

Józef Wróbel

Filozoficzno-teologiczny i eklezjalny kontekst poszukiwań bioetyków katolickich

Symposium 21/1(32), 107-140

2017

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

bp Józef Wróbel SCJ

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II w Lublinie

FILOZOFICZNO-TEOLOGICZNY I EKLEZJALNY KONTEKST POSZUKIWAŃ BIOETYKÓW KATOLICKICH

PHILOSOPHICAL-THEOLOGICAL AND ECCLESIASTICAL CONTEXT OF EXPLORATIONS OF CATHOLIC BIOETHICISTS

Abstrakt

Refleksja bioetyczna stara się zrozumieć naturę biomedycznych praktyk oraz dokonać ich oceny etycznej. Ostatecznym celem tej refleksji jest dobro człowieka i społeczności ludzkiej. W analizach aksjologicznych można się spotkać z różnymi założeniami filozoficznymi i modelami ocen bioetycznych. W bioetyce dążącej do uwolnienia się od niezmiennych zasad najczęściej można się spotkać z pragmatyczno-utyliarystyczną kazuistyką lub z modelem kontraktualistycznym, a w kręgu znaczonego wpływami T. L. Beauchampa i J. F. Childressa z bioetyką czterech zasad (autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i sprawiedliwości). Bioetyka inspiracji katolickiej odwołuje się do historycznie zweryfikowanych wartości uniwersalnych, dla którym filarem jest świętość życia ludzkiego i godność osobowa każdego człowieka. Konsekwentnie niniejsze opracowanie omawia

mądrościowe inspiracje refleksji nad praktykami medycznymi oraz kontekst filozoficzny, etyczny i teologiczny refleksji bioetycznej eklezjalnej.

Słowa kluczowe: bioetyka, modele bioetyczne, bioetyka katolicka

Abstract

The bioethical reflection is an attempt to understand the very nature of biomedical practice in order to achieve the fair ethical judgement. The ultimate aim of that reflection is the goodness of a person and the human society. In the axiological analyses one can come across various philosophical assumptions and bioethical models. In bioethics thriving towards releasing itself from invariable principles often we could see the pragmatic, utilitarian, casuistic approach while with the contractualistic model and among the circle of influence of T. L. Beauchamp and J. F. Childress we see the bioethics of four principles: autonomy, non-maleficence, beneficence, and justice.

The bioethics of the Catholic inspiration appeal to the historically verified universal values for which basis and pillars are the sanctity of human life and the dignity of human person. Consequently the below elaboration discusses the several inspirational reflections of the medical practices as well as their philosophical context, moreover it touches the ethical and theological reflections rooted in ecclesiastical bioethics.

Keywords: bioethics, bioethical models, Catholic bioethics

Refleksja bioetyczna w punkcie wyjścia stara się zrozumieć naturę i moralną wartość projektów biomedycznych, mając na uwadze dobro tak konkretnego człowieka, jak i społeczności ludzkiej. Publikacje z zakresu tej tematyki proponują różne założenia aksjologiczne i modele ocen etycznych. Mogą one przyjąć formę pragmatyczno-utylitarną kazuistyki, która zadowala się kalkulacją możliwych do osiągnięcia dóbr metaetycznych lub też ogranicza się do zwyczajnego porównania pozytywnych i negatywnych skutków biomedycznej ingerencji w biologiczną i psychiczną strukturę człowieka. Kiedy indziej ogranicza się ona

do oceny postępowania lekarskiego w świetle aktualnych osiągnięć nauk medycznych. Innymi słowy, podstawę oceny etycznej stanowi zgodność procedury z wypracowanymi dla danego przypadku zasadami postępowania medycznego. W przypadku praktykowanego dziś w krajach anglosaskich kontraktualizmu ocena ta bierze pod uwagę społeczną akceptację sposobów rozwiązywania standardowych problemów bez głębszego odniesienia do uogólnionego systemu wartości. Model ten wychodzi bowiem z założenia, że jest rzeczą niemożliwą wypracowanie w społeczeństwie pluralistycznym uniwersalnego systemu etycznego oraz określenie wspólnych dla wszystkich zasad dobra. Z kolei często przytaczani T. L. Beauchamp i J. F. Childress¹, a rzadziej R. Gillon², proponują analizę dylematów etycznych z perspektywy czterech zasad normalizujących postawy służby zdrowia wobec pacjenta: autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i sprawiedliwości. Zgodnie z przekonaniem tych autorów zasady te winny stanowić podstawę wszystkich innych modeli. Chociaż brzmienie przytoczonych zasad wydaje się bliskie etyce katolickiej, to jednak ich praktyczna aplikacja w pewnym zakresie jest jej obca, a miejscami budzi ona wprost dyskwalifikujące je zastrzeżenia.

Bioetyka inspiracji katolickiej, mimo że często krytykowana i odrzućana (bardziej w wyniku braku jej dogłębnego poznania i afektywnego uprzedzenia do Kościoła katolickiego niż z powodu jej merytorycznych braków), to jednak niezniechęcona szuka aksjologicznego fundamentu, sięgając do klasycznych źródeł refleksji etycznej i teologicznomoralnej, a także do historycznie zweryfikowanych wartości uniwersalnych. Stąd stara się spojrzeć na konkretną ingerencję czy projekt biomedyczny nie tylko z perspektywy teologicznej, ale również filozoficznej i mądrościowej.

Z punktu widzenia teologicznego odwołuje się ona do przesłania biblijnego i zbudowanej na nim refleksji rozumowej, gdyż jest przekonana, że rozum i wiara nie wykluczają się, ale wzajemnie zakładają i ubogacają. Na tę zależność zwraca uwagę encyklika *Fides et ratio*, w której Jan Paweł II pisze: „Skoro zarówno światło wiary, jak i światło rozumu pochodzą od Boga (...), to nie mogą sobie wzajemnie zaprzeczać. (...)

¹ Por. T. L. BEAUCHAMP, J. F. CHILDRESS, *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996.

² Por. R. GILLON, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, Warszawa 1997.

Wiara zatem nie lęka się rozumu, ale szuka jego pomocy i pokłada w nim ufność. Jak łaska opiera się na naturze i pozwala jej osiągnąć pełnię, tak wiara opiera się na rozumie i go doskonali. Rozum oświecony przez wiarę zostaje uwolniony od ułomności i ograniczeń, których źródłem jest nieposłuszeństwo grzechu³. Nieco dalej dodaje: „Złudne jest mniemanie, że wiara może silniej oddziaływać na słaby rozum; przeciwnie, jest wówczas narażona na poważne niebezpieczeństwo, może bowiem zostać sprowadzona do poziomu mitu lub przesądu. Analogicznie, gdy rozum nie ma do czynienia z dojrzałą wiarą, brakuje mu bodźca, który kazałby skupić uwagę na specyfice i głębi bytu”⁴. Innymi słowy, to wiara zachęca człowieka do poznania ludzkiej istoty w całej głębi jej natury, jako nieodzownego podstawowego punktu odniesienia w pytaniach o jej dobro. Mając na uwadze przywołane inspiracje, bioetyka inspiracji katolickiej sięga też do nauczania Magisterium Kościoła, które w uroczystych oświadczeniach i niezmiennie głoszonych formułach jest obdarowane charyzmatem nieomyślności⁵. W ramach perspektywy filozoficznej sięga do prawa naturalnego, szukając w nim podstaw afirmacji godności osobowej człowieka w przedziale właściwym dla praktyki medycznej.

³ JAN PAWEŁ II, Encyklika *Fides et ratio*, Rzym 1998 (dalej: FR), 43.

⁴ FR 48.

⁵ Por. KONGREGACJA NAUKI WIARY, *Instrukcja o powołaniu teologa w Kościele «Donum veritatis»*, Rzym 1990, 15: „Jezus Chrystus obiecał Pasterzom Kościoła, że będzie im towarzyszył Duch Święty, aby mogli w pełni wykonać powierzone im zadania nauczania Ewangelii i autentycznej interpretacji Objawienia. W szczególności wyposażył ich w charyzmat nieomyślności w tym, co dotyczy wiary i obyczajów. Wykonywanie tego charyzmatu może przybierać różne formy. Działa on zwłaszcza wtedy, gdy biskupi w łączności z ich widzialną głową, przez akt kolegialny, jak w przypadku soboru ekumenicznego, głoszą jakąś naukę lub kiedy papież, spełniając swoją misję Najwyższego Pasterza i Nauczyciela wszystkich chrześcijan, ogłasza jakąś prawdę «ex cathedra»”. „(...) To, co odnosi się do moralności, może być przedmiotem autentycznego Magisterium, ponieważ Ewangelia jako słowo życia inspiruje i kieruje całą sferą ludzkiego działania. Zadaniem więc Urzędu Nauczycielskiego jest rozstrzygnięcie, poprzez wiążące sumienia wiernych sądy normatywne, które działania ze swej natury są zgodne z wymogami wiary i przyczyniają się do jej ukazania w życiu, które zaś są z nimi sprzeczne z powodu ich wewnętrznej zła. (...) Z drugiej strony, Objawienie zawiera pouczenia moralne, które same w sobie mogłyby być poznane przez naturalny rozum ludzki, lecz dostęp do nich utrudnia człowiekowi jego grzeszność. Jest prawdą wiary, że te zasady moralne mogą być nauczane nieomyślnie przez Urząd Nauczycielski”.

W ramach ostatniej perspektywy – mądrościowej – sięga do „głosu” sumienia orientującego od najdawniejszych czasów ludzkie postępowanie na drogę prawdy i dobra, a także do tradycji aksjologicznej przybierającej konkretny kształt w przysięgach i kodeksach etyki lekarskiej.

1. Mądrościowe inspiracje refleksji eklezjalnej nad praktykami medycznymi

Liczącą się rolę w rozwoju katolickiej myśli bioetycznej odegrała tradycja mądrościowa przyjmująca postać zobowiązań składanych przez członków korporacji lekarskich. Wiele z propozycji zawartych w tych dokumentach znalazło uznanie w nauczaniu Kościoła w imię zasady, że prawdziwe dobro jedno ma imię, niezależnie do tego, kto wyznacza jego zasady i przez kogo jest ono czynione. Czerpanie z tych źródeł ludzkiego doświadczenia moralnego zaznacza się zwłaszcza tam i wtedy, kiedy proponowane w imię tego dobra rozwiązania pozostają w zgodzie z godnością człowieka i z jego fundamentalnym prawem do życia.

Najstarsze normy kształtujące etykę lekarską nawiązują do hinduskiej refleksji moralnej znajdującej swój wyraz w fundamentalnych doktrynach moralnego prawa kształtującego międzyosobowe relacje. Wyraża się ono w życzliwości, tolerancji, bezinteresowności, wyrzeczeniu się przemocy, a także w „prastarym zwyczaju” będącym odpowiednikiem „złotej zasady”: „Człowiek, który odnosi się do wszystkich stworzeń, jak do siebie samego i traktuje je jak własne «ja» (...) zapewni sobie osiągnięcie szczęścia. (...) Nie będzie czynił innym, co uważa za szkodliwe dla siebie”⁶.

W tym duchu jest sformułowany manuskrypt etyki lekarskiej Charaka Samhity, który miał żyć między IV a II wiekiem przed Chrystusem. Jest on uważany za najstarszego i najważniejszego autora tradycyjnej medycyny hinduskiej zwracającej uwagę na zdrowie fizyczne, psychiczne i duchowe oraz służące mu specyficzne praktyki. Nowsza redakcja tego

⁶ MIĘDZYNARODOWA KOMISJA TEOLOGICZNA, *W poszukiwaniu etyki uniwersalnej: nowe spojrzenie na prawo naturalne*, Kraków 2010, 13.

dokumentu napisanego w stylu poetyckim pochodzi z I wieku po Chrystusie. Nie brak autorów wyrażających przypuszczenie, że jest to kompilacja formuł staroindyjskich będących w użyciu przez lekarzy na wiele wieków przed Chrystusem (możliwe, że nawet już w IX wieku p.n.e.). Obok dosyć szczegółowego zbioru zasad uprawiania sztuki lekarskiej pojawia się też *Przysięga* składana przez lekarza. Ma ona na celu budowanie relacji zaufania między uczniem i mistrzem, a także formułuje zasady postępowania wobec osób chorych. Kandydat przygotowujący się do pełnienia tej funkcji musi mieć odpowiednie walory fizyczne, kulturalne i moralne: „winien on żyć wstrzemięźliwie, mówić prawdę, mistrzów słuchać, zaś nauczycieli, biednych, przyjaciół, sąsiadów, pobożnych i mędrców za darmo leczyć”. Lekarzowi zaś są udzielane rady: „Włosy i paznokcie obcinaj krótko, ciało utrzymuj czysto, noś białą odzież, na nogach obuwie i w ręce laskę lub parasol. Wygląd twój zewnętrzny powinien być skromny, a usposobienie czyste i bez złości. Bądź grzeczny w mowie i przyjaźnie usposobiony dla wszelkich jestestw żyjących oraz bacz na to, aby służący twój miał charakter dobry”⁷. W efekcie w społeczeństwie hinduskim lekarze cieszyli się wielkim szacunkiem, byli postrzegani na wzór dobrego ojca, przyjaciela, stróża zdrowia. Jednocześnie prawo przewidywało kary za błędy w sztuce lub nieudolność, a ich wielkość była uzależniona od kasty, do której pacjent przynależał. W przypadku przedstawiciela najwyższej kasty lekarzowi groziła nawet kara śmierci⁸.

Powszechnie znany i bliski kulturze zachodniej jest *Corpus Hippocraticum* datowany na lata 440-350 przed Chrystusem. Poszczególne traktaty omawiają zasady postępowania lekarza oraz właściwe mu cnoty. Centralny element tego zbioru stanowi kodeks etyki lekarskiej znany jako *Przysięga Hipokratesa*⁹, którą winni byli składać adepci sztuki lekarskiej. *Przysięga* kładzie nacisk nie tylko na postawę filantropijną lekarza, ale także

⁷ Cyt. za: W. SZUMOWSKI, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Warszawa 1994, s. 41.

⁸ Por. tamże, s. 34-44; B. SEYDA, *Dzieje medycyny w zarysie*, Warszawa 1977³, s. 32-34; B. BUJAŁOWSKA, *Medycyna ludów pierwotnych*, w: T. Brzeziński (red.), *Historia medycyny*, Warszawa 1988, s. 35-36.

⁹ Niektórzy badacze uważają, że zbiór ten jest oparty na przyrzeczeniach sformułowanych przez Imhotepa (Egipt, XXVII-XXVI, a może nawet XXX wiek przed Chr.).

na wysoki ideał moralny. Świadcstwo cnotliwego życia pełniło bowiem istotną rolę. Budowało autorytet i wiarygodność lekarza, a tym samym pozwalało go odróżnić od szarlatana. Wobec niskiego poziomu wiedzy medycznej i raczej ograniczonych możliwości terapeutycznych, to właśnie dobra reputacja lekarza świadczyła o jego uczciwości i o szczerości zamiarów. Pacjent mógł mieć pewność, że lekarz czyni to, co możliwe z medycznego punktu widzenia, a jedynym motywem jego postępowania jest chęć przyścia z pomocą człowiekowi mającemu zdrowotne problemy. Konsekwentnie lekarz składający przysięgę zobowiązywał się do nieszkodzenia pacjentowi, dochowania tajemnicy zawodowej, wyrzekął się wspierania samobójstwa i przeprowadzania aborcji, a także wchodzenia w niemoralne relacje z pacjentem oraz z osobami z jego otoczenia¹⁰.

W kontekście takich zobowiązań może zaskoczyć rezygnacja lekarza z operacyjnego leczenia kamicy¹¹. W praktyce wyrzeczenie się ingerencji wysokiego ryzyka miało również na celu ochronę jego autorytetu i dóbr osobistych. Negatywne skutki praktyk chirurgicznych spowodowane przede wszystkim brakiem dostatecznej wiedzy anatomiczno-fizjologicznej i środków aseptycznych mogłyby bowiem podważyć jego autorytet, budzić wątpliwości co do szczerości jego zamiarów, a niekiedy także mogły skutkować surową karą za błąd w sztuce, nawet niezamierzony. Na takie konsekwencje błędu lekarskiego wskazuje już *Kodeks Hammurabiego* (ok. 1792-1750 roku p.n.e.)¹².

¹⁰ „Będę stosował zabiegi lecznicze wedle mych możliwości i zdolności ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy. Nikomu, nawet na żądanie, nie podam śmiertelnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewieście środka na poronienie. W czystości i niewinności zachowam życie swoje i sztukę swoją. (...) Do jakiegokolwiek wejdę domu, wejdę doń dla pożytku chorych, wolny od wszelkiej chęci krzywdzenia i szkodzenia, jako też wolny od pożądań zmysłowych, tak względem niewiast jak mężczyzn, względem wolnych i niewolników” (w: J. GULA, *Przysięga Hipokratesa: nota od tłumacza i tekst*, w: J. Gałkowski, J. Gula, *W imieniu dziecka poczętego*, Rzym-Lublin 1991², s. 193-197). Także: *Oryginalna Przysięga Hipokratesa*, <http://adonai.pl/life/?id=110> (odczyt z dn. 14.05. 2015 r.).

¹¹ „Aby nie spowodować bezpłodności u mężczyzny w żadnym wypadku nie usunę kamienia u chorego na kamicę, ale zabieg ten pozostawię temu, kto jest z nim obeznanym”.

¹² „§ 218. Jeśli lekarz obywatelowi operację ciężką nożem z brązu wykonał i spowodował śmierć obywatela lub łuk brwiowy obywatela nożem z brązu otworzył i oka

Niektóre interpretacje przysięgi wskazują na sprzeczność przywołanych klauzuli z ówczesną praktyką, jako że lekarze mieli przeprowadzać zabiegi chirurgiczne (a ponadto traktaty *Corpus Hippocraticum* omawiają tego typu ingerencje), aborcję i eutanazję. Sprzeczność tę tłumaczy się w ten sposób, że przysięga łączyła adepta sztuki lekarskiej tylko z mistrzem i jego rodziną, czy też z określonym środowiskiem, a niekoniecznie z całą korporacją lekarzy. Młody lekarz przyjmował więc za swoje ideały moralne związku, do którego należał. Według innej interpretacji, która nie stoi w sprzeczności z dopiero co przytoczoną, *Przysięga* została sformułowana w kręgach inspirowanych przez filozofię i etykę pitagorejską (która mogła czerpać inspiracje z kultury indyjskiej). Ona to bowiem głosiła ideał ascezy, wewnętrznej harmonii, wierności sumieniu, dobra, zachowania zasad moralnych, sprawiedliwości, opanowania popędów, czystości, poszanowania życia, wierności przyjaźni i złożonym przysięgom¹³. Z czasem idee te mogły znaleźć uznanie w oczach chrześcijan, którzy nie tylko ubogacili je o elementy ewangeliczne, ale także uznali autorytet Hipokratesa¹⁴. Przykładem takiej postawy może być św. Grzegorz z Nazjanzu¹⁵ czy też św. Hieronim¹⁶. W efekcie etos lekarza kierującego się ideałem Hipokratesa był całkowicie ukierunkowany na dobro człowieka znajdującego się w potrzebie, a jego służba była inspirowana zasadami altruizmu, głębokiego humanizmu, a z czasem re-

obywatela pozbawił, rękę utną mu”; „§ 219. Jeśli lekarz operację ciężką niewolnikowi (...) nożem z brązu wykonał i spowodował (jego) śmierć, niewolnika jak (tamten) niewolnik w zamian da” (*Kodeks Hammurabiego*, www.pistis.pl/biblioteka/Hammurabiego%20kodeks.pdf (odczyt z dn. 20.08.2015 r.).

¹³ Por. G. SANTINELLO, A. PIERETTI, A. CAPECCI, *I problemi della filosofia. La filosofia nei rapporti con le scienze e la cultura*, T. 1: *Nel mondo antico e medievale*, Roma 1980, s. 18-19.

¹⁴ Por. S. SPINSANTI, *Medico*, w: *Nuovo Dizionario di Teologia Morale*, Cinisello Balsamo (Milano) 1990, s. 736-749; TENZE, *Vita fisica*, w: *Corso di Morale*, T. 2: *Diakonia. Etica della persona*, Brescia 1983, s. 129-135; H. E. SIGERIST, *A History of Medicine*, T. 2: *Early Greek, Hindu and Persian Medicine*, New York 1960, s. 303.

¹⁵ Por. GRZEGORZ Z NAZJANZU, *Funebris in laudem Caesarii fratris oratio, superstiti-bus adhuc parentibus*, PG 35 kol. 767, nr 204.

¹⁶ Hieronim, *Epistola 52 (Ad Nepotianum. De vita clericorum et monachorum)*, 15; PL 12, kol. 538-539.

ligijnie podbudowaną miłością samarytańską wzorowaną na postawie Chrystusa-Lekarza¹⁷.

Spśród wielu innych zbiorów zasad deontologii lekarskiej na uwagę zasługuje również kodeks lekarski przypisywany żydowskiemu filozofowi i lekarzowi Mojżeszowi Majmonidesowi (ur. 1135 w Hiszpanii – zm. 1204 w Egipcie), czyli tak zwany *Kodeks Majmonidesa*, nazywany też *Modlitwą Majmonidesa*. Bardziej krytyczne badania sugerują, że zbiór ten mógł powstać dopiero w XVIII wieku, a jego faktycznym autorem mógł być Marcus Herz, niemiecki lekarz, uczeń Immanuela Kanta. Zgodnie z tytułem kodeks ten ma charakter religijny i postać modlitwowej deklaracji, w której lekarz składa wyznanie wiary w jedynego Boga – Stwórcę ludzkiego ciała. Zobowiązuje się on do wypełnienia swojej posługi zleconej mu przez Boga. Czuje się więc powołany do „czuwania nad życiem i zdrowiem bożych stworzeń” oraz do „czynienia dobra Jego dzieciom”. Konsekwentnie prosi on Boga o dar pełnienia posługi z miłością, tak wobec biednych, jak i bogatych, dobrych, jak i złych, przyjaciół, jak i wrogów. W człowieku chorym pragnie widzieć cierpiącego bliźniego. Jednocześnie prosi o dar przezwyciężenia chciwości, skąpstwa, żądzy sławy, gdyż są one wrogami prawdy i postawy dobroczynnej, a w końcu o otwartość na sugestie lekarzy mających większe doświadczenie oraz o wytrwałość w doskonaleniu się w sztuce.

Ważny moment w procesie kształtowania się zasad etyki lekarskiej jest związany z norymberskim procesem lekarzy nazistowskich (1946-1947). W efekcie tego procesu w 1947 roku sformułowano tak zwany *Kodeks Norymberski (Nürnbergger Kodex)* określający etyczne zasady prowadzenia doświadczeń na człowieku. Na bazie tego dokumentu rok później sformułowano *Deklarację Genewską* znaną jako *Genewska Przysięga Lekarska (The Hippocratic Oath Formulated at Geneva)*. Przysięga ta jest w pełni wzorowana na *Przysiędze Hipokratesa*. Składający ją lekarze zobowiązują się między innymi do „służby ludzkości”, szacunku wobec mistrzów, sumiennego wypełniania obowiązków, troski o zdrowie człowieka, dochowania tajemnicy zawodowej, pełnienia praktyki lekarskiej niez-

¹⁷ Por. B. HÄRING, *W służbie człowieka. Teologia moralna a etyczne problemy medycyny*, Warszawa 1975, s. 32-33.

leżnie od względów religijnych, narodowościowych, rasowych, politycznych i społecznych, respektowania w praktyce lekarskiej praw człowieka, a zwłaszcza do poszanowania życia ludzkiego od chwili poczęcia (!).

Wspomniany *Kodeks Norymberski* otrzymał nowy kształt w 1964 roku w postaci tak zwanej *Deklaracji Helsińskiej*. Dokument ten określił zasady prowadzenia badań w zakresie klinicznym. Ingerencje medyczne nie mogą być motywowane racjami społecznymi czy medycznymi, a jedynie indywidualnym dobrem pacjenta. On też musi wyrazić na nie zgodę, uprzednio poinformowany o ich przedmiocie, a niezależne komitety etyczne winny je uprzednio zaakceptować oraz je kontrolować. Badania mogą prowadzić wyłącznie wykwalifikowani specjaliści.

Inne akty o charakterze międzynarodowym to między innymi *Deklaracja Sydnejska* z 1968 roku na temat śmierci mózgowej, *Deklaracja z Oslo* z 1970 roku na temat przerywania ciąży (zaakceptowana „wyłącznie jako środek terapeutyczny”), *Deklaracja Tokijska* z 1975 roku ponownie na temat doświadczeń medycznych z udziałem człowieka, *Deklaracja Lizbońska* z 1981 roku na temat prawa do wolnego wyboru lekarza, zgody pacjenta na terapię lub jej odrzucenie, prawa kontaktu z osobą duchowną wyznawaną religii oraz prawa do godnej śmierci, *Deklaracja Hawajska* z 1984 roku dotycząca problemów psychiatrii, *Deklaracja Madrycka* z 1987 roku na temat eutanazji, *Deklaracja Wiedeńska* z 1988 roku na temat problemów ekologicznych, demograficznych i planowania rodziny, *Deklaracja Hongkońska* z 1989 roku uaktualniająca *Deklarację Helsińską*, *Deklaracja Kalifornijska* z 1990 roku na temat broni chemicznej i biologicznej, *Europejska Konwencja o Prawach Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny*, czyli *Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie z Oviedo* z 4 kwietnia 1997 roku. Konwencję tę uzupełniono o *Protokół dodatkowy w sprawie zakazu klonowania istot ludzkich* (12 stycznia 1998 roku)¹⁸. Ponadto *Deklaracja Praw Dziecka* z 1959 roku, *Praw Osób Upośledzonych Umysłowo* z 1971 roku i *Deklaracja Praw Osób Niepełnosprawnych* z 1975 roku.

¹⁸ Por. J. WRÓBEL, *Lekarska etyka*, w: E. Ziemann (red.), *Encyklopedia katolicka*, t. 10, Lublin 2004, kol. 704-706; *Die ärztlichen Gelöbnisse*, „Arzt und Christ” 1(8) (1962), s. 1-34; H. SIEFERT, *Ärztliche Gelöbnisse*, w: A. Eser [i in.] (red.), *Lexikon: Medizin. Ethik. Recht*, Freiburg–Basel–Wien 1989, kol. 113-122.

2. Kontekst filozoficzny i etyczny refleksji bioetycznej

Zgodnie z poczynionymi wcześniej uwagami w klasycznych kodeksach etyki lekarskiej dominuje model lekarza filantropa. Jego postawę inspirował głęboki humanizm, projekcja głosu sumienia, ludzkiego współczucia, solidarności, poczucia braterstwa, a także umiłowanie piękna znajdującego wyraz w zdrowiu i radości płynącej z życia¹⁹. Postawy te zostały jednocześnie ujęte w dwie zasady klasycznej deontologii lekarskiej: *salus aegroti suprema lex* (zdrowie chorego najwyższym prawem) oraz *primum non nocere* (przede wszystkim nie szkodzić). W kręgu kultury chrześcijańskiej istotną rolę odgrywała postawa miłości ewangelicznego Samarytanina (por. Łk 10,30-35).

Humanitarna, afektywna i religijna podstawa etyki lekarskiej otrzymała nową orientację po drugiej wojnie światowej wraz ze sformułowaniem wspomnianych już *Kodeksu Norymberskiego* z 1947 roku i *Genewskiej Przysięgi Lekarskiej* z września 1948 roku. Wprawdzie brak w nich bezpośrednio wyeksponowanych akcentów filozoficznych i teologicznych, jednak w obydwu dokumentach zostaje podkreślony wymóg zgody człowieka na uczestnictwo w eksperymencie medycznym, co sugeruje obowiązek uszanowania jego podmiotowości w ogólnie rozumianej praktyce medycznej. Postawienie takiego akcentu w przytoczonych dokumentach sugeruje, iż w okresie ich proklamacji ostatecznie dojrzała świadomość godności osobowej człowieka i jego praw, a także konieczność nadania im powszechnie zobowiązującego charakteru. Praktycznym wyrazem tej świadomości jest proklamacja z 10 grudnia 1948 roku *Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka*. Uznając aksjologiczny fundament życia społecznego, dokument ten wyznacza, i to w sposób bezpośredni, również ponadczasowe zasady odgrywające fundamentalną rolę w etyce medycznej. Deklaracja podkreśla bowiem, że „wszyscy ludzie rodzą się (...) równi pod względem swej godności i swych praw. (...) Powinni [oni] postępować wobec innych w duchu braterstwa” (Art. 1); „każdy człowiek ma prawo do życia (...)” (Art. 3); „nikogo nie wolno (...) trak-

¹⁹ Por. J. WRÓBEL, *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*, Kraków 1999, s. 222-223.

tować w sposób okrutny, nieludzki lub poniżający” (Art. 5) oraz „[każdy człowiek ma] prawo do opieki lekarskiej” (Art. 25).

Przywołany akcent w spojrzeniu na praktykę lekarską, mimo że na pozór nieznaczny, stanowił jednak ważny wyznacznik dalszego rozwoju refleksji etycznej nad praktyką medyczną. Pozwolił on bowiem znaleźć odpowiedź na pytania, jakie niósł ze sobą szybki rozwój nauk technicznych, biologicznych i medycznych, a wraz nimi metody, które pozwalały w coraz większym stopniu ingerować w strukturę anatomiczną i fizjologiczną człowieka, stosując nie tylko terapie objawowe, ale coraz częściej przezwyciężając choroby i stany patologiczne na poziomie ich przyczyn (terapię przyczynowe). Co więcej, nie tylko pomagał on w ocenie praktyk prewencyjnych i leczniczych, ale również coraz częściej badań poznawczych i eksperymentalnych. Przełom ten wyznaczają między innymi takie osiągnięcia w omawianej materii²⁰ jak: w 1953 roku Francis H. C. Crick oraz Jonas D. Watson przedstawiają model strukturalny i funkcjonalny kwasu dezoksyrybonukleinowego (DNA); w 1960 roku pojawiła się w sprzedaży hormonalna pigułka antykoncepcyjna i odtąd w nowy sposób człowiek zaczyna manipulować swoją płodnością; w 1970 roku Hamilton Smith odkrył i scharakteryzował enzymy restrykcyjne, czyli podstawowe narzędzie inżynierii genetycznej, która swe początki ma w 1973 roku; od lat czterdziestych XX wieku prowadzi się intensywne badania nad opanowaniem technik prokreacji pozaustrojowej, a 25 lipca 1978 roku rodzi się pierwsze dziecko „z probówki” – Luisa Brown²¹; 5 lipca 1996 roku przychodzi na świat pierwszy sklonowany ssak – owca Dolly²²; od połowy XX wieku praktykuje się diagnozę prenatalną, a później także preimplantacyjną powszechnie stosowaną w procedurze in vitro²³ i prepcjęciową; na przełomie lat sześćdziesiątych i siedem-

²⁰ Por. J. WRÓBEL, *Etyka lekarska, etyka medyczna i bioetyka. Próba metodologicznego rozróżnienia*, „Roczniki Teologii Moralnej” 4(59) (2012), s. 180-185.

²¹ Por. J.-L. BRUGUÈS, *La fécondation artificielle. Au crible de l'éthique chrétienne*, Paris 1989; A. BOMPIANI, *Le tecniche di fecondazione assistita: una rassegna critica*, Milano 2006.

²² Por. *Klonowanie człowieka. Fantazje – zagrożenia – nadzieje*, B. Chyrowicz (red.), Lublin 1999.

²³ Taką diagnozę przeprowadzono po raz pierwszy w 1991 roku w Wielkiej Brytanii. Por. A. PRZYŁUSKA-FISZER, *Problem diagnostyki preimplantacyjnej* (Wokół diagno-

dziesiątych XX wieku medycyna otrzymuje nowy aparat służący nieinwazyjnej diagnozie – ultrasonograf; od drugiej połowy XX wieku rozwija się transplantologia (pierwszy udany zabieg przeszczepienia nerki między bliźniakami monozygotycznymi ma miejsce w 1954 roku); w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych, przy okazji badań nad nowotworami, zwłaszcza przyczyn przerzutów, specjaliści wpadają na trop komórek macierzystych faktycznie odkrytych w 1963 roku²⁴; doskonalone metody reanimacji pozwalają od drugiej połowy XX wieku podtrzymać życie ludzkie poza naturalne granice; na przełomie XX i XXI wieku został zrealizowany wielki „projekt poznania ludzkiego genomu” (Human Genome Project; HUGO Project; w styczniu 2000 roku ogłoszono wstępne jego ukończenie); w tym samym okresie rozwijane są biotechnologie wykorzystywane między innymi w produkcji nowych specyfików medycznych i biomedycznych, na przykład w produkcji antybiotyków, sztucznej insuliny, interferony, sztucznych hormonów²⁵.

Postęp ten nie zawsze ma charakter jednoznacznie pozytywny. Z jednej strony niesie on ze sobą nowe możliwości w zakresie profilaktycznym, terapeutycznym i rekonwalescencyjnym. Z drugiej strony wpisuje się nierzadko w zbiór elementów składowych tak zwanej cywilizacji śmierci, którą znamionuje kryzys kultury, języka, obyczajów, antropologii i wartości²⁶. Najdobitniej wyraził się on w takich systemach i kierunkach, jak scjentyzm, biologizm, materializm, technicyzm czy pragmatyzm. Swoją tożsamość ciągle buduje liberalizm, szukając nowych rozwiązań w proklamowaniu indywidualizmu i wolności ograniczanej jedynie obowiązkiem nieszkodzenia drugiemu człowiekowi. Płacząc się w przywołanych

styki preimplantacyjnej 20.03 – 3.04.2009 r.), http://www.ptb.org.pl/pdf/przyluska_reimplantacja_1.pdf, s. 2 (odczyt z dn. 29.10.2012 r.).

²⁴ Por. W. U. ECKART, *Illustrierte Geschichte der Medizin. Von der französischen Revolution bis zur Gegenwart*, Berlin Heidelberg 2011, s. 330-331.

²⁵ Por. np. *Podstawy biotechnologii*, C. Ratledge, B. Kristiansen (red.), Warszawa 2011; *Biotechnologia*, w: *Wielka encyklopedia medycyny*, t. 3, Warszawa 2011, s. 148-151; *Biotechnologia medyczna*, w: *Komitet Biotechnologii PAN*, http://www.kbiotech.pan.pl/index.php?option=com_kontent&view=article&id=73&Itemid=61 (odczyt z dn. 29.10.2012 r.).

²⁶ Por. B. MONDIN, *Una nuova cultura per una nuova società. Analisi della crisi epocale della cultura moderna e dei progetti per superarla*, Milano 1981, s. 151-189.

założeniach, liberalizm ten pogrąża się coraz bardziej w wewnętrznych sprzecznościach. Nie jest bowiem w stanie rozwiązać trudności, jakie wynikają z zachodzenia na siebie równorzędnych praw wolnościowych oraz z konfliktu interesów różnych podmiotów równoprawnie uczestniczących w życiu społecznym. Najdobitniej te sprzeczności zostają obnażone w bezradności wobec stworzenia gwarancji prawnych dla społecznie słabszych jednostek, czego przykładem jest postulowanie nieograniczonego prawa matki do abortowania niechcianego płodu, prawa niepełnych rodziców (w tym osób żyjących w związkach monopłciowych) do procedury in vitro z pominięciem zdrowotnych i społecznych konsekwencji tej procedury dla dziecka i matki, czy też propozycja zrodzenia dziecka „leku”, które chce się wykorzystać jako dawcę komórek czy tkanki (najczęściej szpiku kostnego) w terapii starszego rodzeństwa. Obydwa postulaty pomijają fundamentalne prawa dziecka, skądinąd proklamowane w tak zwanej *Genewskiej Deklaracji Praw Dziecka* przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Ligi Narodów w 1924 roku, w *Deklaracji Praw Dziecka* uchwalonej przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 20 listopada 1959 roku oraz w *Konwencji o Prawach Dziecka* przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20 listopada 1989 roku.

W kręgach myśli filozoficznej i społecznej, zwłaszcza inspirowanej głębokim humanizmem, z powodzeniem podjęto próby określenia uniwersalnych kryteriów i wartości pozwalających znaleźć powszechnie satysfakcjonującą odpowiedź na egzystencjalne i etyczne dylematy dotyczące tak jednostki, jak i całej ludzkiej społeczności. Odpowiedź ta, chociaż kontestowana przez przedstawicieli skrajnego liberalizmu, pozwoliła przezwyciężyć kontrowersje antropologiczne, epistemologiczne i aksjologiczne, bez których nie jest możliwa również spójna refleksja bioetyczna.

Postulaty te znalazły swoje odbicie w nowym kierunku filozoficznym wypracowanym pod koniec XIX wieku równoległe w Stanach Zjednoczonych i w Europie, a mianowicie w personalizmie. Jako prąd kulturowy i społeczny „pojawił się on jako protest przeciwko wszelkim próbom «uprzedmiotowienia» człowieka – czy to na płaszczyźnie teoretycznej, przez głoszenie filozoficznego monizmu, czy w życiu społeczno-politycznym, w którym jednostkę podporządkowywano społeczeństwu. Personalisci umieszczają osobę na szczycie hierarchii bytów stworzonych,

twierdząc, iż w odróżnieniu od rzeczy cechuje się ona duchowością, ta zaś przejawia się w intelektualnym poznaniu, w zdolności wolnego samookreślenia oraz w możliwości twórczego wyrażania siebie w czynach i dziełach²⁷. Do jej natury należy również wchodzenie w relacje interpersonalne. Tak rozumiany kierunek odwołuje się do trzech filarów antropologicznych, a mianowicie do godności osoby, do jej jedności duchowo-cieleśnej oraz do jej natury społecznej.

Właściwa człowiekowi godność osobowa stoi w centrum tak zwanej zasady personalistycznej. Jej intuicje pojawiają się u niemieckiego filozofa z Królewca, Immanuela Kanta (1724-1804) w najogólniejszej zasadzie etycznej – w tak zwanym imperatywie kategorycznym²⁸. Filozof ten wylicza trzy rodzaje tegoż imperatywu. W ramach niniejszych analiz na wagę zasługują dwa pierwsze. Zgodnie ze sformułowaniem zasady powszechności prawa każdy winien „postępować tylko według takiej maksymy, dzięki której może zarazem chcieć, żeby stała się powszechnym prawem”²⁹, to znaczy, aby ta zasada mogła być stosowana przez każdego i zawsze. W ujęciu nawiązującym do praw przyrody zasada ta brzmi: „Postępuj tak, jak gdyby maksyma twojego postępowania przez wolę twą miała się stać ogólnym prawem przyrody”³⁰. Drugi imperatyw, wpisujący się w niniejsze analizy, domaga się poszanowania godności osoby i postuluje: „Postępuj tak, byś człowieczeństwa tak w twojej osobie, jak też w osobie każdego innego, używał zawsze zarazem jako celu, nigdy tylko jako środka”³¹.

Analogiczną zasadę moralną o charakterze uniwersalnym, nazwaną „normą personalistyczną”, sformułował Karol Wojtyła. W jego ujęciu norma ta wskazuje na szczególną pozycję człowieka w otaczającym go świecie, na wyjątkową jego wartość i godność oraz na kształt wzajemnych

²⁷ I. DEC, *Personalizm*, w: A. Maryniarczyk [i in.] (red.), *Powszechna encyklopedia filozofii*, t. 8, Lublin 2007, s. 122-123.

²⁸ Por. T. BIESAGA, *Imperatyw kategoryczny*, w: A. Maryniarczyk [i in.] (red.), *Powszechna encyklopedia filozofii*, t. 4, Lublin 2003, s. 786-788.

²⁹ Por. I. KANT, *Uzasadnienie metafizyki moralności*, Warszawa 1984³, s. 50.

³⁰ Tamże, s. 51.

³¹ Tamże, s. 62.

odniesień międzypersonalnych³². Późniejszy papież Jan Paweł II pisze: „Norma [personalistyczna] jako zasada o treści negatywnej stwierdza, że osoba jest takim dobrem, z którym nie godzi się używanie, które nie może być traktowane jako przedmiot użycia i w tej formie jako środek do celu. W parze z tym idzie treść pozytywna normy personalistycznej: osoba jest takim dobrem, że właściwe i pełnowartościowe odniesienie do niej stanowi tylko miłość. I tę właśnie pozytywną treść normy personalistycznej eksponuje przykazanie miłości”³³.

Tak rozumiany stosunek do człowieka, respektujący jego osobową godność, obejmuje nie tylko jego duchową naturę, a zwłaszcza jego rozumność, samoświadomość i chcenie, ale w równym stopniu także współkonstituującą go strukturę cielesną. Przedmiotem międzypersonalnych odniesień nie jest tylko jakiś element ludzkiej anatomii czy też określone procesy biologiczno-fizjologiczne, ale zawsze człowiek jako taki. Konsekwentnie wszelkie relacje, czy to osoby do samej siebie, czy też osoby do osoby, otrzymują moralną wartość nie tylko z jakości odniesień do sfery duchowo-psychicznej, ale i w równym stopniu do struktury cielesnej. Jan Paweł II pisze: „Każda osoba ludzka w swej niepowtarzalnej wyjątkowości nie jest złożona tylko z ducha, lecz także i z ciała i dlatego w ciele i poprzez ciało dociera się do samej osoby w jej konkretnej rzeczywistości. Szacunek dla godności człowieka pociąga w konsekwencji obronę owej tożsamości człowieka – *«corpore et anima unus – jedność ciała i duszy»* (...). Właśnie na bazie takiej wizji antropologicznej, powinno się znaleźć podstawowe kryterium do podejmowania decyzji, kiedy chodzi o interwencje nie w pełni lecznicze, na przykład interwencje, które mają na celu polepszenie stanu biologicznego człowieka”³⁴.

Prawda o godności człowieka domaga się w międzypersonalnych relacjach postaw inspirowanych przez sprawiedliwość i miłość. Zgodnie

³² Por. T. BIESAGA, *Norma moralności*, w: A. Maryniarczyk [i in.] (red.), *Powszechna encyklopedia...*, dz. cyt., s. 701.

³³ K. WOJTYŁA, *Miłość i odpowiedzialność*, Lublin 2001, s. 42.

³⁴ JAN PAWEŁ II, *Przemówienie do uczestników 35 Zgromadzenia Ogólnego Światowej Organizacji Lekarskiej*, 29.10.1983 r., AAS 76(1984), s. 393; por. także KONGREGACJA NAUKI WIARY, *Instrukcja o szacunku dla rodzającego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania «Donum vitae»*, Rzym 1987, Wstęp, 3.

z klasyczną definicją sprawiedliwość oznacza oddanie drugiemu tego, co mu się słusznie należy. Głębsza analiza natury relacji międzyosobowych sugeruje jednak, że świadczenia, jakie czynią sobie osoby, nie mogą być wyłącznie zawężone do ich matematycznie zrównanej wartości. Tak rozumiana zasada sprawiedliwości (sprawiedliwość kontraktualistyczna) stanowi podstawę relacji na poziomie przedmiotowym czy też prawnym, czyli tam, gdzie osoby koncentrują swoją uwagę wyłącznie na wartości rzeczy, umów czy świadczeń, a brak zrównania tej wartości staje się aktem niesprawiedliwości. Zasada sprawiedliwości nie jest jednak w stanie spełnić swojej roli jako kryterium moralności tam, gdzie naczelnym wymogiem jest dobro osób wchodzących we wzajemne relacje, również w kontekście konkretnych przedmiotów i świadczeń. Zawężenie perspektywy do równości przedmiotowej łatwo może się stać największą niesprawiedliwością (*summum ius, summa iniuria*; np. odmowa leczenia ciężko chorej osoby, która nie jest w stanie pokryć wszystkich kosztów terapii). Sprawiedliwość mająca na uwadze prawdę o osobie i jej godność musi być mierzona miłością i międzyludzką solidarnością, bo one ponad wartość rzeczy będących przedmiotem kontraktu kładą dobro osoby. Stąd w klasycznym ujęciu teologii moralnej i Katolickiej Nauki Społecznej (również w kwestiach dotyczących świadczeń pełnionych przez służbę zdrowia) „sprawiedliwość nie jest zwykłą ludzką konwencją, gdyż to, co jest «sprawiedliwe», nie jest pierwotnie określone przez prawo, lecz wpływa z głębokiej tożsamości istoty ludzkiej”³⁵.

Przytoczonej zasady nie można traktować jednostronnie. Również praktyka miłości nie ogranicza się bowiem do świadczeń mierzonych kryteriami wolontariatu i dobroczynności, ale domaga się spełnienia wymogów sprawiedliwości, czyli tego, co człowiekowi należne z tytułu jego godności i słusznych praw. Nie można bowiem zapewniać bliźniego o miłości, a jednocześnie pozostać obojętnym na jego konieczne potrzeby lub też tylko wyświadczać mu dowolnie określoną „łaskę”³⁶.

³⁵ PAPIESKA RADA IUSTITIA ET PAX, *Kompendium Nauki Społecznej Kościoła*, Kielce 2005, 202.

³⁶ Por. JAN PAWEŁ II, Encyklika *Dives in misericordia*, Rzym 1980, 14: „Zrównanie przez sprawiedliwość zatrzymuje się w kręgu dóbr przedmiotowych związanych z człowie-

W świetle tych uwag personalistycznie rozumiana praktyka medyczna nie zawęży swoich horyzontów do postaw dobroczynności czy też, z drugiej strony, do pełnienia roli społecznej wynikającej z przygotowania zawodowego i otrzymywanych honorariów, ale czuje się obligowana miłością i szacunkiem należnym człowiekowi, który jako pacjent nie jest w stanie przezwyciężyć swoich niedomagań, dysfunkcji czy ryzyka utraty życia. Istotną rolę w tym spojrzeniu odgrywa ostatecznie fakt, że zdrowie człowieka nie jest dobrem przedmiotowym posiadanym przez osobę, ale dobrem osobowym pozostającym w bezpośrednim związku z jej życiem i spełnianiem obowiązków indywidualnych oraz społecznych. Stąd miłość do osoby zakłada również obowiązek sprawiedliwej troski o jej zdrowie i życie.

3. Kontekst teologiczny – świętość i nienaruszalność życia ludzkiego

Praktycznym wyrazem przywołanych refleksji jest obfite nauczanie szeroko pojętego Magisterium Kościoła w kwestiach etyki lekarskiej, medycznej i biomedycznej (bioetyki). Początków tego nauczania można się dopatrzeć już w Piśmie Świętym Starego i Nowego Testamentu, u ojców Kościoła, a w czasach współczesnych zwłaszcza u papieży XX i XXI wieku. W największym stopniu jest ono rozwinięte przez Piusa XII i Jana Pawła II. Nauczaniu tych papieży towarzyszą liczne dokumenty dykasterii watykańskich, a zwłaszcza Kongregacji Nauki Wiary, Papieskiej Rady

kiem, podczas gdy miłość i miłosierdzie sprawia, iż ludzie spotykają się ze sobą w samym tym dobru, jakim jest człowiek z właściwą mu godnością”. BENEDYKT XVI, Encyklika *Deus caritas est*, Rzym 2005, 28b: „Miłość – caritas – zawsze będzie konieczna, również w najbardziej sprawiedliwej społeczności. Nie ma takiego sprawiedliwego porządku państwowego, który mógłby sprawić, że posługa miłości byłaby zbędna. Kto usiłuje uwolnić się od miłości, będzie gotowy uwolnić się od człowieka jako człowieka. Zawsze będzie istniało cierpienie, które potrzebuje pocieszenia i pomocy. Zawsze będzie samotność. Zawsze będą sytuacje materialnej potrzeby, w których konieczna jest pomoc w duchu konkretnej miłości bliźniego”. Por. także A. GÜNTHÖR, *Chiamata e risposta. Una nuova teologia morale*, t. 3: *Morale speciale: le relazioni verso il prossimo*, Roma 1979, s. 118-122.

ds. Rodziny, Papieskiej Rady ds. Służby Zdrowia czy Papieskiej Akademii Pro Vita.

Istotnym źródłem dla bioetyki katolickiej jest więc dorobek filozoficzny, etyczny, teologiczny i teologicznomoralny tychże kościelnych kręgów. W rozwoju tym na odnotowanie zasługuje nie tylko kierunek chronologii zdarzeń i wzajemnych odniesień. Samo Magisterium uważnie śledzi poszukiwania etyków i teologów. Ich praca ma bowiem charakter służebny. Ich „zadaniem jest zdobywanie, w łączności z Magisterium, coraz głębszego rozumienia Słowa Bożego zawartego w natchnionym Piśmie Świętym i przekazanego przez żywą Tradycję Kościoła”³⁷. Jednocześnie ich praca czyniona w powyższym duchu stanowi przedpole badawcze dla głębszego zrozumienia wiary i moralności przedstawianej później przez Magisterium w postaci oficjalnego nauczania, które ma charakter doktrynalny, czyli jest oficjalną wykładnią zasad moralności katolickiej.

Dla nieobeznanych z tematem spore zaskoczenie może wywołać stwierdzenie, że Pismo Święte stanowi źródło współczesnej refleksji bioetycznej. Trudno bowiem znaleźć w nim treści związane ze współczesną biomedycyną, na przykład dotyczące genetyki, transplantologii, komórek macierzystych, in vitro, tworzenia chimer, uporczywej terapii itd. Jednakże w kompetentnie odczytanym objawieniu Bożym nie brakuje tak bezpośrednich, jak i pośrednich, tak bliższych, jak i dalszych wskazań na temat etycznych zasad stojących u podstaw praktyki medycznej. Nie chodzi tutaj o świadectwa praktyki medycznej w semickiej kulturze. Punktem wyjścia dla niniejszej refleksji są teologicznie osadzone treści

³⁷ KONGREGACJA NAUKI WIARY, *Instrukcja o powołaniu teologa w Kościele «Donum veritatis»*, Rzym 1990, 6. Ponadto: „Żywy Urząd Nauczycielski Kościoła i teologia, mimo różnych darów i funkcji, mają ostatecznie ten sam cel: zachowanie Ludu Bożego w wyzwalającej prawdzie i uczynienie go w ten sposób «światłem narodów». Ta służba wspólnocie kościelnej wytwarza dwustronną relację pomiędzy teologiem a Urzędem Nauczycielskim. Przekazuje on autentyczną naukę Apostołów i korzystając z dorobku teologii, odrzuca zarzuty i deformacje wiary, proponując między innymi – z otrzymaną od Chrystusa powagą – pogłębienie, wyjaśnienia i stosowanie nauki objawionej. Teologia przeciwnie, przez refleksję dochodzi do coraz głębszego zrozumienia Słowa Bożego, zawartego w Piśmie Świętym i wiernie przekazywanego przez żywą Tradycję Kościoła pod przewodnictwem Urzędu Nauczycielskiego; stara się ona wyjaśnić naukę zawartą w Objawieniu zgodnie z wymaganiami rozumu oraz nadaje mu jednorodną i systematyczną formę” (tamże, 21).

na temat godności osoby ludzkiej i praktycznych wyrazów jej poszanowania. Najdonioślejsze wskazania są wpisane w akt stworzenia człowieka na „obraz i podobieństwo Boże”, przyjęcie ludzkiej natury przez Drugą Osobę Boską – Jezusa Chrystusa, odkupienie człowieka i uświęcenie ludzkiego ciała przez Ducha Świętego („Czyż nie wiecie, że ciało wasze jest świątynią Ducha Świętego, który w was jest” – por. np. 1 Kor 6,19; por. także 1 Kor 3,16; 2 Kor 6,16). W efekcie sam Pan Jezus daje normatywny przykład szacunku dla godności i podmiotowości człowieka, którą wyrażają używane przez Niego sformułowania „jeżeli chcesz”, czy też „co chcesz”: „[Pan Jezus] odpowiedział mu: «Dlaczego Mnie pytasz o dobro? Jeden tylko jest Dobry. A jeśli chcesz osiągnąć życie, zachowuj przykazania»” (Mt 19,17; „Jezus mu odpowiedział: «Jeśli chcesz być doskonały»” – Mt 19,21; „A Jezus przemówił do niego: «Co chcesz, abym ci uczynił?» Powiedział Mu niewidomy: «*Rabbuni*, żebym przejrzał»” – Mk 10,51; por. Łk 18,41).

W biblijnym przesłaniu równie mocno jest osadzona prawda o świętości życia ludzkiego i idący z nią w parze nakaz jego poszanowania. Świętość ta jest tutaj rozumiana dwojako. Z jednej strony wskazuje ona na życie jako szczególny dar Stwórcy dla człowieka, tak iż On jest jedynym Panem ludzkiego życia i człowiek przynależy wyłącznie do Niego. Z drugiej strony wskazuje ona na życie jako szczytową wartość będącą udziałem człowieka, podstawę wszystkich innych wartości³⁸.

Świętość ludzkiego życia owocuje zakazem zabijania niewinnego życia ludzkiego. W historii zabójstwa Abla przez jego brata, Kaina, Bóg jest Gwarantem życia człowieka i konsekwentnie przestrzega przed przelewaniem ludzkiej krwi: „Upomnę się o waszą krew przez wzgląd na wasze życie – upomnę się o nią u każdego zwierzęcia. Upomnę się też u człowieka o życie człowieka i u każdego – o życie brata. [Jeśli] kto przeleje krew ludzką, przez ludzi ma być przelana krew jego, bo człowiek został stworzony na obraz Boga” (Rdz 9,5-6)³⁹. Zakaz ten otrzymuje zdecydo-

³⁸ Por. A.-A. VIARD, J. GUILLET, *Życie*, w: X. Léon-Dufour (red.), *Słownik teologii biblijnej*, Poznań–Warszawa 1985³, s. 1157-1158.

³⁹ Por. C. SPICQ, P. GRELOT, *Krew*, w: X. Léon-Dufour (red.), *Słownik teologii...*, dz. cyt., s. 393-394; J. LEMAŃSKI, *Księga Rodzaju*, Cz. 1: *Rozdziały 1-11*, Częstochowa 2013, s. 414-416.

waną formę w postaci piątego przykazania Dekalogu „Nie zabijaj” (por. Wj 20,2-17; Pwt 5,6-21). Negatywna proklamacja przykazania oznacza, że „zakazuje ono pewnych czynów i zachowań jako z natury złych”, a w efekcie „nie dopuszcza żadnych uprawnionych wyjątków”⁴⁰. Jan Paweł II napisze więc: „celem przykazań, przypominanych przez Jezusa (...), jest ochrona dobra osoby, obrazu Bożego, poprzez zabezpieczenie jej dóbr. «Nie zabijaj» (...) – to zasada moralna sformułowana jako zakaz. Normy negatywne szczególnie dobitnie wyrażają bezwarunkową konieczność ochrony życia ludzkiego (...)”⁴¹.

Biblijny nakaz poszanowania ludzkiego życia ma też pozytywne sformułowanie. Takie ujęcie jest osadzone we wzorze danym przez samego Boga-Stwórcę, który wskazuje na siebie jako miłośnika życia: „Miłujesz wszystkie stworzenia, niczym się nie brzydzisz, co uczyniłeś, bo gdybyś miał coś w nienawiści, nie byłbyś tego uczynił. Jakżeby coś trwać mogło, gdybyś Ty tego nie chciał? Jak by się zachowało, czego byś nie wezwał? Oszczędzasz wszystko, bo to wszystko Twoje, Panie, miłośniku życia!” (Mdr 11,23-26). W Nowym Testamencie nakaz ten otrzymuje integralne uzasadnienie, gdyż nie tylko stanowi podstawę uczestnictwa człowieka w darach naturalnych (fizycznych i duchowych), ale także w nadprzyrodzonych i wiecznych; wprost w życiu samego Boga, w zjednoczeniu z Nim, w Jego Królestwie (por. np. J 10,28; 2,36; 3,16.36). W końcu obowiązek poszanowania życia bliźniego jest konsekwencją przykazania miłości, gdyż ogarnia ono każdy wymiar ludzkiej egzystencji i każdy wymiar międzyosobowych relacji. Pan Jezus uczy swoich uczniów w Kazaniu na górze: „Słyszeliście, że powiedziano przodkom: *Nie zabijaj!* (...) A Ja wam powiadam: Każdy, kto się gniewa na swego brata, podlega sądowi” (Mt 5,21-22). Ogólnikowość tego sformułowania zostaje uzupełniona w świadectwie integralnej przynależności człowieka do swego Stwórcy (por. Mt 6,25-27, Łk 12,22-24, 1 Kor 12,18).

W świetle tej refleksji teologicznej święty charakter ludzkiego życia oraz jego nienaruszalność ma bardzo szeroki zakres. Obejmuje on

⁴⁰ JAN PAWEŁ II, Encyklika *Veritatis splendor*, Rzym 1993 (dalej: VS), 67; por. także nr 76.

⁴¹ VS 13.

również obowiązek poszanowania ludzkiej integralności, tak w wymiarze psychiczno-duchowym, jak i anatomiczno-fizjologicznym, gdyż Boży autorytet chroni człowieka w całej jego bytowej strukturze, a nie tylko jakąś wybraną jego część. Stąd już w kulturze semickiej Starego i Nowego Testamentu z jednakową stanowczością jest sformułowany zakaz zarówno zabijania, jak i naruszania integralności człowieka, czyli jego okaleczenia⁴². Jan Paweł II ujmie to prawo w słowach: „z prawdy o świętości życia ludzkiego wynika zasada jego nienaruszalności (...). Przykazanie mówiące o nienaruszalności ludzkiego życia rozbrzmiewa pośród «dziesięciu słów» przymierza synajskiego (por. 34,28) [tzn. Dekalogu]. Zakazuje przede wszystkim zabójstwa: «Nie będziesz zabił» (Wj 23,7); ale zabrania także – jak to precyzuje późniejsze prawodawstwo Izraela – zranienia w jakikolwiek sposób ciała bliźniego (por. Wj 21,12-27)”⁴³.

Mimo że zakaz naruszania życia i ciała człowieka jest tak zdecydowanie podkreślony, to jednak ma on w świetle Pisma Świętego pewne ograniczenia. Przykazanie zabraniające zabójstwa nie obejmuje na przykład godzenia w integralność ciała w ramach obrony własnej i proporcjonalnie ważnych dóbr osobistych, a także obrony narodu i jego dobra wspólnego, obrony dóbr religijnych, czy też wydania sprawiedliwego wyroku (por. Pwt 20,1-2; 21,12; 23,10-11). Przywołane teksty biblijne wyraźnie sugerują, że również ingerencje medyczne służące życiu i zdrowiu ludzkiemu, mimo że naruszają integralność cielesną człowieka, nie naruszają prawa Bożego. Wprost przeciwnie, jeżeli mają one taką samą celowość, jak stwórcze i zbawcze działanie Boga, a więc zmierzają do ocalenia zdrowia i życia ludzkiego, są praktyką moralnie dobrą; wprost są nakazem moralnym.

⁴² Por. Kpł 24,17-22: „Ktokolwiek zabije człowieka, będzie ukarany śmiercią. (...) Ktokolwiek skałeczy bliźniego, będzie ukarany w taki sposób, w jaki zawinił. Złamanie za złamanie, oko za oko, ząb za ząb. W jaki sposób ktoś okaleczył bliźniego, w taki sposób będzie okaleczony” (por. także Wj 21,23-25; 26-27).

⁴³ Por. JAN PAWEŁ II, Encyklika *Evangelium vitae*, Rzym 1995 (dalej: EV), 40.

4. Krąg zasad pomocniczych

Przywołana problematyka dotycząca ingerencji biomedycznych w strukturę biologiczną człowieka stała się przedmiotem pogłębionej refleksji etycznej i teologicznomoralnej. W wymiarze praktycznym zakres tych ingerencji został wyjaśniony za pomocą trzech pomocniczych zasad moralnych, a mianowicie „zasady czynu o podwójnym skutku”, „zasady całościowości” i „zasady proporcjonalności”.

4.1. Zasada czynu o podwójnym skutku

Biomedyczne ingerencje w strukturę anatomiczną i fizjologiczną człowieka nie zawsze owocują jednym, upragnionym skutkiem. Nierzadko wykraczają one poza zamierzone ramy: powodują ból, pojawiają się powikłania, okaleczają lub naruszają integralność ciała (transplantacje lub usunięcie jakiegoś organu lub jego części), iniekcje czy tabletki modyfikują działanie układu endokrynologicznego (np. leczenie niedoczynności tarczycy, stosowanie pigułek antykoncepcyjnych). Rodzi się więc uzasadnione pytanie: czy takie działania są dopuszczalne czy też niemoralne?

W odpowiedzi na takie pytania pomocą służy „zasada czynu o podwójnym skutku”. Mimo iż aplikacji tej zasady można się dopatrzeć już w Starym Testamencie (por. 1 Mch 6,43-46) i w ciągu wieków powołują się na nią teolodzy moraliści (np. św. Tomasz z Akwinu), to w rzeczywistości – uważa się – sformułował ją dopiero Jan od św. Tomasza (1589-1644), uczeń Suareza. Do dziś jest ona niezmiennie stosowana w nauczaniu Magisterium Kościoła.

Zasada ta głosi, że pod pewnymi warunkami człowiek może spełnić czyn, który oprócz dobrego skutku owocuje jednocześnie skutkiem złym. Jakie to są warunki? 1) Czyn sam w sobie musi być moralnie dobry lub przynajmniej obojętny. 2) Skutek bezpośredni tego czynu też musi być moralnie dobry. 3) Skutek bezpośredni jest celem działającego, a uboczny – co najwyżej dopuszczony (tolerowany). 4) Istnieją odpowiednio ważne racje dla spełnienia tego czynu, tym poważniejsze, im gorszy, pewniejszy

i bliższy jest ten skutek uboczny, niezamierzony. Warunek ten oznacza jednocześnie, że człowiekowi nie wolno spełnić danego czynu, jeżeli dobro, które jest jego celem, można osiągnąć w inny sposób, unikając złego skutku ubocznego.

Co ta zasada oznacza w praktyce? Klasyczny przykład to stosowanie przez kobietę przepisanych jej przez lekarza środków terapeutycznych, które ją jednocześnie czasowo ubezpłodniają. W tym przypadku czasowa niepłodność jest skutkiem ubocznym terapii. Konsekwentnie taka terapia jest działaniem moralnie dozwolonym. Na taki przypadek wskazuje papież Paweł VI w encyklice *Humanae vitae*. Mimo że odrzuca on stosowanie antykoncepcji, to jednocześnie zaznacza: „Kościół uważa za moralnie dopuszczalne stosowanie środków leczniczych, niezbędnych do leczenia chorób, choćby wynikać stąd miała przeszkoda, nawet przewidywana, dla prokreacji, byleby ta przeszkoda nie była z jakichś motywów bezpośrednio zamierzona”⁴⁴.

Oznacza to, że papież uznaje za moralne współżycie małżeńskie podejmowane w czasie tej terapii. Byłoby ono jednak niemoralne, jeżeli podawany specyfik miałby oprócz działania terapeutycznego również działanie wczesnoporonne. Trudno bowiem mówić o jakichś proporcjach między pragnieniem współżycia i akceptacją ryzyka zabicia dziecka, które w wyniku tego współżycia by się poczęło. Niemoralne byłoby również podanie kobiecie w ciąży specyfiku terapeutycznego nieratującego jej życia, a działającego ubocznie poronnie. I w tym przypadku trudno mówić o jakiejś proporcji między dobrym samopoczuciem matki czy nawet uszczerbkiem na jej zdrowiu a zadaniem śmierci dziecka.

Inny przykład to sytuacja matki ciężarnej, która zapadła na śmiertelną chorobę. Możliwa jest terapia ratująca jej życie, ale może ona spowodować śmierć dziecka lub komplikacje zdrowotne. Jeżeli matka nie może poczekać z terapią do momentu, kiedy dziecko uzyska zdolność do samodzielnego życia, ani nie jest możliwa terapia oszczędzająca dziecko, chociaż może mniej skuteczna, może ona zdecydować się na taką terapię i ani ona, ani lekarz nie ponoszą z tego tytułu winy moralnej. W takim

⁴⁴ PAWEŁ VI, Encyklika *Humanae vitae*, Rzym 1968, 15.

bowiem przypadku samo w sobie ratowanie życia matki jest rzeczą moralnie dobrą, a śmierć dziecka jest skutkiem niechcianym, ubocznym tej terapii. Jan Paweł II napisze w tej kwestii: „Mocą władzy, którą Chrystus udzielił Piotrowi i jego Następcom, w komunii z Biskupami (...) oświadczam, że bezpośrednio przerwanie ciąży, to znaczy zamierzone jako cel czy jako środek, jest zawsze poważnym nieładem moralnym [tzn. grzechem śmiertelnym], gdyż jest dobrowolnym zabójstwem niewinnej istoty ludzkiej”⁴⁵. Należy zauważyć, że w przedstawionym przypadku śmierć dziecka nie jest „bezpośrednią aborcją”, gdyż nie jest ona zamierzona, tzn. chciana dla niej samej, ani nie jest środkiem ratującym życie matki, ale tylko niemożliwym do uniknięcia skutkiem ubocznym koniecznej terapii⁴⁶. Jeżeli w podobnym przypadku możliwe byłoby odłożenie terapii do czasu uzyskania przez dziecko zdolności do samodzielnego życia, matka może dokonać takiego heroicznego wyboru, mimo iż tym samym musi się liczyć z utratą życia⁴⁷.

Jeszcze inny przypadek dotyczy sytuacji osoby będącej w ciężkim stanie i bardzo cierpiącej. Podawane jej środki znieczulające są nieskuteczne, a dostępne, dostatecznie silne, mogą przyspieszyć jej zgon. Jan Paweł II, nawiązując do nauczania poprzedników, uczy: „Jest dozwolone uśmierzanie bólu za pomocą narkotyków, nawet gdy w konsekwencji prowadzi to do ograniczenia świadomości i skrócenia życia, «jeżeli nie istnieją inne środki i jeśli w danych okolicznościach nie przeszkadza to wypełnienia innych powinności religijnych i moralnych»”⁴⁸. W tym przypadku przedmiotem oceny moralnej jest podanie środków analgetycznych. Ich stosowanie samo w sobie nie budzi zastrzeżeń, gdyż jest moralnie dobrym postępowaniem. Przewidywane przyspieszenie śmierci przez podanie skutecznego środka nie jest zabójstwem, ale tylko skutkiem ubocznych uzasadnionego postępowania medycznego. Takie postępowanie

⁴⁵ EV 62.

⁴⁶ Katechizm Kościoła katolickiego ujmuje tę zasadę w słowach: „Bezpośrednie przerwanie ciąży, to znaczy zamierzone jako cel lub środek, jest głęboko sprzeczne z prawem moralnym” [Poznań 2002² (dalej: KKK), 2271].

⁴⁷ Przykładem takiej postawy może być Gianna Beretta Molla (1922-1962) – włoska lekarka, święta Kościoła katolickiego.

⁴⁸ EV 65.

miałoby charakter zamierzonego zabójstwa i byłoby wielce niemoralne, gdyby jego celem było pozbawienie życia pacjenta i temu celowi służyłby wybór zastosowanego środka. Byłaby to klasyczna eutanazja. Różnica między tymi działaniami polega więc na tym, że w pierwszym przypadku lekarz liczy się z tym, że podana pacjentowi dawka może przyspieszyć jego śmierć, ale jej nie chce i jednocześnie nie dysponuje innym, równie skutecznym środkiem, a w drugim przypadku – eutanazji – dobór analgetyku i podawana dawka są obliczone na jego usmiercenie.

4.2. Zasada całościowości

Zasada ta, zwana też „zasadą terapeutyczną”, głosi, że dla ocalenia całości można poświęcić jej część. W medycynie oznacza ona, że można ingerować w organizm ludzki, pozbawiając go jakiejś funkcji czy części anatomicznej, jeżeli w ten sposób można uratować zdrowie czy życie danej osoby⁴⁹. Zgodnie z wcześniejszymi refleksjami brak takiej konieczności byłby występkiem przeciwko integralności ludzkiego ciała. Byłby to akt arbitralnej manipulacji i zawładnięcia ludzkim organizmem, a więc ostatecznie brak szacunku dla jego godności.

Praktyczną aplikację tej zasady obrazuje prosty przykład. Człowiek jest chory na raka żołądka. Gdyby był zdrowy, resekcja tego organu lub tylko jego części byłaby arbitralną manipulacją tego, co współkonstruuje ludzką osobę. Byłoby to więc postępowaniem niemoralnym. Jednak usunięcie zrakowaciałej tkanki jest moralne, gdyż ratuje życie pacjenta lub zwiększa szanse uratowania jego zdrowia. Z analogiczną sytuacją mamy do czynienia w przypadku zwłóknienia czy nekrozy innych tkanek i organów.

Z poczynionych stwierdzeń można by wnioskować, że jest rzeczą moralną usunięcie wyłącznie części chorej stanowiącej zagrożenie dla życia człowieka. Papież Pius XII wyjaśnił jednak, że zasada całościowości może być odniesiona również do organów zdrowych i poprawnie funkcjonujących, które jednak stanowią zagrożenie dla zdrowia czy życia czło-

⁴⁹ Por. PAPIESKA RADA DO SPRAW DUSZPASTERSTWA SŁUŻBY ZDROWIA, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Rzym 1995, 66.

wieka⁵⁰. Medycyna zna takie przypadki. Kobieta choruje na raka piersi czy sutka. Zdarza się, że hormony produkowane przez jej gonady dynamizują rozwój nowotworu. Lekarze oceniają, że stosowane dotychczas działania terapeutyczne są mało skuteczne i można je wzmocnić przez usunięcie czy neutralizację jajników jako gruczołów wydzielania wewnętrznego. W tym przypadku przedstawiony zabieg usunięcia zdrowego i normalnie funkcjonującego organu jest moralnie usprawiedliwiony. Analogiczne sytuacje mogą się zdarzyć w przypadku raka prostaty, którego rozwój jest dynamizowany przez męskie hormony. Celem uratowania całości – zdrowia, a nawet życia mężczyzny – wolno poświęcić zdrowy organ lub pełnione przez niego funkcje; w tym przypadku przeprowadzić jego neutralizację, jeżeli konieczne, również w formie kastracji (dziś taka terapia należy już zasadniczo do przeszłości). Spowodowana w ten sposób sterylizacja, tak kobiety, jak i mężczyzny, jest skutkiem ubocznym koniecznego działania dobroczynnego. Nie może więc być utożsamiana z działaniem antykoncepcyjnym. Tym samym nie stanowi moralnej przeszkody dla cielesnego współżycia małżonków (kastrowanie w późniejszym wieku nie powoduje impotencji).

4.3. Zasada proporcjonalności

Praktyka biomedyczna dosyć często spotyka się z dylematem, jak daleko należy ratować ludzkie życie, zwłaszcza w sytuacjach granicznych. Odpowiedź na to pytanie nie jest prosta, a w dyskusjach przeważnie dominują dwa skrajne stanowiska. Pierwsze głosi, że w skrajnych sytuacjach należy zaniechać ratowania człowieka i pozwolić mu umrzeć, aby niepotrzebnie nie cierpiał lub nie musiał zmagać się ze swoim kalectwem. Drugie domaga się stosowania w procesie ratowania ludzkiego życia wszystkich możliwych środków i podtrzymywania go, jak długo jest to tylko możliwe.

⁵⁰ Por. PIUS XII, *Mutilazione, perizia medica*. Przemówienie do Uczestników 26 Kongresu Urologicznego (08.10.1953 r.), w: P. Verspieren (red.), *Biologia, medicina ed etica. Testi del Magistero cattolico*, Brescia 1990, s. 296.

W przywołanej kwestii Magisterium Kościoła już kilkakrotnie przedstawiło swoje stanowisko. Rozstrzygając przedstawiony dylemat, dokonało ono rozróżnienia środków medycznych na podstawowe, zwane też minimalnymi; zwyczajne, zwane też proporcjonalnymi, oraz nadzwyczajne, zwane też nieproporcjonalnymi. Inne dokumenty, a także publikacje moralistów katolickich wyróżniają jeszcze środki „dobroczyenne” i „nie-dobroczyenne”, czy też „bezcelowe” i „niewspółmierne”⁵¹.

Jakkolwiek podział środków terapeutycznych może być w pewnym stopniu relatywny, gdyż ich możliwości zmieniają się wraz z rozwojem cywilizacyjnym i postępem nauk medycznych, to jednak można wskazać na pewne obiektywne kryteria ich podziału. U podstaw tych kryteriów stoi ocena rodzaju stosowanej terapii, stopień jej trudności, związane z nią niebezpieczeństwa, konieczne dawki i możliwości ich praktycznego zastosowania, spodziewane rezultaty, stan chorego, w tym jego sił psychofizycznych⁵². Konsekwentnie do środków podstawowych, czyli minimalnych zalicza się te, które są niezbędne do podtrzymania funkcji życiowych, a więc na przykład troskę o higienę, nawadnianie organizmu, odżywianie, zapobieganie odleżynom. Do środków zwyczajnych i zarazem proporcjonalnych można zaliczyć takie specyfiki i metody, jak transfuzja krwi, podawanie antybiotyków, środków znieczulających, oraz te leki, które są dostępne finansowo dla większości ludzi danego kraju, nie powodują nadmiernych i przedłużających się cierpień pacjenta, dają szansę pozytywnego skutku terapii. Z kolei środki nadzwyczajne i zarazem nieproporcjonalne to te, które są drogie i przerastają możliwości materialne danego pacjenta lub jego rodziny, mogą pozostawić poważne i niekorzystne skutki w zakresie zdrowia fizycznego lub psychicznego, dają małe szanse wyleczenia⁵³.

Z przytoczonym podziałem wiążą się konsekwencje etyczne. Można je ująć w dwie fundamentalne zasady:

⁵¹ Por. KONGREGACJA NAUKI WIARY, *Deklaracja o eutanazji «Iura et bona»*, Rzym 1980, nr IV; EV 65; KKK 2278.

⁵² Por. KONGREGACJA NAUKI WIARY, *Deklaracja o eutanazji «Iura et bona»*, Rzym 1980, nr IV.

⁵³ Por. J. WRÓBEL, *Człowiek i medycyna...*, dz. cyt., s. 410.

1) „Nawet jeśli śmierć jest uważana za nieuchronną, zwykłe zabiegi [tzn. środki minimalne, zwyczajne, proporcjonalne, dobroczynne] przysługujące osobie chorej nie mogą być w sposób uprawniony przerywane”⁵⁴. Wymóg ten dotyczy również podtrzymywania życia osób będących w permanentnym stanie wegetatywnym. Zaniechanie takich zabiegów byłoby tożsame z zabójstwem (bezpośrednio zamierzonym pozbawieniem życia człowieka) lub eutanazją (czyli zabójstwem przez czyn lub zaniechanie celem wyzwolenia człowieka z cierpienia). Niemniej jeżeli stosowanie środków minimalnych, w tym również podawanie pokarmu i napoju, staje się niemożliwe z powodu braku odpowiedniej aparatury, organizm pacjenta nie jest w stanie ich sobie przyswajać lub ich podawanie byłoby źródłem wyjątkowego cierpienia (w tym również powodowanego przez konieczną do zastosowania aparaturę), można z nich zrezygnować⁵⁵.

⁵⁴ KKK 2279.

⁵⁵ POF. PAPIESKA RADA DO SPRAW DUSZPASTERSTWA SŁUŻBY ZDROWIA, *Karta Pracowników...*, dz. cyt., 120: „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”. Por. także KONGREGACJA NAUKI WIARY, *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania*, Rzym 1.08.2007 r.; http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_risposte-usa_pl.html (odczyt z dn. 20.05.2017 r.); także *Komentarz [Oficjalny do wypowiedzi Kongregacji Nauki Wiary nt. „Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania” z 15.09.2007 r.]*. http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_nota-commento_pl.html (odczyt z dn. 27.08.2015 r.): „Stwierdzając, że podawanie pokarmu i wody jest zasadniczo moralnym obowiązkiem, Kongregacja Nauki Wiary nie wyklucza ewentualności, że w pewnych odizolowanych albo bardzo biednych regionach odżywianie i nawadnianie w sposób sztuczny mogą być fizycznie niemożliwe, a zatem *ad impossibilia nemo tenetur*; pozostaje jednak obowiązek zapewnienia minimalnej możliwej opieki i zatroszczenia się, na ile to możliwe, o środki konieczne do należytego podtrzymywania życia. Nie wyklucza się też, że pacjent na skutek zaistniałych komplikacji może nie być zdolny do przyswajania pokarmu i płynów, co uczyniłoby ich podawanie całkowicie nieużytecznym. Poza tym nie wyklucza się całkowicie ewentualności, że w pewnych rzadkich przypadkach sztuczne odżywianie i nawadnianie może być dla pacjenta nadmiernie uciążliwe bądź powodować wyjątkowe cierpienie fizyczne związane, na przykład, z komplikacjami wynikającymi z użycia aparatury”.

2) „Zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być uprawnione. Jest to odmowa «uporczywej terapii». Nie zamierza się w ten sposób zadawać śmierci; przyjmuje się, że w tym przypadku nie można jej przeszkodzić”⁵⁶. Nie oznacza to jednak, że człowiek nie może akceptować takich środków. Mając na uwadze określone dobro osobiste lub dobro ludzkości, pacjent może wyrazić zgodę (a gdy on sam nie jest w stanie tego uczynić, to jego najbliżsi) na zastosowanie szczególnych środków, których skuteczność nie jest do końca sprawdzona i z których użyciem byłoby związane pewne niebezpieczeństwo (na przykład nowe specyfiki, które nie przeszły jeszcze pełnej procedury dopuszczenia do użycia). Jest to moralnie uprawniona zgoda na udział w tak zwanym eksperymencie terapeutycznym⁵⁷.

Jednocześnie uparte podtrzymywanie życia może też stać się niemoralne, kiedy naturalne możliwości organizmu wyczerpały się lub nie można już uniknąć śmierci. Dotyczy to sytuacji, kiedy techniczno-medyczne wymuszanie procesów życiowych (przeważnie w ramach OIOM-u) nie oznacza nic innego, jak przedłużanie konania i cierpień człowieka⁵⁸.

Bibliografia

- Beauchamp T. L., Childress J. F., *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996.
- Benedykt XVI, Encyklika *Deus caritas est*, Rzym 2005.
- Biesaga T., *Imperatyw kategoryczny*, w: A. Maryniarczyk [i in.] (red.), *Powszechna encyklopedia filozofii*, t. 4, Lublin 2003, s. 786-788.
- Biesaga T., *Norma moralności*, w: A. Maryniarczyk [i in.] (red.), *Powszechna encyklopedia filozofii*, t. 7, Lublin 2003, s. 699-702.
- Biotechnologia*, w: *Wielka encyklopedia medycyny*, t. 3, Warszawa 2011, s. 148-151.

⁵⁶ KKK 2278.

⁵⁷ Por. KONGREGACJA NAUKI WIARY, *Deklaracja o eutanazji...*, dz. cyt., IV; PAPIESKA RADA DO SPRAW DUSZPASTERSTWA SŁUŻBY ZDROWIA, *Karta Pracowników...*, dz. cyt., 65, 80.

⁵⁸ Por. EV 65; KONGREGACJA NAUKI WIARY, *Deklaracja o eutanazji...*, dz. cyt., nr IV.

- Biotechnologia medyczna*, w: *Komitet Biotechnologii PAN*, http://www.kbiotech.pan.pl/index.php?option=com_kontent&view=article&id=73&Itemid=61 (odczyt z dn. 29.10.2012 r.).
- Bompiani A., *Le tecniche di fecondazione assistita: una rassegna critica*, Milano 2006.
- Bruguès J.-L., *La fécondation artificielle. Au crible de l'éthique chrétienne*, Paris 1989.
- Bujałowska B., *Medycyna ludów pierwotnych*, w: T. Brzeziński (red.), *Historia medycyny*, Warszawa 1988, s. 23-51.
- Chyrowicz B. (red.), *Klonowanie człowieka. Fantazje – zagrożenia – nadzieje*, Lublin 1999.
- Dec I., *Personalizm*, w: A. Maryniarczyk [i in.] (red.), *Powszechna encyklopedia filozofii*, t. 8, Lublin 2007, s. 122-127.
- Die ärztlichen Gelöbnisse*, „Arzt und Christ” 1(8) (1962), s. 1-34.
- Eckart W. U., *Illustrierte Geschichte der Medizin. Von der französischen Revolution bis zur Gegenwart*, Berlin Heidelberg 2011.
- Gillon R., *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, Warszawa 1997.
- Grzegorz z Nazjanzu, *Funebris in laudem Caesaris fratris oratio, superstitibus adhuc parentibus*, PG 35 kol. 756-788.
- Gula J., *Przysięga Hipokratesa: nota od tłumacza i tekst*, w: J. Gałkowski, J. Gula, *W imieniu dziecka poczętego*, Rzym–Lublin 1991², s. 193-197.
- Günthör A., *Chiamata e risposta. Una nuova teologia morale*, t. 3: *Morale speciale: le relazioni verso il prossimo*, Roma 1979, s. 118-122.
- Häring B., *W służbie człowieka. Teologia moralna a etyczne problemy medycyny*, Warszawa 1975.
- Hieronim, *Epistola 52 (Ad Nepotianum. De vita clericorum et monachorum)*, 15; PL 12, kol. 527-540.
- Jan Paweł II, *Encyklika Dives in misericordia*, Rzym 1980.
- Jan Paweł II, *Encyklika Evangelium vitae*, Rzym 1995.
- Jan Paweł II, *Encyklika Fides et ratio*, Rzym 1998.
- Jan Paweł II, *Encyklika Veritatis splendor*, Rzym 1993.

- Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników 35 Zgromadzenia Ogólnego Światowej Organizacji Lekarskiej*, 29.10.1983 r., AAS 76(1984), s. 389-395.
- Kant I., *Uzasadnienie metafizyki moralności*, Warszawa 1984³.
- Katechizm Kościoła katolickiego, Poznań 2002².
- Kodeks Hammurabiego*, www.pistis.pl/biblioteka/Hammurabiego%20kodeks.pdf (odczyt z dn. 20.08.2015 r.).
- Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji «Iura et bona»*, Rzym 1980.
- Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja o powołaniu teologa w Kościele «Donum veritatis»*, Rzym 1990.
- Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania «Donum vitae»*, Rzym 1987.
- Kongregacja Nauki Wiary, *Komentarz [Oficjalny do wypowiedzi Kongregacji Nauki Wiary nt. „Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania” z 15.09.2007 r.]*, http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_nota-commento_pl.html (odczyt z dn. 27.08.2015 r.).
- Kongregacja Nauki Wiary, *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania*, Rzym 1.08.2007 r., http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_riposte-usa_pl.html (odczyt z dn. 20.05.2017 r.).
- Lemański J., *Księga Rodzaju, Cz. 1: Rozdziały 1-11*, Częstochowa 2013.
- Międzynarodowa Komisja Teologiczna, *W poszukiwaniu etyki uniwersalnej: nowe spojrzenie na prawo naturalne*, Kraków 2010.
- Mondin B., *Una nuova cultura per una nuova società. Analisi della crisi epocale della cultura moderna e dei progetti per superarla*, Milano 1981.
- Oryginalna Przysięga Hipokratesa*, <http://adonai.pl/life/?id=110> (odczyt z dn. 14.05.2015 r.).
- Papieska Rada do spraw Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Rzym 1995.
- Papieska Rada Iustitia et Pax, *Kompendium Nauki Społecznej Kościoła*, Kielce 2005.
- Paweł VI, Encyklika *Humanae vitae*, Rzym 1968.

- Pius XII, *Mutilazione, perizia medica*. Przemówienie do Uczestników 26 Kongresu Urologicznego (08.10.1953 r.), w: P. Verspieren (red.), *Biologia, medicina ed etica. Testi del Magistero cattolico*, Brescia 1990, s. 295-297.
- Przyłuska-Fiszler A., *Problem diagnostyki preimplantacyjnej* (Wokół diagnostyki preimplantacyjnej 20.03 – 3.04.2009 r.), http://www.ptb.org.pl/pdf/przyluska_reimplantacja_1.pdf, s. 2 (odczyt z dn. 29.10.2012 r.).
- Ratledge C., Kristiansen B. (red.), *Podstawy biotechnologii*, Warszawa 2011.
- Santinello G., Pieretti A., Capecci A., *I problemi della filosofia. La filosofia nei rapporti con le scienze e la cultura*, T. 1: *Nel mondo antico e medievale*, Roma 1980, s. 9-28.
- Seyda B., *Dzieje medycyny w zarysie*, Warszawa 1977³.
- Siefert H., *Ärztliche Gelöbnisse*, w: A. Eser [i in.] (red.), *Lexikon: Medizin. Ethik. Recht*, Freiburg–Basel–Wien 1989, kol. 113-122.
- Sigerist H. E., *A History of Medicine*, T. 2: *Early Greek, Hindu and Persian Medicine*, New York 1960.
- Spicq C., Grelot P., *Krew*, w: X. Léon-Dufour (red.), *Słownik teologii biblijnej*, Poznań–Warszawa 1985³, s. 393-396.
- Spinsanti S., *Medico*, w: *Nuovo Dizionario di Teologia Morale*, Cinisello Balsamo (Milano) 1990, s. 736-749.
- Spinsanti S., *Vita fisica*, w: *Corso di Morale*, T. 2: *Diakonia. Etica della persona*, Brescia 1983, s. 127-267.
- Szumowski W., *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Warszawa 1994.
- Viard A.-A., Guillet J., *Życie*, w: X. Léon-Dufour (red.), *Słownik teologii biblijnej*, Poznań–Warszawa 1985³, s. 1156-1161.
- Wojtyła K., *Miłość i odpowiedzialność*, Lublin 2001.
- Wróbel J., *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*, Kraków 1999.
- Wróbel J., *Etyka lekarska, etyka medyczna i bioetyka. Próba metodologicznego rozróżnienia*, „Roczniki Teologii Moralnej” 4(59) (2012), s. 167-191.
- Wróbel J., *Lekarska etyka*, w: E. Ziemann (red.), *Encyklopedia katolicka*, t. 10, Lublin 2004, kol. 702-709.

Bp dr hab. Józef Wróbel, prof. KUL – ur. 1952, absolwent Wyższego Seminarium Misyjnego Księży Sercanów w Stadnikach. Biskup pomocniczy archidiecezji lubelskiej, pracownik naukowy KUL, kierownik Katedry Teologii Życia. Ma w dorobku liczne publikacje, polskie i zagraniczne, z zakresu teologii moralnej i bioetyki.

e-mail: j.wrobel@diecezja.lublin.pl