

Andrzej Muszała

Nowy paradygmat zdrowia ONZ a hipokratejska etyka lekarska

Symposium 6/1(9), 109-118

2002

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.

Ks. mgr lic. Andrzej Muszala

NOWY PARADYGMAT ZDROWIA ONZ A HIPOKRATEJSKA ETYKA LEKARSKA

W moim referacie pragnę prześledzić rozwój i zmianę koncepcji zdrowia ludzkiego, jakie daje się zauważyć na przestrzeni historii, począwszy od starożytności, a skończywszy na czasach współczesnych. Z racji konieczności przestrzegania ram czasowych ograniczę się jedynie do pobieżnego zareprezentowania problemu w przysiędze Hipokratesa, a następnie porównam z nią współczesną wizję zdrowia i życia ludzkiego, jaka jest przyjmowana przez Światową Organizację Zdrowia przy Organizacji Narodów Zjednoczonych.

Przysięga Hipokratesa jest najbardziej znanym streszczeniem kodeksu etyki lekarskiej, regulującym normy odniesienia lekarza do pacjenta. Sam jej autor, uważany za ojca medycyny europejskiej, żył w przybliżeniu w latach 460-377 przed Chrystusem, na wyspie Kos, w starożytnej Grecji. Jego zasady kształtowały moralne postawy lekarza wobec pacjenta przez ponad dwa tysiące lat, aż do czasów współczesnych.. Wyrosły one na bazie olbrzymiego już w czasach Hipokratesa doświadczenia nie tylko cywilizacji greckiej, lecz – jak to wykazał w swej analizie prof. W. Szejnach – także starożytnych Indii i Egiptu¹. Nie będę przytaczać tu całej treści tekstu przysięgi, lecz skupię się na najważniejszych założeniach, które odnoszą się do tematu niniejszego referatu.

Po zapewnieniu szacunku i niemal rodzinnego odniesienia do mistrza, od którego młody adept sztuki lekarskiej otrzymał wykształcenie, następują bardzo ważne stwierdzenia, które ilustrują normy odniesienia lekarza do pacjenta:

- Sposób życia urządzać będę chorym dla ich dobra podług sił moich i zdolności, dalekim będąc od wszelkiego uszkodzenia i krzywdy wszelkiej;
- Nigdy nikomu ani na żądanie, ani na prośby niczyje nie podam trucizny, ani też nigdy takiego sam nie poweźmę zamiaru, jak również nie udzielę niewieście żadnego środka poronnego;

– Do czyjegokolwiek domu wnijdę, celem wejścia mojego będzie jedynie dobro chorego, jakoż nigdy mną kierować nie będzie rozmyślne bezprawie ani występki, ani chęć lubieżna – bądź względem niewiasty, bądź względem mężczyzny, ani wolnych, ani niewolników.

Na koniec następuje deklaracja zachowania tajemnicy lekarskiej².

Podsumowując pobieżnie powyższe zasady, można stwierdzić, że u podstaw etosu hipokratejskiego leży szacunek do osoby ludzkiej, która jest centrum medycznej aktywności, zaś najwyższym celem samym w sobie jest zawsze dobro pacjenta – osoby ludzkiej. W takim patrzaniu zdrowie jawi się jako dobro konkretnej osoby; jako jej przymiot i wartość, którą należy ochraniać; przynależy do niej z samej zasady przyrodzonej godności człowieka, niezależnie od wieku, płci, statusu społecznego, stopnia zagrożenia życia itp.

Zasady hipokratejskie wyrosły z głębszej, antropologiczno-filozoficznej bazy klasycznej filozofii greckiej, która – szczególnie w wizji arystotelesowskiej – pojmowała osobę ludzką jako jedność duszy i ciała, i jako byt rozumny, któremu przysługuje najwyższy status pośród wszystkich istot żyjących. Chcąc zatem zrozumieć te zasady, należy zawsze umieszczać je w odpowiednim kontekście filozoficzno-społecznym, w którym powstały i funkcjonowały. Jest rzeczą skądinąd znamionną, że pomimo wielokrotnych przemian, przez jakie przechodził rozwój europejskiej myśli antropologiczno-filozoficznej, zasady wypracowane w starożytności, w których choremu przysługiwały podstawowe przywileje osoby: nienaruszalności i integralności, oparte się działaniu czasu i przez długie stulecia normowały odniesienie lekarza i całej służby zdrowia do pacjenta.

Przełom nastąpił właściwie dopiero w XX wieku. W 1948 roku opracowano, a w rok później ogłoszono nową wersję przysięgi lekarskiej, która miała wyjść naprzeciw oczekiwaniom społeczeństwa pluralistycznego, zbudowanego już nie na jakimś jednym systemie filozoficznym, lecz uwzględniającego możliwość istnienia wielu poglądów i koncepcji urzędzenia życia społecznego. Tak zwana Deklaracja Genewska wypracowana przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy, które z kolei związane było ze Światową Organizacją Zdrowia przy nowo powstałej Organizacji Narodów Zjednoczonych, zbierała w jedną całość zasady kodeksów etyki lekarskiej powstałych w drugiej połowie XIX i w pierwszej połowie XX wieku. Zaznaczała ona konieczność najwyższego respektu dla życia

ludzkiego od chwili poczęcia, jednakże nie odrzucała w sposób tak jawny i mocny praktyk eutanazyjnych, jak czyniła to przysięga Hipokratesa; milczała także na temat uwodzenia pacjentów³. Jednakże – pomimo swych niedociągnięć – deklaracja ta gwarantowała poszanowanie podstawowych praw pacjenta i traktowanie go zawsze jako najwyższego celu wszelkich działań medycznych. Takie patrzanie na człowieka chorego wynikało z zasad ogłoszonej kilka miesięcy wcześniej przez ONZ Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka. Ponieważ problem ten jest kluczowym zagadnieniem, wyznaczonym przez temat niniejszego referatu, spróbuję go przybliżyć.

Jest rzeczą znamionną, że Organizacja Narodów Zjednoczonych powstała w połowie „wieku totalitaryzmów”, jak coraz częściej nazywa się ubiegłe stulecie. Z jednej strony, dopiero co zwalczony narodowy socjalizm, który pchnął Rzeszę Niemiecką do rozpętania najbardziej krwawej wojny, z drugiej zaś będący niejako w szczytowej fazie rozkwitu komunizm, ogarniający swym zasięgiem największe ówczesne państwo na świecie i zagarniający swymi zaborczymi rękami całą grupę państw Europy Wschodniej, towarzyszyły narodzeniu się organizacji, która miała położyć kres przemocy i wprowadzić ogólnoswiatowe braterstwo między ludźmi wszystkich ras i kontynentów. Człowiek połowy lat 40-tych XX wieku był w stanie głębokiej duchowej depresji po latach eksterminacji całych grup społecznych, zagłady dzieci, starców i niepełnosprawnych, egzekucji osób cywilnych w obozach koncentracyjnych i na frontach II Wojny Światowej. Ostatni jej akcent, jakim było spuszczenie bomby atomowej na Hiroszimę i Nagasaki stał się symbolicznym znakiem mówiącym, iż kultura śmierci stała się trwałym elementem współczesnej cywilizacji. I choć nie zapowiadało się, że komunistyczny reżim bloku wschodniego wkrótce może być zniesiony, to jednak świat zachodni zaczął szukać możliwości zorganizowanego ułożenia przyszłości bez przemocy i totalitaryzmu. W takiej atmosferze zaraz po wojnie powstała Organizacja Narodów Zjednoczonych. 10 grudnia 1948 roku Zgromadzenie Ogólne ONZ przyjęło Powszechną Deklarację Praw Człowieka, która bliżej określiła status osoby ludzkiej wg wizji Narodów Zjednoczonych, oraz stała się podłożem do wielu antropologicznych rozstrzygnięć.

Z Deklaracji wynika, że już od samego początku istnienia jednostka ludzka obdarzona jest pełnią praw i przynależy do jednej, ogólnoswia-

towej rodziny. Wszyscy ludzie obdarzeni są tą samą godnością i tymi samymi prawami; są sobie równi, niezależnie od istniejących podziałów i różnic, które między nimi występują. Owa równość w godności i w prawach wszystkich obywateli świata jest istotną cechą proklamowaną przez Deklarację.

W tekście Deklaracji znajdujemy rozróżnienie na dwie kategorie praw ludzkich. Na pierwszym miejscu są tzw. prawa cywilne i polityczne: prawo do życia, wolności, swobodnego poruszania się i wyboru miejsca zamieszkania, prawo do zakładania własnej rodziny, prawo do własności prywatnej, wolności słowa, myśli, sumienia, wyznania, poglądów i wypowiedzi, prawo do stowarzyszania się, uczestnictwa w rządzeniu itp. (artykuły 2-21). Na drugim miejscu Deklaracja proklamuje tzw. prawa ekonomiczne, społeczne i kulturalne, jak: prawo do pracy, ochrony przed bezrobociem, równej płacy, tworzenia i przystępowania do związków zawodowych, prawo do urlopu, wypoczynku, poziomu życia zapewniającego zdrowie, prawo do opieki i pomocy dla rodziny, prawo do nauki, do dostępu do żywności, posiadania godnych warunków mieszkaniowych itp. (artykuły 22-30).

Moim celem jest dokładne zanalizowanie Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka oraz jej wpływu na zmianę stosunków międzynarodowych, lecz zajmę się nią o tyle, o ile ma ona wpływ na specyficzne patrzyenie na pacjenta oraz na koncepcję zdrowia. Cała Deklaracja, szczególnie w pierwszych trzech „metajurydycznych” artykułach, prezentuje określoną wizję filozoficzną człowieka, która następnie stanowi bazę do konkretnych rozwiązań problemów szczegółowych. I chociaż pierwotnym jej celem nie były orzekania w kwestiach antropologicznych, to jednak wpłynęła ona w olbrzymi sposób na współczesne patrzyenie na człowieka i stała się również teoretyczną bazą do szczegółowych orzeczeń także w kwestiach odnoszących się do medycyny.

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka ma charakter antropocentryczny. Uznaje ona, że w centrum historii świata znajduje się człowiek jako byt rozumny, wolny, odpowiedzialny, zdolny do solidarności i miłości. Zbudowana jest ona na tradycyjnym systemie wartości, mocno przenikniętym duchem chrześcijańskim, na tzw. moralności potocznej oraz na ówczesznie rozumianej koncepcji prawa naturalnego; dlatego jest ona wypadkową różnych koncepcji antropologicznych. Siłą rzeczy

jest pewnym konsensusem, który był możliwy do zaakceptowania przez wszystkie zainteresowane podmioty, lecz który z drugiej strony – po latach bolesnych doświadczeń związanych z gehenną wojny światowej – szczególnie mocno podkreślał godność każdej ludzkiej istoty, jej prawo do życia oraz jego ochrony, równość i braterstwo wszystkich ludzi. Proces Norymberski, który miał miejsce na rok przed uchwaleniem Deklaracji, stał się inspiracją tego, aby w proklamowaniu nowych, ogólnoludzkich ustaw należy oprzeć się przede wszystkim na prawie naturalnym, które jest ponad prawem pozytywnym. Dlatego też Deklaracja wychodzi w swych założeniach od określenia antropologicznego statusu osoby ludzkiej, która w swych założeniach jest celem sama w sobie wszelkiej aktywności politycznej, ekonomicznej, medycznej, kulturowej itp. oraz podmiotem praw i na tak zbudowanej bazie proklamuje szczegółowe prawa człowieka.

Jednakże po 1948 roku można zauważyć niepokojące tendencje w pewnej reinterpretacji tekstu Deklaracji, które nasiliły się zwłaszcza w latach 90-tych ubiegłego stulecia. Szczególnym punktem zwrotnym była Światowa Konferencja Praw Człowieka w Wiedniu w 1993 r., zwołana pod hasłem: *Know your rights, demand and defend them!* („Poznaj swoje prawa, wymagaj ich i broń ich!”), która otwarła drzwi do specyficznej rewizji praw człowieka. W wielu wypowiedziach przewijał się motyw, iż prawa ludzkie są, ze swej istoty, „prawami w ruchu” i choć z jednej strony zawierają w sobie elementy niezmiennie, to jednak z drugiej – są wyrazem „sumienia historycznego”; są zatem zarówno absolutne, jak i relatywne⁴. Analizując wypowiedzi oraz tekst Deklaracji Wiedeńskiej, uchwalonej podczas tej konferencji, można zauważyć, że dokonano w niej nieznacznego i niemal niezauważalnego na pierwszy rzut oka, kosmetycznego zabiegu, polegającego na zrównaniu praw fundamentalnych z prawami ekonomicznymi, socjalnymi i kulturowymi, umiejscawiając je na tym samym poziomie. Taka reinterpretacja niesie ze sobą całkowitą zmianę antropologicznej wizji człowieka oraz ma ogromne konsekwencje w dalszym rozumieniu jego praw. Prawa jednostki mogą być w takiej koncepcji podporządkowane prawom rozwojowym, w których osoba staje się częścią organizmu społecznego⁵. Według Deklaracji z 1948 roku, podstawowym prawem człowieka było prawo do życia; z niego wypływały wszelkie inne prawa, a zatem także

prawa ekonomiczne i społeczne, z poszanowaniem jego wolności i godności. Dla przykładu prawo do poziomu życia zapewniającego zdrowie i dobrobyt, gwarantowane w art. 25, czy też prawo do pracy, omawiane w art. 23 mówią o konkretnym sprecyzowaniu podstawowego prawa do życia oraz o warunkach, w których może realizować się ludzka wolność. Tymczasem sprowadzenie praw fundamentalnych na ten sam poziom co prawa ekonomiczne, społeczne i kulturalne grozi redukcjonistycznym patrzaniem na człowieka i zamachem na jego wolność i godność⁶.

Wielkim zagrożeniem dla Deklaracji z 1948 roku jest również pragnienie wyrażane przez niektóre kręgi, aby poszerzyć listę praw człowieka o tzw. nowe prawa, jak np. „zdrowie seksualne i reproduktywne”, w którego skład wchodzi prawo do aborcji, różnych modeli rodziny (także małżeństw homoseksualnych), prawo do wolności orientacji seksualnej itp. Szczególnie dużą aktywność w tej dziedzinie wykazują tu takie organizacje, jak Międzynarodowa Federacja Towarzystw Planowanego Rodzicielstwa (IPPF) czy Międzynarodowy Fundusz Rodziny. Na następnych konferencjach międzynarodowych WHO w Kairze (1994 r.) i Pekinie (1995 r.) owe „nowe prawa” człowieka były szczególnie mocno promowane przez państwa Europy Zachodniej. Dały się wówczas także zauważyć szczególnie mocne naciski kół feministycznych świata zachodniego, które forsowały specyficzne programy ochrony zdrowotnej kobiet, postulując zwłaszcza jej prawa do dysponowania życiem, które w sobie nosi, dostępu do środków antykoncepcyjnych, czy też legalności i darmowości aborcji czy sterylizacji⁷. Jednakże ta wielka zmiana sensu i relatywizacja powszechnego prawa do życia wszystkich istot ludzkich ostatecznie obraca się przeciwko samej kobiecie. Bowiern jej „użyteczność” może być określana według innych niż dotychczas kryteriów, w zależności od zapotrzebowań „ciała społecznego”; w imię „sprawiedliwości” kobieta może być już wkrótce postrzegana w kategoriach „zdrowia reproduktywnego” i podporządkowana nowym programom i „priorytetom” WHO. Zresztą te zjawiska już dziś mają miejsce, co widać chociażby we wdrażaniu programów aborcyjnych, sterylizacyjnych, antykoncepcyjnych itp. W imię sprawiedliwości i obrony kobiety dochodzi więc do jej całkowitego zniewolenia i pogwałcenia jej godności! Oto, do czego prowadzi zmiana treści Deklaracji Praw Człowieka i pozornie niewielki wyłom w całości wizji antropologicznej człowieka.

Podobnie zauważyć można reinterpretację stwierdzenia „jakości życia”, o której mówiła Deklaracja z 1948 r., rozumiejąc ją wówczas jako zapewnienie podstawowych ludzkich aspiracji, jak: dostęp do środków żywności, odzieży, miejsca zamieszkania, opieki zdrowotnej, nauki itp. (art. 25.). Dziś, jeżeli słyszy się dyskusję na temat jakości życia, to jest ono postrzegane pod kątem „dobra społecznego”, które stanowi kryterium, „czy dane życie jest warte życia”⁸. Wskutek takiego patrzenia dzieci upośledzone, płody bezmózgowe, chorzy na AIDS, chorobę Downa, czy starcy są jednostkami obciążającymi ekonomicznie społeczeństwo i jako takie „nie są warte życia”, które dlatego należałoby przerwać. Określenie jakości życia, które pierwotnie było tworzone przez odniesienie do fundamentalnych praw człowieka, obecnie jest orzekane pod kątem społecznym i ekonomicznym; życie ludzkie zostało podporządkowane dobru społecznemu.

Takie nowe patrzenie na człowieka ma jeszcze dalej idące konsekwencje. Jednostka zostaje coraz częściej postrzegana jako „efemeryczna cząstka” w historii świata i kosmosu; jako przemijalne ogniwo w odysei czasu i przestrzeni⁹. Liczy się tylko „ciało społeczne”, a w nim – „zdrowie publiczne”. Jednostka, podporządkowana tym strukturom, powinna zaakceptować swoje miejsce w przemijalnej historii i zrzec się swoich irracjonalnych roszczeń na rzecz ciała kolektywnego, jakim jest Państwo, Rynek, Światowa Wioska, czy Gaja – Matka-Ziemia; jej ciało należy bowiem do społeczności, które jedynie ma nad nim władzę.

Z powyższej analizy zmiany sensu Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka ONZ można wywnioskować, że koncepcja antropologiczna człowieka, jak i wszelkie jej interpretacje mają niezwykle silny wpływ na tworzenie norm w etyce lekarskiej oraz w nowym patrzeniu na człowieka chorego. Można zauważyć, że w ostatnich czasach został wprowadzony tzw. nowy paradygmat zdrowia. Jest on ściśle związany z tzw. holistyczną wizją zdrowia, propagowaną przez ostatnie 10 lat przez Światową Organizację Zdrowia. Kiedy tworzono tę organizację w 1948 roku jako jedną z szesnastu wyspecjalizowanych instytucji ONZ, głównym zakładanym wówczas celem było dążenie do uzyskania przez wszystkich ludzi możliwie najwyższego poziomu zdrowia. W tym celu WHO wyznaczała kierunki rozwoju w zakresie ochrony zdrowia, współpracując z rządami przy opracowywaniu i realizacji narodowych planów ochrony zdrowia,

rozwijając nowe technologie i pomagając w ich upowszechnianiu, i w ten sposób promując standardy i informacje w dziedzinie ochrony zdrowia. W początkowej wizji WHO zdrowie było postrzegane jako wartość przysługująca niejako ontologicznie konkretnej osobie. Polegało ono na minimalnym poziomie, na którym człowiek mógł żyć i podejmować swoje obowiązki. Jednakże z czasem można zaobserwować powolną ewolucję znaczenia tego słowa, analogiczne i równoległe do tych zmian, które przebiegały w interpretowaniu Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka. Obok aspektów tradycyjnych zaczęto także coraz bardziej podkreślać aspekty ekonomiczne, socjologiczne i polityczne zdrowia. Znamionnym momentem było tu stwierdzenie dr Marcolino Candau, który w 1968 roku, pełniąc funkcję dyrektora generalnego WHO, stwierdził, że „zdrowie jest integralną częścią rozwoju ekonomicznego i społecznego, którego człowiek jest jedynym motorem. Bez człowieka rozwój nie ma racji bytu, zaś bez zdrowia rozwój nie znajduje swojej bazy wyjściowej”¹⁰. Kolejnym niebezpiecznym ewenementem była teza, że prawo wszystkich do odpowiedniego poziomu życia ogranicza możliwości pełnego zdrowia dla niektórych; gdy bowiem chcemy zapewnić odpowiednio wysoki poziom zdrowia części populacji, musimy uwzględnić duże koszty, które się z tym wiążą, a które trzeba przeznaczyć na odpowiednią opiekę medyczną uprzywilejowanej mniejszości. W latach 50-tych i 60-tych Światowa Organizacja Zdrowia, pod wpływem i pod naciskami Banku Światowego, z którego czerpała swoje fundusze, wiele zastanawiała się nad problemem kosztów leczenia w skali globalnej. Wynikiem tych analiz było powolne wypracowywanie nowej koncepcji – „nowego paradygmatu” zdrowia, które przynależąc do konkretnej grupy społecznej, podpadało pod kryteria ekonomiczne, społeczne i polityczne. Wyraźnym przejawem takiej koncepcji były stwierdzenia Konferencji WHO, która odbyła się w Ałma Acie (Kazachstan) w 1978 roku, i która stwierdzała m.in. rozpoczęcie „nowej ery – politycznej wiedzy na temat zdrowia – która ukazuje, że zdrowie jest problemem przede wszystkim publicznym całej populacji. Podlega ono odpowiedzialności ogółu, a jednostka ma dbać o jego dobry stan dla dobra całego kolektywu”¹¹.

W 1991 roku, podczas zgromadzenia światowego WHO, jej ówczesny dyrektor generalny, H. Nakajima, stwierdził, że „nowy paradygmat zdrowia powinien współbrzmieć z ogólną wizją świata, w którym zdro-

wie znajduje się w centrum rozwoju ekonomicznego i stanowi główną oś koncepcji jakości życia¹². Dlatego rola WHO nie sprowadza się już tylko do proponowania pomocy technicznej rządów państw ubogich, lecz ma również charakter normatywny, związany z promocją nowej wizji świata. Zgromadzenie Ogólne WHO zaadoptowało „nowy paradygmat” zdrowia w 1992 roku. W tym też czasie zaczęto wprowadzać ową koncepcję w inne sektory życia społecznego. W 1994 roku powołano specjalną grupę ekspertów w celu zanalizowania centralnej roli zdrowia w procesie przemian światowych oraz określenia, w jaki sposób nowy paradygmat ma się do wymagań rynku ekonomicznego. Ukoronowaniem tych analiz była Konferencja w Kairze w 1994 roku, zatytułowana „Populacja i rozwój”, na której centralnym problemem był temat „zdrowia reproduktywnego” jako priorytetowego celu Światowej Organizacji Zdrowia. W myśl orzeczeń Konferencji ludzie zdolni są do prowadzenia odpowiedzialnego życia seksualnego; do reprodukcji i wolności w wyborze jej czasu oraz metod¹³. W dokumentach z konferencji dość często przewijają się takie terminy, jak: „macierzyństwo bez ryzyka”, „projektowanie rodziny” (czasowe, tzn. możliwość aborcji, czy też stałe, czyli sterylizacja), „regulacja płodności”, „walka z nielegalną aborcją” itp. Uwypuklenie „zdrowia reproduktywnego” legło także u podstaw opracowania szczegółowego programu rozdziału między rodziną a reprodukcją, opracowanego przez turecką lekarzkę Tomris Turmen¹⁴. Następne lata naznaczone były próbami integracji etyki w ogólną politykę WHO (1996 r. dwa spotkania w Genewie), jak również reinterpretacją sztandarowego postulatu WHO „strategii zdrowia dla wszystkich” w duchu nowego postulatu „sprawiedliwości w dziedzinie zdrowia”.

Podsumowując powyższe rozważania, należy stwierdzić, że znaleźliśmy się obecnie w zupełnie nowej sytuacji, jeśli chodzi o patrzeć na zdrowie i życie ludzkie. Wartości te nie przysługują już konkretnej osobie jako takiej; nie są przymiotem ani własnością *individuum*, lecz przynależą bardziej do społeczeństwa jako jednego, wielkiego organizmu. Stąd też pojawiają się nowe tendencje w medycynie na początku XXI wieku, która, dbając o zdrowie ciała społecznego, nie waha się nieraz sięgać do praktyk aborcyjnych czy eutanazyjnych; która nie cofa się przed instrumentalnym wykorzystaniem embrionów ludzkich do badań, eksperymentów czy produkcji leków. Musimy sobie uświadomić, że oto

nagle znaleźliśmy się w nowym świecie i nowej mentalności, w której zdrowie i życie ludzkie są na usługach innych, „wyższych” społecznych celów. Hipokratesowy etos, który traktował pacjenta jako centrum wszelkiej medycznej aktywności, jest dziś szczególnie zagrożony. Wraz z nim zagrożony jest tradycyjny, naturalny model medycyny. Musimy o tym wiedzieć, kiedy ze zdumieniem dowiadujemy się o nowych „pomysłach” lekarzy i biologów, i kiedy obserwujemy coraz szersze rozprzestrzenianie się „kultury śmierci” we współczesnym świecie.

Przypisy

- ¹ W. Szenajch, *Przysięga i przykazanie Hipokratesowe*, Warszawa 1931.
- ² Por. H.P. Dunn, *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*, Tarnów 1997, s. 40-42.
- ³ H.P. Dunn, *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*, dz. cyt., s. 45n
- ⁴ Por. M. Schooyans, *L'Evangile face desordre mondial*, Paris-Fayard 1997, s. 99.
- ⁵ Tamże, s. 100.
- ⁶ Tamże, s. 101.
- ⁷ Tamże, s. 107-108.
- ⁸ Tamże, s. 110.
- ⁹ Tamże, s. 112.
- ¹⁰ M. Torelli, *Le Medicin et les droits de l'homme*, Paris-Berger-Levrault, s. 9.
- ¹¹ Por. tamże, s. 52.
- ¹² Por. M.A. Peeters, *Le Report nr 17*, w: *l'Interactive Information Service*; peeters@cne.be – listopad 1997.
- ¹³ Por. M. Schooyans, *L'Evangile face au desordre mondial*, dz. cyt., s. 55.
- ¹⁴ Por. tamże.