin „ortotanazja” został użyty po raz pierwszy w roku 1950 przez doktora Boskana di Liegi. Oznacza on nową kulturę umierania umożliwiającą godne przeżywanie śmierci. Profesor Kick, wykładowca w Harvardzie, proponował, aby rzeczywistość tę określać mianem „benemortasia” (Vidal 1995: 170). Sformułowanie to jednak jest dosłownym łacińskim odpowiednikiem „eutanzji” i mogłoby stać się przyczyną nieporozumień, więc zostało odrzucone. O ortotanazji można mówić dopiero wtedy, gdy są spełnione następujące warunki:

- 1) Umierający otoczony jest opieką medyczną, aby mu ulżyć w cierpieniu i przedłużyć jego życie;
- 2) Śmierć człowieka postrzegana jest jako wydarzenie osobowe;
- 3) Umierającemu umożliwia się przeżycie śmierci w sposób świadomy i godny;
- 4) Umierający ma zapewnioną opiekę religijną;
- 5) Umierający ma zapewnioną terapię przeciwbólową (Vidal 1995: 172).

W tak rozumianej ortotanazji zawarta jest synteza etyczna szacunku dla ludzkiego życia i prawa do godnej śmierci człowieka, ponieważ godność człowieka domaga się również, „by mógł on zakończyć swoje życie, na ile to możliwe, zachowując integralność swojej osobowości i integralność związków, które łączą go z otoczeniem, a przede wszystkim z rodziną” (C: nr 2.2.2.).

Warunkiem „godnej śmierci” jest także rezygnacja z tzw. „uporczywej terapii”, czyli stosowania uciążliwych i kosztownych zabiegów medycznych, które nie rokują właściwych skutków. Jest to sprzeczne z godnością umierającego i zadaniem moralnym przyjęcia śmierci oraz pozwoleniem na jej naturalny przebieg. Śmierć jest nieuniknionym faktem życia ludzkiego; nie można opóźniać jej bezużytecznie, chroniąc się przed nią za wszelką cenę” (B: nr 119). Rezygnacja z nadzwyczajnych i nieproporcjonalnych środków medycznych nie może być uważana za samobójstwo, ale za przyjęcie naturalnej śmierci (B: nr 65). Decyzję o rezygnacji z uporczywej terapii powinien podjąć chory. W przypadku zaś jego niezdolności do odpowiedzialnego działania, decyzja ta leży w kompetencji osób działających dla dobra pacjenta B: nr 2278).

W sytuacji zatem, „gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwałe i bolesne przedłużenie życia, nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach” (A: nr 65). Bowiernie pokarm i napój, podawane także sztucznie, należą do normalnych zabiegów zawsze należnych choremu, jeśli nie

są ciężarem dla chorego; ich odmówienie może oznaczać prawdziwą i właściwą eutanazję (D: nr 120).

Rezygnacja z uporczywej terapii¹ wymaga respektowania jednak określonych zasad:

1. Rezygnacja z uporczywej terapii może polegać na odmowie jej włączenia lub zaprzestania podjętych procedur.
2. Uzasadnieniem rezygnacji z uporczywej terapii jest zapewnienie naturalnej i godnej śmierci umierającemu.
3. Celem rezygnacji z uporczywej terapii nie jest skrócenie życia chorego, ale nie przedłużanie umierania i opóźnianie nieuchronnej śmierci.
4. Nadzwyczajny i nieefektywny charakter środków medycznych ma charakter obiektywny, uwarunkowany jest aktualnym stanem rozwoju medycyny i poziomem ekonomicznego kraju.
5. Nieproporcjonalne koszty osobowe uporczywej terapii uwarunkowane są osobowością chorego, jego wrażliwością i odpornością na ból i cierpienie.
6. Rezygnacja z uporczywej terapii jest autonomiczną decyzją chorego, który został dobrze poinformowany o stanie swojego zdrowia i zbliżającej się śmierci.
7. Gdy chory nie może osobiście wyrazić swej woli, pełnomocnik chorego przekazuje lekarzowi opinię o uporczywej terapii, zgodnie z wyrażoną wcześniej postawą chorego.
8. Decyzja lekarza o rezygnacji z włączenia lub o zaprzestaniu uporczywej terapii może być podjęta po osiągnięciu przez chorego stanu krytycznego, przewidzianego przez scenariusz umierania w danej chorobie.

¹ Definicja uporczywej terapii wypracowana przez uczestników II Seminarium Ekspertów w ramach projektu Granice terapii medycznych, dnia 29.06.2008 r: Uporczywa terapia jest to 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 pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta.

9. Nawadnianie i odżywianie traktowane jest jako podstawowe działania pielęgnacyjne. Ich zaprzestanie może być spowodowane wyłącznie obiektywnym dobrem chorego, wtedy, gdy ich stosowanie ma znamiona uporczywości terapeutycznej (Bołoz 2008: 84).

Kończąc te rozważania nad granicami leczenia warto odwołać się do przemyśleń niedawno zmarłego wybitnego polskiego lekarza, prof. Andrzeja Szczeklika. Uważał on, że nic nie buduje lepiej zaufania i bezpieczeństwa między lekarzem i pacjentem jak głębokie przekonanie społeczne, że lekarz do końca będzie bronił dobra pacjenta, jego zdrowia i życia, jego godności. Dlatego Profesor odwołuje się do przekonania, że lekarz jest depozytariuszem, ostatnim depozytariuszem ludzkiej godności, któremu pacjent zawiera swoje zdrowie, życie, swoje człowieczeństwo. I to jest powód, dla którego Profesor uważa, że lekarz nie może być opłaconym pomocnikiem w zadawaniu śmierci, nie może dokonywać eutanazji czy wspierać samobójstwa. „Zwolennik eutanazji i wspieranego samobójstwa opiera swój pogląd na przekonaniu o niepodważalności rozpoznania postawionego przez lekarza. Gdybyś ty wiedział, miły Czytelniku, ile razy ja się w swoim wyrokowaniu lekarskim myliłem! Ile razy – bywało w ciągu roku! Gdyby śmierć miała zależeć od mojego osądu lekarskiego (wspartego – zapewne zgodnie – przez grupę pokrewnych specjalistów) ileż mniej ludzi chodziłoby dziś po ziemi!” (Szczeklik 2003: 100).

Bibliografia

Literatura

- Aszyk P., 2006, *Granice leczenia. Etyczny problem odstąpienia od interwencji etycznych*, Wyd. Rhetos, Warszawa.
- Bauer W., 2000, *Das Stirnrunzeln des Totenkopfes. Über die Paradoxie des Todes in der frühen chinesischen Philosophie*, w: C. Von Barlowen C., (eds) , „Der Tod in den Weltkulturen und Weltreligionen“, Insel Verlag, Frankfurt am Main, s. 30-339.

- Benzehöfer U., 1999, *Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart*, Verlag C. H. Beck, München.
- Blocher M., 1999, *The Right to Die?, Caring Alternatives to Euthanasia*, Moody Press, Chicago.
- Bołoz W., 2008, *Rezygnacja z uporczywej terapii jako realizacja prawa człowieka umierającego*, *Medycyna paliatywna w praktyce*, 2008, t. 2, nr 3.
- Hipokrates, 2008, *O sztuce (lekarskiej)*, w: Wesoły M. (eds), „Wybór pism”, t. 1. Prószyński i Ska, Warszawa, s. 104-116.
- Kass L. R., 2002, *Life, Liberty and the Defense of Dignity. The Challenge for Bioethics*, Encounter Books, San Francisco.
- Kassel H. R., 1989, *Ars Moriendi. Eine Sterbekunst aus der Sorge um das ewige Heil*, w: Wagner H. (eds), „Ars Moriendi. Erwägungen zur Kunst des Sterbens“, Herder, 15-44.
- Szczeklik A., 2003, *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, ZNAK, Kraków.
- Vidal M., 1995, *Eutanazja wyzwaniem dla sumienia*, w: Kawecki W., „Nadzieje i zagrożenia współczesnej rodziny”, Wyd. Homo Dei, Kraków, 155-178.
- Visser J., 1956, *Theologia moralis secundum doctrinam S. Alfonsi de Liguorio*, T. I, Marietti.

Dokumenty:

- (A) Jan Paweł II, 1995, Encyklika *Evangelium vitae*, Libreria Editrice Vaticana, Watykan.
- (B) Katechizm Kościoła katolickiego, 1998, Pallottinum, Poznań.
- (C) Papieska Rada Cor Unum, Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających (27.07.1981), 1998, w: Szczygieł K. (eds), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Wydawnictwo Biblos, Tarnów.
- (D) Papieska Rada ds. Służby Zdrowia, 1995, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan.