Ks. Lucjan Szczepaniak SCJ

MORALNE PROBLEMY ZWIĄZANE ZE SZPITALNĄ OPIEKĄ SŁUŻBY MEDYCZNEJ

na podstawie literatury z zakresu deontologii medycznej i etyki katolickiej

Kraków 2002

PAPIESKA AKADEMIA TEOLOGICZNA W KRAKOWIE

WYDZIAŁ TEOLOGICZNY

Ks. mgr lic. Lucjan Szczepaniak SCJ

MORALNE PROBLEMY ZWIĄZANE ZE SZPITALNĄ OPIEKĄ SŁUŻBY MEDYCZNEJ

na podstawie literatury z zakresu deontologii medycznej i etyki katolickiej

Praca doktorska z teologii moralnej napisana
pod kierunkiem Ks. Prof. dra hab. Jana Kowalskiego,
obroniona 13 listopada 2002 roku.

Recenzenci pracy:

Ks. Bp dr hab. Józef Wróbel, prof. KUL

Ks. dr hab. Jan Orzeszyna, prof. PAT

PRZEDMOWA

SPOŁECZNY POSTĘP W MEDYCYNIE DOMAGA SIĘ ETYKI DLA DOBRA CZŁOWIEKA CHOREGO

Ogromny postęp w medycynie, także dzięki postępowi technicznemu, jaki ma miejsce w ostatnich pięćdziesięciu latach a z drugiej strony miejsce coraz intensywniejsze, jakie zajmuje w życiu indywidualnym i społecznym, ma liczne reperkusje we wszystkich dziedzinach i rodzi poważne problemy. Pozytywne jego konsekwencje są aż nadto widoczne. Kościół odnosi się do niego z uznaniem. Swój podziw wyraża w licznych wypowiedziach papieży i Stolicy Apostolskiej. Jednocześnie dodaje odwagi badaczom, których odkrycia dostarczają możliwości ochrony i polepszenia zdrowia ludzkiego. Ale ryzyko jest również niezaprzeczalne, w miarę jak następuje nadzwyczajny podbój nauki i jak człowiek przejmuje władzę nad życiem.

W oczach Kościoła zawód lekarza i jego pomocniczej służby uważany jest zawsze za najbardziej szlachetny i ceniony. Toteż papieże często określają go powołaniem i misją świętą, równą powołaniu kapłańskiemu. Służą przecież dobru najbardziej szlachetnemu, jakie człowiek otrzymuje od Stwórcy, a mianowicie życiu cielesnemu stworzonemu na obraz Boży i ożywianemu duszą nieśmiertelną, która nadaje każdemu bytowi ludzkiemu godność, jaką posiada tylko on sam. Z racji tej cudownej jedności osoby świat lekarski troskając się o ciało nie może zapomnieć o jego sferze duchowej, o szacunku dla godności człowieka, która leży u podstaw jego niezbywalnych praw, bez względu wiek, rasę, braki fizyczne i psychiczne. Na tę rzeczywistość wiara chrześcijańska rzuca światło Ewangelii, która pozwala odkryć w każdym człowieku oblicze Chrystusa, które łączy świat lekarski z misją samego Pana Jezusa, który przyszedł, aby uzdrawiać i zbawiać. Dla lekarza i wspomagającego go personelu, jeśli są wierzący, perspektywa ta przypomina im w sposób szczególny rolę „dobrego Samarytanina", jaką wypełniają wobec swoich braci. Ale przecież i poza chrześcijaństwem ideałem świata medycznego jest wyjątkowa jego posługa życiu.

Aż do czasów współczesnych ta koncepcja jest powszechnie przyjmowana, uznawana i wykonywana. Od starożytności pogańskiej każdy lekarz angażuje się poprzez przysięgę do jej respektowania. Obecnie pod naciskiem władzy publicznej, świat lekarski nierzadko podejmuje doświadczenia kryminalne (aż do zabójstwa). Ale są to fakty raczej wyjątkowe, nienaruszające wiekowego ideału. Ale niestety to, co stanowi współcześnie absolutną nowość i rewolucję od lat kilkudziesięciu w wielu krajach, to zgoda prawa publicznego na akty, które przeciwstawiają się życiu. Idą tak daleko, że powodują śmierć niewinnych. Jednomyślni przez tysiące lat w potępianiu takich praktyk, obecnie lekarze są podzieleni. Wobec większości, która pozostaje wierną tradycyjnej deontologii, wielu wyraża zgodę, nawet jeśli sami nie praktykują, na przerwanie ciąży, sterylizację, na sztuczne metody prokreacji a ostatnio także na eutanazję.

Poprzez wieki problemy, jakie narzucają się praktykującym medycynę, chirurgię i tym, którzy ich wspomagają są łatwe do rozwiązania, zgodnie z normami moralnymi, ogólnie przyjmowanymi a kodeksy medyczne wystarczają im do zapewnienia ochrony etyki tradycyjnej. Tymczasem obecnie, kiedy to jawią się i to wszędzie, coraz to nowe problemy, poważne i trudne, nie ma takich organizmów społecznych, które mogłyby je rozwiązać autorytatywnie. „Komitety etyczne" ostatnio tworzone na płaszczyźnie państwowej, czy międzynarodowej , jak dotąd, nie uzyskują kredytu zaufania. Teologowie zaś moraliści różnią się z nimi w najistotniejszych punktach. Toteż jest rzeczą zrozumiałą, że przy ogólnym zamieszaniu na płaszczyźnie etycznej głos papieży jawi się jako jedyny, który przemawia do jednostek i społeczności „językiem racji i mądrości" (B. Häring). Pius XII bardzo często jest proszony o wydanie

swego sądu dotyczącego etycznych kwestii medycznych. Pozostawia on po sobie wiele autorytatywnych wypowiedzi, które dają rozwiązania moralne nie tylko problematyki świata medycznego jego czasów, ale i na przyszłość (m.in. sztucznego zapłodnienia, użycia środków znieczulających).

Wypowiedzi następców Piusa XII, a mianowicie Pawła VI i Jana Pawła II mnożą się. Bo też jawią się coraz to nowe problemy, trudne do rozwiązania dla świata medycznego na polu moralnym. Nauczanie Pawła VI i Jana Pawła II dotyczące kwestii, z jakimi styka się świat medyczny, jest kontynuacją ich poprzednika. Czyni to przede wszystkim Jan Paweł II. Jest on wierny Piusowi XII ale i Soborowi Watykańskiemu II. Ujawnia jednak ustawicznie swe otwarcie na świat współczesny. Nie pretenduje on do zajęcia miejsca sumienia indywidualnego ani odpowiedzialności, jaka spoczywa na władzy państwowej czy międzynarodowej. Pragnie jednak wskazać na drogę śmierci, na której ludzkość ryzykuje samozniszczenie a jednocześnie ukazać drogę prawdziwego dla niej szczęścia. Janowi Pawłowi II chodzi nie tylko o zachowanie tradycyjnej deontologii ale także szacunek dla koncepcji medycyny, będącej w służbie człowieka wszystkich czasów. Medycyna która troska się o człowieka jutra, poprzez szacunek dla jego osoby, która jest podmiotem uprawnień i zobowiązań, ale nigdy przedmiotem, używanym dla innych celów, nazywanych często dobrami społecznymi (przemówienie do lekarzy z 23 października 1983 roku).

Dobrze, że ks. Lucjan Szczepaniak podejmuje problem zobowiązań świata medycznego w warunkach szpitalnych, uciekając się do deontologii lekarskiej, podstawowych praw człowieka wpisanych w moralne prawo naturalne a przede wszystkim do nauczania papieskiego i Stolicy Apostolskiej. Jest do tego dobrze przygotowany. Z jednej strony jest lekarzem medycyny. Z drugiej zaś księdzem po filozoficznoteologicznych studiach podstawowych oraz specjalistycznych z zakresu etyki katolickiej. Nadto od kilku lat pełni funkcję duszpasterza chorych w prestiżowym, Polsko – Amerykańskim Instytucie Pediatrii Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Korzystając z doświadczeń medycznych w szpitalu jako lekarz i jako duszpasterz, mając gruntowną wiedzę filozoficznoteologiczną w swej rozprawie przedstawia całą panoramę zobowiązań lekarzy i służby medycznej w warunkach szpitalnych, wobec chorego oraz jego najbliższych. Opiera się o wymagania, jakie stawia im etyka naturalna i etyka oparta o Objawienie Boże, oraz o nauczanie kościelne i teologiczne. Nie odchodząc od wymagań, jakie rozprawie naukowej stawia metodologia, językiem precyzyjnym a zarazem prostym i poprawnym wprowadza czytelnika nawet nie obeznanego ze sztuką medyczną w szczegóły problematyki trudnej ale koniecznej do poznania zarówno dla świata lekarskiego, jak i dla chorego, oddanego jego trosce. Na polskim rynku księgarskim jest to pierwsza tego rodzaju pozycja, którą trzeba witać z radością.

Ks. prof. dr hab. Jan Kowalski

Kraków, 18 października 2002
w święto św. Łukasza, Ewangelisty
Patrona Świata Lekarskiego

WSTĘP

Świat współczesny jest świadkiem olbrzymiego postępu nauk medycznych. Ostatnie dziesięciolecia minionego XX wieku noszą nazwę „złotego okresu" medycyny[1]. Jest on coraz bliżej pełnego sukcesu opanowania najgroźniejszych chorób cywilizacji. Wielkie odkrycia medyczne rodzą przekonanie, że życie ludzkie powinno być całkowicie wolne od bólu. Dzięki rozwiniętej opiece nad matką i dzieckiem, wczesnej diagnostyce, poznaniu zasad zdrowego odżywiania oraz znajomości problemów wieku podeszłego, wydłuża się przeciętny wiek życia[2]. Osiągnięcia w dziedzinie farmakologii, immunologii, transplantologii i genetyki dają możliwość niesienia pomocy tam, gdzie wcześniej lekarz musiał uznać „swoją klęskę". Biolog zaś poznając genom człowieka dotyka „tajemnicy istnienia", która stawia go przed pokusą odegrania roli „Boga Stwórcy"[3].

Człowiek współczesny chlubi się coraz to doskonalszymi metodami diagnozowania i leczenia, dzięki którym przeciwstawia się coraz skuteczniej chorobom i umieraniu. Z drugiej strony dostrzega on swoją ograniczoność[4]. Jego wiedza o biologicznym funkcjonowaniu organizmu jest zaledwie cząstką poznanej prawdy. Nadal istnieją choroby, których przyczyny powstawania i terapia są nieznane. Wiele dolegliwości leczonych jest wyłącznie objawowo a nowotwory i AIDS wciąż są wyjątkowo groźne[5]. Coczęściej, wprowadzanie coraz to nowych rodzajów leków, wywołuje groźne interakcje. Zastosowanie nowych wynalazków w niektórych dziedzinach biologii, powoduje zachwianie równowagi biologicznej i zaburzenia ekologii[6].

Badania ingerujące coraz bardziej w organizm i jego układy, nie są zdolne przewidzieć ich ostatecznych skutków. Przypominają często otwieranie mitycznej puszki Pandory. Nieustanna zaś pogoń za sukcesem technicznym powoduje, że nierzadko badacze unikają odpowiedzialności moralnej w imię prawa do pełnej kontroli nad ludzkim życiem[7].

W społeczeństwach pierwszego świata medycyna dzieli usługi dla bogatych i biednych, jak w starożytnym Egipcie, gdzie pracowali lekarze „pałacowi" i lekarze z „prowincji". Uprzywilejowani członkowie społeczności ludzkiej mogą liczyć na stosowanie, w przypadku choroby, najnowszych osiągnięć świata medycznego. Natomiast dla najuboższych często brakuje najprostszych środków medycznych[8].

Stany Zjednoczone, uważane za najbogatszy kraj na świecie, nie posiadają państwowego systemu opieki zdrowotnej, którym objęci byliby wszyscy. Umożliwia to wielu instytucjom czerpanie ogromnego zysku z ludzkiego cierpienia[9]. Nic też dziwnego, że Jan Paweł II stawia pytanie, „co należy zrobić w skali całego świata i poszczególnych krajów, aby oprzeć relację pomiędzy ekono-

---

[1] M. Wałęska-Siempińska, *Moralne problemy śmierci i umierania. Opieka paliatywno-hospicyjna wobec ideologii szpitalnej i eutanazji*, „Sztuka Leczenia" 3(1997) nr 1, s. 62.

[2] Jan Paweł II, *List do moich Braci i Sióstr, ludzi w podeszłym wieku*, Watykan 1999, nr 1.

[3] J. Kowalski, *Współczesne wyzwania stawiane teologii moralnej*, Częstochowa 1996, ss. 169-184.

[4] Tenże, *Przyczyny alienacji współczesnego człowieka*, „Wrocławski Przegląd Teologiczny" 3(1995) nr l, ss. 31-45.

[5] J. Kowalski, *Refleksje nad aspektami etycznymi choroby AIDS*, w: *Veritatem facientes*, Lublin 1997, ss. 293-306; por. J. Petry-Mroczkowska, *Prawo do godnej śmierci czy szansa godnego umierania*, „Więź" 42(1999) nr 2(484), s. 35.

[6] [b.a.], *Alergia. Nadwrażliwość organizmu na obce substancje*, w: *Kronika medycyny*, red. M.B. Michalik, Warszawa 1994, s. 563.

[7] A. Legocki, *Problemy etyczne współczesnego przyrodoznawstwa*, w: *Wybrane problemy deontologii lekarskiej*, red. R. Szulc, Poznań 1999, ss. 24-30; por. J. Kowalski, *Eksploracja genetyczna w świetle Encykliki „Evangelium vitae" i etyki katolickiej*. Jelenia Góra 1995; tenże, *„Evangelium vitae" i etyka katolicka o zapłodnieniu pozaustrojowym*, w: *Życie dar nienaruszalny. Wokół encykliki „Evangelium vitae"*, red. A. Młotek, T. Reroń, Wrocław 1995, ss. 141-152.

[8] [b.a.], *Poważne specjalności. Egipscy uzdrowiciele*, w: *Kronika medycyny*, dz. cyt., s. 22.

[9] J. Petry-Mroczkowska, art. cyt., s. 35; por. J. Kowalski, *Sprawiedliwość społeczna u podstaw skutecznej ewangelizacji*, „Chrześcijanin w Świecie" 26(1997) nr l(202), ss. 29-40.

mią a ochroną zdrowia na bardziej ludzkich i chrześcijańskich zasadach". Jednocześnie wyraża przekonanie, że nie do przyjęcia są ograniczenia pozbawiające „ludzi znajdujących się w pewnych okresach życia lub sytuacjach, w których są oni szczególnie bezbronni lub słabi, takich, jak na przykład okres przed narodzeniem, starość, ciężka choroba, choroby śmiertelne"[10]. Jest to budowa nowej „wieży Babel", gdzie tym razem następuje pomieszanie pojęć, przez co wystawione jest na próbę zaufanie do Stwórcy. Dla wielu badaczy ludzkiego życia Dekalog jest względną normą moralną. Wobec tego może ją zmienić władza ustawodawcza. Tymczasem, przypomina Jan Paweł II, że „dziesięcioro przykazań to nie wymysł tyrańskiego Władcy, narzucony nam arbitralnie. Dzisiaj, tak jak zawsze, Dziesięć Słów Prawa to jedyny autentyczny fundament życia jednostek, społeczeństw i narodów"[11].

Relatywizuje się także mentalność ludzi, którzy stoją i powinni stać na straży ludzkiego życia i jego godności. Często ten sam lekarz ratując przedwcześnie urodzone kilkusetgramowe dziecko, za cenę ogromnych nakładów finansowych, zresztą słusznie, nie ma skrupułów w zabijaniu poczętego życia ludzkiego. Trybunały międzynarodowe potępiają zbrodnie przeciw ludzkości, ale milczą wobec wciąż przelewanej krwi niewinnych. Niepełnosprawni i ludzie w podeszłym wieku nie czują się we własnym społeczeństwie bezpiecznie, zwycięża bowiem w nim „etyka utylitarna", która życiem obdarowuje wyłącznie tych, którzy są przydatni ekonomicznie. Będący ciężarem chorzy nieuleczalnie i starcy nie mogą liczyć na opiekę (KDK 27).

Tymczasem człowiek nie jest absolutnym władcą i samowolnym sędzią rzeczy, a tym bardziej życia, ale jest „sługą planu ustalonego przez Stwórcę"[12]. Bowiem „sam Bóg jest Panem życia, od jego początku aż do końca. Nikt w żadnej sytuacji, nie może rościć sobie prawa do bezpośredniego zniszczenia niewinnej istoty ludzkiej"[13].

Nadto stanowisko wobec życia charakteryzuje krótkowzroczność. Jego reprezentanci porażeni są kompleksem śmierci, której nie można wyeliminować. Od pewnego zaś czasu trapi ich obawa przed powolnym umieraniem i przed sytuacją, w której przedłużanie życia związane jest z cierpieniem. Dla nich śmierć powinna stać się tematem tabu. Toteż dzieci chronione są przed wiadomościami o przemijaniu życia ludzkiego[14]. Obawą przed śmiercią inspirowane są nieustanne wysiłki zmierzające do udoskonalenia sposobów spowolniających procesy starzenia się. Ideałem staje się coraz częściej śmierć „nagła", nie tak dawno jeszcze uważana za tragiczną, bo uniemożliwiającą przygotowanie się do ostatniego aktu życia ludzkiego i do pożegnania z bliskimi. Tak się rzecz miała i ma z punktu widzenia religijnego. Stąd prośba w Suplikacjach: „Od nagłej a niespodziewanej śmierci wybaw nas, Panie"[15].

Nic dziwnego, że człowiek współczesny coraz mniej jest odporny na trudności życiowe związane z chorobą i niepełnosprawnością. Boi się cierpienia i śmierci, a z drugiej strony paradoksalnie wybiera ją. Samobójstwa wśród dzieci i młodzieży zdarzają się nagminnie. Podobnie dzieje się z sa-

---

[10] Jan Paweł II, *Ekonomia i zdrowie. Przemówienie do uczestników XIV Międzynarodowej Konferencji Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia*, OsRomPol. 21(2000) nr 2(220), s. 44; por. J. Kowalski, *Obrona życia ludzkiego w praktyce lekarskiej w świetle Magisterium Kościoła*, „Homo Dei" 56(1987) nr l(203), ss. 5-32; tenże, *Ekonomia potrzebuje etyki*, „Częstochowskie Studia Teologiczne" 29(2001), ss. 47-56.

[11] Tenże, *Dziesięcioro Przykazań prawem miłości i wolności człowieka. Homilia w czasie Liturgii Słowa w klasztorze Św. Katarzyna na Górze Synaj*, OsRomPol. 21(2000) nr 4(222), s. 18; Tenże, *Prawo Boże stawiajcie przed prawo ludzkie. Przemówienie podczas poświęcenia nowej Kliniki Kardiochirurgii Szpitala im. Jana Pawła II*, OsRomPol. 18(1997) nr 7(194), ss. 64-65.

[12] Paweł VI, *Encyklika Humanae vitae. O zasadach moralnych w dziedzinie przekazywania życia*, Wrocław 1994, nr 13.

[13] Jan Paweł II, *Encyklika Evangelium vitae. O wartości i nienaruszalności życia ludzkiego*, Watykan 1995, nr 53. Odtąd Encyklika sygnowana będzie skrótem EV z odpowiednim numerem; por. J. Kowalski., *Katolik wobec Encykliki „Humanae vitae"*, „Częstochowskie Wiadomości Diecezjalne" 43(1969) ss. 137-143.

[14] H. Tristram, Jr. Engelhard, *Etyczne aspekty wspomagania śmierci małych dzieci*, Teofil 15(2001) nr 1, ss. 18-27.

[15] *Obrzędy pogrzebu dostosowane do zwyczajów diecezji polskich*, Katowice 1978, s. 293.

mobójstwem „wspomaganym" przez lekarza, na życzenie chorego lub jego rodziny, które nazywa się godną śmiercią[16]. Stąd wezwania Jana Pawła II do tego, by współczesny człowiek, pragnący rozkwitu pełnej wolności i wyzwolenia od największych zagrożeń cywilizacji, na nowo nauczył się cenić życie i ochraniać je[17]. Ma ono bowiem nadprzyrodzoną wartość i niepowtarzalną historię[18].

Kościół od początku swego istnienia sprzyjał rozwojowi medycyny i wszechstronnej holistycznej[19] opiece nad chorym[20]. Tego rodzaju troska obejmuje zarówno potrzeby biologiczne, psychiczne, społeczne i duchowe chorego, jak i jego otoczenia, a z drugiej strony wysiłki zarówno tych, którzy bezpośrednio troszczą się o niego, jak i tych, którzy poprzez naukowe badania doświadczalne i kliniczne podnoszą jakość całej opieki nad chorym[21].

Jan Paweł II uważa chorego za świadka Ewangelii cierpienia, która jest orędziem odkupienia i zbawienia[22]. Cierpienie bowiem i choroba pozwala na zrozumienie mu tajemnicy człowieka. Poprzez nie doświadcza on kruchości swej ludzkiej egzystencji. Z drugiej strony w Osobie Jezusa znajduje on oparcie i wyzwolenie z lęku przed przemijaniem. Misterium Jego Męki nadaje sens każdemu cierpieniu, które jest życiową próbą, ale rozjaśnioną nadzieją Zmartwychwstania[23].

Lekarze wraz z personelem pomocniczym są w stanie poznać chorego, jego problemy zdrowotne i najgłębsze nawet rozterki, niekoniecznie dotyczące jego zdrowia. Stąd ciąży na nich obowiązek budzenia i podtrzymywania nadziei oraz polepszania jakości jego zdrowia[24]. Ten z kolei jest zdolny do wyrażenia swej wdzięczności. Oczywiście nie materialnej, której lekarz wraz z zespołem pomocniczym nie może oczekiwać. Spełnia się też na nich Chrystusowe błogosławieństwo z Kazania na Górze: „Pójdźcie, błogosławieni Ojca mojego, [...] bo byłem chory, a odwiedziliście Mnie" (Mt 25, 34-36)[25].

Dla Jana Pawła II szczególnie ważny jest ludzki sens i etyczny aspekt służby medycznej, choć nierzadko staje ona przed trudnymi wyborami moralnymi[26]. We współczesnym „kontekście kulturowym i społecznym - pisze on - w którym nauka i sztuka medyczna zdają się tracić swój wrodzony wymiar etyczny, mogą oni doznawać [...] silnej pokusy manipulowania życiem, a czasem wręcz powodowania śmierci. Wobec istnienia takiej pokusy wzrasta niezmiernie ich odpowiedzialność, która znajduje najgłębszą inspirację i najmocniejsze oparcie właśnie we wrodzonym i niezbywalnym wymiarze etycznym zawodu lekarskiego", a mianowicie w specjalnym powołaniu do niego[27].

---

[16] EV nr 65.

[17] Tenże, *Prawo do życia. Przemówienie na zakończenie IX Międzynarodowej Konferencji zorganizowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia*, OsRomPol. 16(1995) nr 3(171), ss. 44-45.

[18] Tenże, *Budowanie kultury życia. Przemówienie do biskupów Kalifornii, Newady i Hawajów*, „Więź" 42(1999) nr 2(484), s. 28; por. tenże, *Encyklika Redemptor hominis*, Watykan 1979, nr 14.

[19] Holizm jest angielskim terminem filozoficznym stosowanym dla określenia teorii rozwoju (pierwsza połowa XX w.), której istotną cechą świata jest jego całościowy charakter.– [b.a.], *Holizm*, w: *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN*, red. B. Petrozolin-Skowrońska, Warszawa 1998, t. II, s. 792.

[20] Jan Paweł II, *Nowa ewangelizacja a godność człowieka cierpiącego. Orędzie na IX Światowy Dzień Chorego*, OsRomPol. 21(2000) nr 11-12(228), s. 4.

[21] Tamże, s. 5.

[22] Tenże, *Ewangelia cierpienia źródłem nadziei. Przemówienie podczas Jubileuszu chorych i pracowników służby zdrowia*, OsRomPol. 21(2000) nr 4(222), ss. 23-25.

[23] Tenże, *W blasku Piękna. Rozważanie przed modlitwą „Anioł Pański"*, OsRomPol. 21(2000) nr 4(222), s. 26.

[24] Tenże, *Dojrzeć oczyma miłości cierpienie człowieka. Przemówienie do uczestników II Plenarnego Zgromadzenia Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia*, OsRomPol. 13(1992) nr 7(144), s. 33-34; por. tenże, *Przedłużajcie w czasie posługę miłosierdzia Chrystusa. Przemówienie do sióstr zakonnych pracujących w lecznictwie*, OsRomPol. 20(1999) nr 2(210), ss. 44-45.

[25] Tenże, *Chorzy na raka wołają o pomoc. Przemówienie do uczestników Kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Onkologii Ginekologicznej*, OsRomPol. 21(2000) nr 2(220), ss. 42.

[26] Tenże, *Podstawy deontologii lekarskiej. Przemówienie do uczestników Zjazdu Światowego Towarzystwa Lekarskiego*, OsRomPol. 4(1983) nr 10(46), s. 22-23.

[27] EV nr 89.

Lekarze i cała służba medyczna są przede wszystkim powołani do bycia strażnikami i sługami życia, które u swojego schyłku jest tak samo cenne, jak w chwili poczęcia[28]. Choremu, bliskiemu śmierci należy się zatem największa troska z ich strony[29]. Chodzi o solidarność z cierpiącym i okazanie mu wieloaspektowego wsparcia, zwłaszcza w godzinie ostatecznej próby życiowej, jaką jest śmierć[30].

Troszczący się o chorego, w rozmaitych jego stanach zasługują na szczególne uznanie. Ich posługa jawi się jako służba samemu Chrystusowi, obecnemu w cierpiącym. Zaś wiedza medyczna i wiara pozwalają im oprzeć się pokusom odebrania mu życia, zwłaszcza w stanie terminalnym, przez postawę bierną, umyślne zaniedbanie czynności koniecznych dla ratowania życia albo poprzez czynną interwencję skracającą życie[31]. W ostatniej posłudze zaniechać trzeba działań zwiększających cierpienie chorego lub narzucanie mu wbrew jego woli nadzwyczajnych metod leczenia[32].

W tej sytuacji jawi się pytanie o moralne problemy związane z opieką służby medycznej. Ponieważ jej zakres jest szeroki, zawęzić je trzeba do posługi w szpitalach, klinikach i instytucjach opieki paliatywnej. Nauczanie kościelne oraz literatura tak teologiczna, jak pozateologiczna (nauki biologiczne, medyczne, socjologiczne) dotycząca tego problemu jest wieloaspektowa i obfita.

Pośród źródeł dominuje nauczanie Kościoła. Na szczególną uwagę zasługują zwłaszcza encykliki papieskie, a mianowicie Leona XIII[33], Piusa XI[34], Jana XXIII[35] oraz Pawła VI[36]. Między nimi ważne miejsce zajmuje encyklika Jana Pawła II poświęcona moralności chrześcijańskiej „Veritatis splendor" (1993)[37] oraz problematyce ludzkiego życia „Evangelium vitae" (1995). Istotnymi dokumentami są deklaracje Kongregacji Nauki Wiary o przerywaniu ciąży „Quaestio de abortu" (1974)[38], o eutanazji „Iura et bona" (1980)[39], jak również „Instrukcja o chrześcijańskiej wolności i wyzwoleniu" (1986)[40], „Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego «Donum vitae»"

[28] Jan Paweł II, *Prawo do życia. Przemówienie na zakończenie IX Międzynarodowej Konferencji zorganizowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia*, przem. cyt., ss. 44-45.

[29] Tenże, *Człowiek wobec tajemnicy śmierci. Przemówienie do uczestników sympozjum zorganizowanego przez Ośrodek Bioetyki Katolickiego Uniwersytetu „Sacro Cuore"*, OsRomPol. 13(1992) nr 7(144), s. 38-39; tenże, *Godność człowieka umierającego. Do uczestników Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii „Pro Vita"*, OsRomPol. 20(1999) nr 4(212), ss. 47-49.

[30] Tenże, *Chorzy na raka wołają o pomoc*, przem. cyt., s. 42-43.

[31] EV nr 65.

[32] Jan Paweł II, *Spieszyć z pomocą chorym. Przemówienie do członków delegacji Włoskiej Ligi Walki z Rakiem*, OsRomPol. 23(2002) nr 5(243), s. 40.

[33] Leon XIII, *Encyklika „Rerum novarum". O kwestii robotniczej*, w: *Dokumenty nauki społecznej Kościoła*, red. M. Radwan, L. Dyczewski, A. Stanowski, Rzym–Lublin 1987, cz. I, ss. 41-66.

[34] Pius XI, *Encyklika „Quadragesimo anno". O odnowieniu ustroju społecznego i dostosowaniu go do normy prawa Ewangelii*, tamże, cz. I, ss. 67-102.

[35] Jan XXIII, *Encyklika „Mater et Magistra". O współczesnych przemianach społecznych w świetle nauki chrześcijańskiej*, tamże, cz. I, ss. 220-268; por. tenże, *Encyklika „Pacem in terris". O pokoju między wszystkimi narodami opartym na prawdzie, sprawiedliwości, miłości i wolności*, tamże, cz. I, ss. 269-303.

[36] Paweł VI, *Encyklika „Ecclesiam suam". O drogach, którymi Kościół Katolicki powinien kroczyć w dobie obecnej przy pełnieniu swojej misji*, w: *Jan XXIII. Paweł VI. Jan Paweł II. Encykliki*, Warszawa 1981, ss. 159-226; por. tenże, *Encyklika „Populorum progressio". O popieraniu rozwoju ludów, w: Dokumenty nauki społecznej Kościoła*, red. M. Radwan, L. Dyczewski, A. Stanowski, Rzym–Lublin 1987, cz. I, ss. 391-416; tenże, *Encyklika „Humanae vitae". O zasadach moralnych w dziedzinie przekazywania życia*, Wrocław 1994; tenże, *Konstytucja apostolska „O sakramencie namaszczenia chorych",* w: *Sakramenty chorych. Obrzędy i duszpasterstwo*, Katowice 1980, ss. 7-13.

[37] Jan Paweł II, *Encyklika „Veritatis splendor". O niektórych podstawowych problemach nauczania moralnego Kościoła*, Watykan 1993. Odtąd Encyklika sygnowana jest skrótem VS z odpowiednim numerem.

[38] Kongregacja Nauki Wiary, *„Quaestio de abortu". Deklaracja o przerywaniu ciąży,* w: *Troska o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, red. K. Szczygieł, Tarnów 1998, ss. 303-305.

[39] Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji „Iura te bona"*, OsRomPol. 1(1980) nr 8, ss. 1-3.

[40] Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja o chrześcijańskiej wolności i wyzwoleniu, w: Dokumenty nauki społecznej Kościoła*, red. M. Radwan, L. Dyczewski, A. Stanowski, Rzym–Lublin 1987, cz. II, ss. 369-410.

(1987)[41]. Wśród innych wykorzystanych dokumentów znajduje się „Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti" („Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających") Papieskiej Rady „Cor Unum" (1976)[42], Karta Pracowników Służby Zdrowia Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia (1995)[43], „Dokument o wolności religijnej" Stolicy Apostolskiej (1986)[44].

Do nauczania kościelnego należą przemówienia Piusa XII, Pawła VI oraz Jana Pawła II. Przemówienia Piusa XII poświęcają wiele uwagi ocenie opieki medycznej[45], zwłaszcza jej zobowiązań dotyczących troski o zdrowie chorego, jego życie[46], opiekę religijną[47] i psychologiczną[48] nad nim. Papież zachęca wszystkie służby medyczne do odpowiedzialnej współpracy[49]. Daje on wykładnię stosowania środków psychotropowych[50] oraz tzw. zwyczajnych i nadzwyczajnych[51]. Porusza trudne zagadnienia moralne dotyczące intensywnej opieki medycznej (szczególnie reanimacji)[52] oraz odpowiedzialnego wykorzystania osiągnięć genetyki[53]. Przypomina on lekarzom i personelowi pomocniczemu o obowiązku mówienia prawdy choremu[54]. Zachęca ich do otoczenia go opieką psychologiczną[55] i apostolstwa[56]. Paweł VI tylko sporadycznie dokonuje szczegółowej oceny moralnej

[41] Kongregacja Nauki Wiary, *„Donum vitae". Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania,* w: *Troska o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, red. K. Szczygieł, Tarnów 1998, ss. 360-385.

[42] Papieska Rada „Cor Unum", *Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti*, w: *Troska o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej,* tamże, ss. 437-454.

[43] Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia,* Watykan 1995. Odtąd Karta sygnowana będzie skrótem KPSZ z odpowiednim numerem;

[44] Stolica Apostolska, *Dokument o wolności religijnej*, OsRomPol. (1980) nr 10, s. 7-8.

[45] Pius XII, *L'activité du médecin et culture générale. Allocution aux participants du IV Congrès international de „l'Union latine des médecines"*, „Acta Apostolicae Sedis" 47(1955), ss. 275-281.

[46] Tenże, *Le médecin et le droit. Discours aux participants du VII Congrès international des médecins catholiques,* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A.F. Utz, J.F. Groner, A. Savignat, Fribourg–Paris 1963, t. III, ss. 3020-3027; tenże, *Les relations humaines dans l'entreprise. Allocution aux délégués de la Conférence internationale sur les relations humaines dans l'industrie*, tamże, t. III, ss. 3511-3513.

[47] Tenże, *Les ordres religieux. Religieuses au service des malades. Discours à des religieuses hospitalières italiennes de divers ordres*, tamże, t. III, ss. 3424-3431; por. tenże, *Les structures religieuses d'un hôpital. Allocution au personnel des hôpitaux de Milan et environs*, tamże, t. III, ss. 3166-3172.

[48] Tenże, *Problèmes moraux posés par la psychologie appliquée. Discours aux participants du XII Congrès de la Société internationale de la transfusion du sang*, „Acta Apostolicae Sedis" 50(1958), ss. 268-282

[49] Tenże, *Idéal de la collaboration dans les services sanitaires. Message radiophonique à la „I Conférence catholique mondiale de la Santé" tenue à Bruxelles*, w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* dok. cyt., ss. 3139-3146.

[50] Tenże, *La psychopharmacologie et les problèmes moraux qu'elle pose. Discours au „Collegium inernationale neuro-psycho-pharmacologicum", à l'occasion de son I Congrès*, tamże, t. III, ss. 3050-3062; por. tenże, *Aspects économiques et moraux de l'industrie pharmaceutique. Allocution aux participants du Congrès international organisé par „l'American Cyanamid Company-Lederle Laboratoiries Division"*, tamże, t. III, ss. 3173-3176.

[51] Tenże, *Trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie. Discours aux participants du IX Congrès de la Société italienne d'anesthésiologie*, tamże, t. III, ss. 3100-3121.

[52] Tenże, *Questions juridiques et morales concernant la réanimation. Discours à un groupe de médecins réunis sur l'initiative de l'Institut de génétique „Gregori Mendel",* tamże, t. III, ss. 3122-3130.

[53] Tenże, *Problèmes physiques et moraux soulevés par la génétique du sang. Discoursaux participants du XII Congrès de la Société internationale de la transfusion du sang,* t. III, ss. 3131-3138.

[54] Tenże, *Le devoir du médicin chrétien. Allocution aux membres italiens de l',,Union médico-biologique Saint-Luc",* tamże, t. I, ss. 1056-1069; por. tenże, *Pour une éthique chrétienne du service des malades. Allocution au personnel des hôpitaux de Rom*e, tamże, t. III, ss. 3161-3165.

[55] Tenże, *Problèmes moraux posés par la psychologie appliquée. Discours aux participants du XII*

poszczególnych przypadków klinicznych. W swoim nauczaniu skupia się na podstawach etosu lekarskiego, szczególnie w wymiarze antropologicznym[57]. Jan Paweł II kontynuuje nauczanie poprzedników. Apeluje on o odpowiedzialne korzystanie z wyników badań, szczególnie nad ludzkim genomem[58]. Troska o chorego winna mieć wymiar ogólnospołeczny[59]. Stąd też podkreśla prawa kobiety[60], dziecka niepełnosprawnego[61], osoby w podeszłym wieku[62] do opieki zdrowotnej. W swoim nauczaniu przypomina, wierzącej służbie zdrowia[63], o obowiązku opieki religijnej nad chorym[64] i apostolstwa[65].

Praca odwołuje się do obfitej literatury tematycznej z zakresu deontologii lekarskiej, medycyny, psychologii i socjologii. Opiera się też na dokumentach międzynarodowych i państwowych, stanowiących podstawy prawne zobowiązań personelu medycznego wobec chorego pozostającego w opiece szpitalnej. Wśród nich szczególne miejsce zajmują „Powszechna Deklaracja Praw Człowieka" Organizacji Narodów Zjednoczonych (1948)[66], „Przepis o prawach dla pacjentów szpitalnych" Amerykańskiego Związku Szpitali (1973)[67], Ustawa o ratyfikacji Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych (1977)[68], „Europejska Karta Pacjenta Szpitalnego" (1979)[69], „Europejska Karta Praw Pacjenta (1986), „Karta Dziecka w Szpitalu" (1988) Parlamentu Wspólnoty Europejskiej[70], „Europejska Karta Praw Położnic" Parlamentu Europejskiego (1989)[71], „Rozporządzenie w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy" Ministra

---

Congrès de la Société internationale de la transfusion du sang, „Acta Apostolicae Sedis" 50(1958), ss. 268-282

[56] Pius XII, *Fondements de l'apostolat des laïcs et directives pratiques. Discours aux participants du II Congrès mondial pour l'apostolat des laïcs*, „Acta Apostolicae Sedis" 40(1957), ss. 922-939.

[57] Paweł VI, *Il rispetto della vita e della persona nell'esercizio della professione medica,* OsRomPol. 60(1970), nr 236, s. 1-2; por. tenże, *Le Médecin et la qualité de la vie. Letree pontificaux à la Federation internationale des Associations médicales catholiques*, „La Documentation Catholique" 75(1978), s. 259-260.

[58] Tenże, *Badania nad genomem. Przemówienie do uczestników IV Zgromadzenia Plenarnego Akademii „Pro vita",* OsRomPol. 19(1998) nr 4(202), ss. 36-37.

[59] Tenże, *Ochrona zdrowia a społeczeństwo. Przemówienie do uczestników Kongresu Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia*, OsRomPol. 22(2001) nr 3(231), ss. 13-14; por. tenże, *Ekonomia i zdrowie. Przemówienie Ojca Świętego do uczestników XIV Międzynarodowej Konferencji Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia,* OsRomPol. 21(2000) nr 2(220), ss. 44-45.

[60] Tenże, *Kobieta ma prawo do ochrony zdrowia. Przemówienie do uczestników międzynarodowej konferencji na temat „Zdrowie kobiet",* OsRomPol. 19(1998) nr 5-6(203), ss. 44-45.

[61] Tenże, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Przemówienie do uczestników kongresu Papieskiej Rady ds. Rodziny*, OsRomPol. 21(2000) nr 3(221), ss. 33-35.

[62] Tenże, *O szacunek dla ludzi w podeszłym wieku. Do uczestników konferencji zorganizowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia,* OsRomPol. 20(1999) nr 3(211), ss. 18-19.

[63] Tenże, *Ku wspólnemu budowaniu Kościoła. Przemówienie do uczestników sympozjum „Udział wiernych świeckich w duszpasterskiej posłudze kapłanów",* OsRomPol. 15(1994) nr 8(165), ss. 21-23.

[64] Tenże, *W leczeniu nie zapominajcie o duchowych potrzebach człowieka. Przemówienie do lekarzy uczestników kongresu Światowej Organizacji Gastrologów*, OsRomPol. 23(2002) nr 5(243), s. 41.

[65] Tenże, *Jesteście świadkami Chrystusa w nowym tysiącleciu. Przesłanie do uczestników Światowego Kongresu Katolików Świeckich w Rzymie,* OsRomPol. 22(2001) nr 2(230), ss. 39-41.

[66] *The General Assembly of the United Nations*, Universal Declaration of Human Rights, New York 1948.

[67] Amerykański Związek Szpitali, *Przepis o prawach dla pacjentów szpitalnych, w: Kronika medycyny*, dz. cyt., s. 621.

[68] *Ustawa o ratyfikacji Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych*, „Dziennik Ustaw" (1977) nr 38, poz. 167.

[69] St. Poździoch, *Rozwój koncepcji praw pacjenta w świetle dokumentów międzynarodowych*, „Pielęgniarstwo 2000" (1998) nr 1, ss. 13-19.

[70] Europejska Konferencja Stowarzyszeń na rzecz Dzieci w Szpitalu, *Europejska Karta Dziecka w Szpitalu*, „Pielęgniarstwo 2000" (1998) nr 1, s. 19.

[71] Tamże.

Zdrowia i Opieki Społecznej (1990)[72], Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej (1991), „Międzynarodowa Karta Praw Psychiatrycznych Pacjentów Szpitalnych" (1993) Zgromadzenia Ogólnego Światowego Towarzystwa Psychiatrycznego"[73], Kodeks Etyki Lekarskiej (1993)[74], Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej (1996)[75], Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej[76], Kodeks karny[77], Kodeks cywilny[78], Ustawa o zawodzie lekarza (1997)[79], „Europejska konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny" Rady Europy (1997)[80].

Próba udzielenia odpowiedzi na postawione pytania o moralne problemy związane z opieką służby medycznej, w oparciu o naukę Kościoła, teologię, deontologię lekarską, nauki prawne oraz przy pomocy nauk medycznych i psychologicznych, zawarta jest w pięciu rozdziałach. Rozdział pierwszy dotyczy prawa człowieka do życia, do jego ratowania w razie choroby, wyboru sposobu leczenia i do zachowania tajemnicy lekarskiej. Rozdział drugi obejmuje świat trudnych doświadczeń chorego, mianowicie jego zmagania związane z przezwyciężaniem choroby, wywierające silny wpływ na psychikę i przebieg leczenia. Jest on również próbą udzielenia odpowiedzi na pytanie, w jakim zakresie współpraca z zespołem leczącym ma wpływ na szybszy powrót chorego do zdrowia. Rozdział trzeci kładzie szczególny nacisk na konieczność współpracy rodziny i wolontariuszy ze służbą zdrowia w opiece nad chorymi. Chodzi głównie o towarzyszenie choremu, zwłaszcza w stanach terminalnych, o trudności w prowadzeniu z nim dialogu, wspieranie jego rodziny w najtrudniejszych chwilach umierania i późniejszej żałoby. Rozdział czwarty stanowi panoramę moralnej odpowiedzialności służby medycznej. Rozpatrywane są w nim etyczne dylematy związane z informowaniem chorego, leczeniem przeciwbólowym, przerywaniem zabiegów podtrzymujących życie i eutanazją. Rozdział ostatni, piąty, ukazuje zobowiązania służby zdrowia wobec chorego. Obejmuje on rys biblijny i historyczny troski o niego. Przedstawia obowiązki religijno-moralne współczesnej opieki medycznej. Wśród nich uwypukla poszanowanie prawa do wolności religijnej chorego, istotne zagadnienie współpracy personelu z duszpasterzem szpitala oraz zobowiązanie do apostolstwa ze strony wierzącej służby zdrowia.

[72] Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, *Rozporządzenie w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy,* „Dziennik Ustaw"(1990) nr 64, poz. 406.

[73] St. Poździoch, *Rozwój koncepcji praw pacjenta w świetle dokumentów międzynarodowych,* art. cyt., ss. 13-19.

[74] Naczelna Izba Lekarska, *Kodeks Etyki Lekarskiej,* w: *Prawo medyczne,* red. M. Nestorowicz, Toruń 2000, ss. 261-280. Odtąd Kodeks Etyki Lekarskiej będzie sygnowany skrótem KEL z odpowiednim numerem.

[75] *Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej,* „Dziennik Ustaw" (1996) nr 91, poz. 410.

[76] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej,* Warszawa 1997.

[77] *Kodeks karny,* „Dziennik Ustaw" (1994) nr 88, poz. 553.

[78] *Kodeks cywilny,* „Dziennik Ustaw" (1964) nr 16, poz. 93.

[79] *Ustawa o zawodzie lekarza,* „Dziennik Ustaw" (1997) nr 28, poz. 152.

[80] Rada Europy, *Konwencja o ochronie praw człowieka i godności osoby ludzkiej wobec zastosowania biologii i medycyny. Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie,* w: *Prawo medyczne*, red. M. Nestorowicz, Toruń 2000, ss. 549-560.

ROZDZIAŁ PIERWSZY

PRAWA CZŁOWIEKA CHOREGO BĘDĄCEGO W OPIECE SZPITALNEJ

W medycynie, przy rozwiązywaniu problemów moralnych, istotną rolę odgrywają podstawowe prawa człowieka, w szczególności prawo do życia, w które wpisuje się prawo do leczenia, do wyboru jego rodzaju, do rezygnacji z uporczywej terapii i wreszcie do przestrzegania tajemnicy. Podkreśla to Jan Paweł II, gdy zauważa, że „postęp medycyny powinien się odbywać zgodnie z wymogami etycznymi i prawnymi, wynikającymi z osobowej godności człowieka”[1].

Obok znajomości najnowszych osiągnięć medycyny, szpitalna służba zdrowia powinna znać obowiązujące zasady deontologii medycznej i nie tylko, czyli ten dział etyki, który zajmuje się powinnościami moralnymi wobec człowieka. Ich znajomość chroni ją przed nadużyciami i uwrażliwia jej sumienie[2].

W deontologii w ogólności a lekarskiej w szczególności istotne miejsce zajmuje podstawowe prawo do życia, zdrowia, ochrony przed chorobami i leczenia. Człowiek ma prawo do ratowania swojego życia i ochrony przed chorobami (par. 1). Jego źródłem i gwarantem jest Bóg. Poszanowania dla niego domagają się dokumenty międzynarodowe, m.in. Organizacji Narodów Zjednoczonych, zawarte w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka. Postanowienia te przyjmują także podstawowe ustawodawstwa państwowe a wśród nich Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej. Tylko w razie, gdy chory jest nieprzytomny, służba medyczna może podjąć czynności konieczne, słusznie przypuszczając, że taka jest wola chorego. Kiedy odzyska on świadomość, do niego należy podejmowanie dalszych decyzji o leczeniu i jego rodzajach (par. 2). Chory jest skłonny odsłonić swoje tajemnice przed kimś, komu ufa. Toteż ile razy to czyni, ma pełne prawo do przestrzegania tajemnicy lekarskiej (par. 3).

1. Prawo człowieka do życia i jego ratowania

Ze swej natury człowiek jest istotą rozumną i wolną (KDK 17). W przeciwieństwie do zwierząt, nie jest podporządkowany własnym instynktom. Korzystając ze swojej wolności posiada on nadzwyczaj rozległą przestrzeń działania, w której może się rozwijać i aktywnie tworzyć. Może on jednak niewłaściwie z niej korzystać. Stąd na przestrzeni jego dziejów czynione są zabiegi dla zapobieżenia tego rodzaju nadużyciom. Stopniowo dojrzewa też myśl stworzenia zapisu powszechnych i niezbywalnych praw, które chroniłby go od nich. Na ich nazwę zasługują tylko te, które przysługują wszystkim, niezależnie od płci, rasy, pochodzenia społecznego, religii, przekonań politycznych i statusu ekonomicznego. W historii ludzkości ich rozumienie ulegało nieustannym przemianom[3].

Podstawowe, niezmienne i niezbywalne prawa człowieka zaliczane są do tzw. praw podmiotowych. W takim ujęciu termin „prawo” użyty jest dla oznaczenia prawa, które przysługuje człowiekowi jako podmiotowi będącemu osobą. Istotnym dla „prawa podmiotowego” jest oparcie się na prawie jako normie, która daje określone uprawnienia. Osobie chronionej przez te prawa przysługuje możność swobodnego podejmowania decyzji i dostęp do korzystania z odpowiednich świadczeń.

---

[1] Jan Paweł II, *Medycyna a prawa człowieka. Przemówienie do uczestników Jubileuszu Lekarzy Katolickich,* OsRomPol. 21(2000) nr 9(226), s. 35.

[2] J. *Wróbel, Sumienie a doskonałość chrześcijańska. Wybrane elementy aspektu chrystologicznego, w: Teologia moralna u kresu II Tysiąclecia*. Materiały z sympozjum KUL odbytego 1-2 grudnia 1997 r., red. J. Nagórny, K. Jeżyna, Lublin 1998, ss. 223-249.

[3] O. Höffe, *Prawa człowieka jako podstawa politycznej humanitas,* „Communio” 1(1981) nr 6, ss. 65-77.

Gwarancją tych powinności jest obowiązek prawny spoczywający na władzy reprezentującej społeczeństwo[4].

Istotą „prawa podmiotowego" jest współzależność pomiędzy uprawnieniami a obowiązkami. Jeśli człowiek posiada prawo do życia, to również jest zobowiązany do jego ochrony. W praktyce oznacza to, że nie może on w sposób godziwy zrzec się go, ani też obowiązku jego ochrony. Jest ono bowiem niezbywalne[5].

Na kształtowanie się podstawowych i niezbywalnych praw człowieka poważny wpływ ma filozofia i teologia. Przy ich pomocy podejmowane są próby czynienia świata bardziej ludzkim, przez przeciwstawianie się panującemu bezprawiu. W swoim historycznym rozwoju początkowo bronią one człowieka przed ciężkimi nadużyciami ze strony władzy państwowej. Z biegiem czasu uwzględniają one także odpowiedzialność za ludzkie życie[6].

D. Gracia wskazuje na trzy fazy formowania się praw człowieka mające za przedmiot jego życie i zdrowie. Pierwsza związana jest z ogólnym kształtowaniem się praw stanowiących podstawy zachodnich systemów demokratycznych[7]. Najwcześniejszym dokumentem deklarującym niektóre prawa człowieka jest opublikowana w Anglii w 1215 roku „Wielka Karta Swobód" („Magna Charta Libertatum")[8]. J. Locke (1632-1704), czołowy przedstawiciel empiryzmu opracowuje filozoficzne ich uzasadnienie. Według niego, idea demokracji opiera się na pojęciu natury człowieka. Jest on zwolennikiem poglądu, że ludzie w stanie pierwotnym są wolni i równi. Jednak sytuacja egzystencjalna zmusza ich do zawarcia porozumienia między sobą. W konsekwencji powstaje społeczeństwo, w którym ludzie powinni zachować naturalne prawa do życia, wolności osobistej i własności indywidualnej. Powinny one być chronione przez ustanowioną władzę. J. Locke uznawany jest za twórcę „liberalizmu nowoczesnego"[9]. Dzięki jego koncepcji wyodrębnione zostają prawa człowieka do życia, do zdrowia i wolności osobistej[10].

Idee „Wielkiej Karty" wykorzystują i rozwijają w XVII wieku angielskie dokumenty „Petition of Rights" (1628), „Habeas Corpus Act" (1679) i "Bill of Rights" (1689). Stają się one zasadniczym argumentem w walce o prawa człowieka, zwłaszcza w tworzeniu rządów parlamentarnych[11].

Twórcami drugiej fazy formowania się praw podstawowych człowieka są klasycy pozytywizmu, głównego nurtu filozoficznego wieku XIX i XX. Reprezentują oni pogląd, że prawa człowieka mają swoje źródło w normach ustanowionych przez państwo. Zdecydowanie odrzucają oni zależność prawa ludzkiego od Prawa Bożego. Natomiast niemiecki filozof K. Marks (1818-1883), twórca marksizmu, ocenia prawa człowieka wyłącznie w kontekście klasowego charakteru społeczeństwa i nierówności ustroju kapitalistycznego. Nie uznaje on naturalnych i niezbywalnych praw jednostki, traktując je jako iluzję[12].

W XVIII wieku w Stanach Zjednoczonych zostają opublikowane „Bill of Rights" w Wirginii (1776), „Deklaracja niepodległości Stanów Zjednoczonych" (1776) wraz z poprawką pierwszą i

---

[4] H. Juros, *Prawa człowieka,* w: *Słownik teologiczny,* red. A. Zuberbier, Katowice 1998, s. 448-449.

[5] Tamże.

[6] O. Höffe, art. cyt., ss. 65-77.

[7] R. Otowicz, Etyka życia. *Bioetyczny i teologiczny kontekst problematyki życia poczętego,* Kraków 1998, s. 185; por. D. Gracia, *I diritti in sanità nella prospettiva bioetica,* „L'Arco di Giano" (1994) nr 4, ss. 29-44.

[8] Akt ten podpisany przez króla Jana bez Ziemi pod naciskiem baronów popartych przez duchowieństwo jest sprzeciwem wobec absolutyzmu. Od XIII do XV wieku wielokrotnie potwierdzany jest on, ale też wprowadzane są zmiany w jego zapisie.– M. A. Nowicki**,** *Prawa człowieka,* w: *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN,* dz. cyt., t. V, s. 312.

[9] Tamże.

[10] R. Otowicz, *Etyka życia,* dz. cyt., s. 185; por. E. Sgrecia, *Questioni emergenti nell'ambito della bioetica,* „Medicina e morale" 45(1995), s. 935.

[11] M. A. Nowicki**,** art. cyt., s. 312.

[12] Tamże.

dziewiątą do konstytucji USA (1789), a także francuska „Deklaracja praw człowieka i obywatela" (1789)[13].

Demokratyczna równość społeczna w wieku XIX daje początek prawom, na mocy których państwo zobowiązane jest do zagwarantowania każdemu człowiekowi możliwości korzystania z podstawowych przywilejów, w tym także opieki medycznej oraz otrzymania wsparcia w przypadku choroby. Wyrazem tego są konstytucje z końca wieku XIX[14].

Prawa, współcześnie nazywane „prawami chorego", stopniowo powstają w społeczeństwach tzw. „demokracji realnej" od XVII do XIX w. Jej podstawy ideowe stanowi „etyka proceduralna" i „etyka odpowiedzialności", a więc filozofia ściśle powiązana z bioetyką. Stanowione są one dla ochrony życia, zdrowia i wolności osobistej. Rozumiane są jako konsekwencje wynikające z zasady autonomii człowieka, przeciwstawianej zasadzie podejmowania wszelkich decyzji medycznych, z pominięciem woli chorego[15].

Po drugiej wojnie światowej, a właściwie to jeszcze w czasie jej trwania, organizacje międzynarodowe podejmują stopniowo próbę ochrony praw człowieka. Podstawowe zasady tych praw rozumiane są jako normy, które posiadają niezwykle istotne znaczenie „dla społeczności międzynarodowej. Mają one moc obowiązującą bezwzględną i nie mogą być uchylone żadną umową międzynarodową"[16].

Na wzór uniwersalnego programu ochrony praw człowieka podlegającego Organizacji Narodów Zjednoczonych powstałej w San Francisco w kwietniu 1945 roku, zorganizowane są trzy systemy regionalne kontrolowane przez Radę Europy, Organizację Państw Amerykańskich (Organization of American States) i Organizację Jedności Afrykańskiej (Organization of African Unity). Akty prawne ratyfikowane przez te organizacje obowiązują państwa członkowskie. Pierwszym traktatem międzynarodowym jest „Karta Narodów Zjednoczonych" („Charter of the United Nations") (1945). Sformułowany jest w niej jeden z głównych celów ONZ, którym jest „popieranie i zachęcanie do poszanowania praw człowieka i podstawowych wolności dla wszystkich, bez względu na rasę, płeć, język lub wyznanie"[17].

Istotna dla ludzkości jest powszechna „Deklaracja Praw Człowieka" uchwalona przez Zgromadzenie Ogólne ONZ (1948)[18]. Jest ona międzynarodowym katalogiem podstawowych i niezbywalnych praw i wolności, jako „wspólny standard do osiągnięcia przez wszystkie ludy i narody". Jej rozwinięciem jest konwencja o zapobieganiu i karaniu zbrodni ludobójstwa (1948)[19]. W roku 1950 państwa Rady Europy[20] ratyfikują „Europejską Konwencję Praw Człowieka"[21].

Nie bez znaczenia są dokumenty międzynarodowe chroniące prawa człowieka, w tym szczególnie prawo do życia, a mianowicie „Konwencja ONZ o uchodźcach" (1951), „Europejska Karta Społeczna" (1961), „Pakty Praw Człowieka" (1966), „Konwencje o niestosowaniu przedawnienia wo-

[13] Tamże.

[14] Tamże; St. Poździoch, *Rozwój koncepcji praw pacjenta w świetle dokumentów międzynarodowych,* „Pielęgniarstwo 2000" (1998) nr 1, s. 14.

[15] R. Otowicz, *Etyka życia*, dz. cyt., s.185-186; por. D. Gracia, *I diritti in sanità nella prospettiva bioetica*, art. cyt., s. 37; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne,* Toruń 2000, s. 17.

[16] R. Bierzanek, J. Jakubowski, J. Symonides, *Prawo międzynarodowe i stosunki międzynarodowe,* Warszawa 1980, s. 111.

[17] M. A. Nowicki**,** art. cyt., s. 312.

[18] The General Assembly of the United Nations**,** *Universal Declaration of Human Rights,* New York 1948.

[19] Sąd Norymberski, *Stanowisko w procesie lekarzy w sprawie dopuszczalności eksperymentów medycznych,* w: *Kronika medycyny*, dz. cyt., s. 619.

[20] Rada Europy, [Council of Europe (CE)] jest regionalną organizacją międzynarodową utworzoną w 1949, z siedzibą w Strasburgu. W roku 1995 skupia ona 39 państw europejskich. Powstaje ona m.in. dla obrony praw człowieka i demokracji parlamentarnej. Pod jej auspicjami jawi się w roku 1950 Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka.– [b.a.], *Rada Europy,* w: *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN*, dz. cyt., t. V, s. 429.

[21] Conceil de l'Europe, *Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales,* Roma 1950.

bec zbrodni wojennych i zbrodni przeciw ludzkości" (1968), „Konwencja o eliminacji wszelkich form dyskryminacji kobiet" (1979), „Europejska konwencja o zapobieganiu torturom i nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu" (1987) oraz „Konwencja o prawach dziecka" (1989)[22].

Problemy praw człowieka zajmują istotne miejsce w obradach Unii Europejskiej[23], Biura Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia[24] i Konferencji Bezpieczeństwa i Współpracy w Europie (KBWE).

W obronie praw człowieka konieczne jest zaangażowanie się rządów, ale i organizacji pozarządowych, których zadaniem jest sprawowanie społecznej kontroli nad sposobami przestrzegania przez państwa swoich zobowiązań w poszanowaniu tych praw. Polska jest stroną wszystkich najważniejszych konwencji praw człowieka o charakterze uniwersalnym. Przystąpiła ona również do „Europejskiej Konwencji Praw Człowieka" (1991). Od uchwalenia powszechnej „Deklaracji Praw Człowieka" społeczność międzynarodowa niezmiernie szybko rozwija system ochrony praw i wolności jednostki. Jednak prawa te są łamane w różnych częściach świata[25].

Stopniowo akceptację uzyskują też prawa dotychczas pomijanych społeczności pacjentów (dzieci, niepełnosprawnych i chorych psychicznie)[26]. W 1971 roku zostaje ratyfikowana przez ONZ „Deklaracja Praw Osób Chorych Psychicznie". Dokument ten podkreśla, że osoby dotknięte chorobą psychiczną powinny korzystać w jak najszerszym zakresie z praw przysługujących każdemu człowiekowi[27].

W 1973 roku Amerykańskie Stowarzyszenie Szpitalne (American Hospital Association) definiuje podstawowe prawa pacjentów szpitalnych. Poważne znaczenie, z punktu widzenia praw chorych psychicznie, również ma „Deklaracja hawajska" (1977). Dokument ten przestrzega wszystkich lekarzy psychiatrów przed „próbami nadużywania wiedzy i umiejętności psychiatrycznych w sposób sprzeczny z zasadami humanitaryzmu"[28].

W 1983 roku Zgromadzenie Parlamentarne Europy przyjmuje rezolucję w sprawie ochrony życia prywatnego i niebezpieczeństwa dyskryminacji. W nawiązaniu do zaleceń „Europejskiej Karty Praw Pacjenta" (1986), Parlament Europejski Wspólnoty Europejskiej przyjmuje „Europejską Kartę Dziecka Hospitalizowanego"[29]. Jej myślą przewodnią jest sformułowanie, że podstawowym jej uprawnieniem jest prawo do życia i możliwie najlepszej opieki medycznej. Rozwinięcie tej tezy stanowi sformułowanie dziesięciu podstawowych zasad[30]. Europejska Karta Praw Pacjenta w sensie

---

[22] M. A. Nowicki**,** art. cyt., s. 312.

[23] Unia Europejska, [European Union (UE)], związek państw członków Wspólnot Europejskich (Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej, Europejskiej Wspólnoty Węgla i Stali, Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej), tj. Belgii, Danii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Irlandii, Luksemburga, Niemiec, Portugalii, Włoch, Wielkiej Brytanii, utworzony w roku 1993 na mocy Traktatu o Unii Europejskiej (tzw. traktat z Maastricht); od 1995 członkami Unii Europejskiej zostały także Austria, Finlandia, Szwecja. – [b.a.], *Unia Europejska,* w: *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN,* dz. cyt., t. VI, s. 555.

[24] Światowa Organizacja Zdrowia (ŚOZ), [World Health Organization (WHO)], wyspecjalizowana agencja ONZ utworzona w 1945 r. z siedzibą w Genewie. Swoją działalność rozpoczęła w 1948 r. Do jej głównych zadań należy: 1. Międzynarodowa unifikacja, kodyfikacja i koordynacja metod leczniczych i zapobiegawczych oraz badań naukowych. 2. Zwalczanie groźnych chorób zakaźnych i krzewienie oświaty sanitarnej. 3. Podnoszenie poziomu służby zdrowia publicznego (gł. w krajach zacofanych pod względem sanitarnym). – [b.a.], *Światowa Organizacja Zdrowia,* w: *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN,* dz. cyt., t. VI, s. 263.

[25] M. A. Nowicki, art. cyt., s. 312.

[26] J. Sandorski, *Międzynarodowa ochrona praw człowieka a współczesne problemy medycyny, w: Wybrane problemy deontologii lekarskiej,* red. R. Szulc, Poznań 1999, ss. 103-104.

[27] M. A. Nowicki, art. cyt., s. 312.

[28] Światowy Związek Psychiatrii, *Deklaracja hawajska,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 622.

[29] The General Assembly of the United Nations, *Convention on the Rights of the Child,* New York 1989.

[30] Oto treść „Europejskiej Karty Dziecka Hospitalizowanego": „Dzieci powinny przebywać w szpitalu tylko wtedy, gdy leczenie, którego wymagają, nie może być prowadzone ambulatoryjnie lub w oddziale dziennym. Dzieci przebywające w szpitalu powinny mieć prawo do tego, aby cały czas przebywali razem z

ogólnym odnosi się do wszystkich chorych. Zaś zawarte w niej prawa są uszczegółowieniem jej postanowień ogólnych. Podobne założenie towarzyszy przygotowaniu i przyjęciu przez Parlament Europejski „Europejskiej Karty Praw Położnic" (1989)[31]. W tym samym roku Światowa Federacja Ochrony Zdrowia Psychicznego wydaje w Auckland (Nowa Zelandia) „Deklarację Praw Człowieka i Ochrony Zdrowia Psychicznego". Daje ona podstawę do przyjęcia przez Zgromadzenie Ogólne ONZ (1991) uchwały w sprawie zasad ochrony życia i zdrowia psychicznie chorych. „Międzynarodowa Karta Praw Psychiatrycznych Pacjentów Szpitalnych" (1993) jako uchwała Zgromadzenia Ogólnego Światowego Towarzystwa Psychiatrycznego, jest dalszym umocnieniem praw chorych psychicznie[32]. Doniosłym wydarzeniem jest ratyfikacja przez Radę Europy (1997) „Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny"[33].

Prawa chorego w ogólności są regulowane na różnych płaszczyznach prawa międzynarodowego i krajowego. Są one również konsekwencją i pochodną prawa człowieka do życia i jego ochrony, w tym przed chorobami. W systemie opieki zdrowotnej ich regulacja ma miejsce w wymiarze prawnym i etycznym. Etycznym wyrazem usankcjonowania praw chorego są kodeksy etyki zawodowej lekarzy, pielęgniarek i położnych[34] .

Gwarancje praw chorego są konsekwencją przyjętych zasad deontologii lekarskiej[35]. Ich zabezpieczeniu służą ogólne instytucje prawne. Naruszenie wymiaru etycznego rozpatrywane jest przez

---

nimi rodzice lub stali opiekunowie. Wszystkim rodzicom należy tworzyć możliwość pozostawania w szpitalu razem z dzieckiem, trzeba ich do tego zachęcać i pomagać. Pobyt rodziców w szpitalu nie powinien narażać ich na dodatkowe koszty lub utratę dochodów. Rodzice, by mogli uczestniczyć w opiece nad dzieckiem, powinni być stale informowani o sposobie postępowania w oddziale i zachęcani do aktywnej współpracy. Dzieci i rodzice powinni mieć prawo do uzyskiwania informacji w sposób odpowiedni do ich wieku i możliwości pojmowania. Należy starać się o zapobieganie, łagodzenie stresów fizycznych i emocjonalnych u dzieci w związku z ich pobytem w szpitalu. Dzieci i rodzice mają prawo świadomie uczestniczyć we wszelkich decyzjach dotyczących opieki nad ich zdrowiem. Każde dziecko powinno być chronione przed zbędnymi zabiegami leczniczymi i badaniami. Dzieci powinny przebywać w szpitalu z dziećmi o podobnych potrzebach rozwojowych. Nie należy umieszczać dzieci w oddziałach dla dorosłych. Nie powinno być żadnych ograniczeń wiekowych dla osób odwiedzających dzieci przebywające w szpitalu. Dzieci powinny mieć pełną możliwość zabawy, odpoczynku i nauki dostosowanej do swego wieku i stanu zdrowia. Powinny przebywać w otoczeniu zaprojektowanym, urządzonym i wyposażonym z myślą o ich potrzebach oraz z personelem potrafiącym zaspokajać ich potrzeby. Dziećmi powinien opiekować się personel, którego przygotowanie i umiejętności zapewniają zaspokajanie potrzeb fizycznych, emocjonalnych i rozwojowych dzieci i ich rodzin. Zespół opiekujący się dzieckiem w szpitalu powinien zapewnić mu ciągłość leczenia. Dzieci powinny być traktowane z taktem i zrozumieniem, a ich prawo do intymności powinno być zawsze szanowane". – St. Poździoch, *Rozwój koncepcji praw pacjenta w świetle dokumentów międzynarodowych,* art. cyt., ss.15-17; por. The General Assembly of the United Nations**,** *Convention on the Rights of the Child*, dok. cyt.

[31] St. Poździoch, *Rozwój koncepcji praw pacjenta w świetle dokumentów międzynarodowych,* art. cyt., ss.15-17.

[32] Przykładem dokumentu określającego uprawnienia pewnej kategorii osób jest też „Deklaracja Praw Osób Dotkniętych Inwalidztwem", przyjęta w roku 1975 przez Zgromadzenie Ogólne ONZ.– tenże, art. cyt., s. 14-15.

[33] Council of Europe, Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine, Starsburg 1997. „W 1990 roku Rada Europy przyjmuje rezolucję zobowiązującą Komitet Rady Ministrów do podjęcia starań w celu opracowania ramowej konwencji zawierającej wspólne podstawowe standardy dotyczące ochrony istoty ludzkiej w kontekście rozwoju nauk biomedycznych. Konwencję uchwala 19 listopada 1996 roku Komitet Ministrów". – J. Sandorski, art. cyt., s. 105.

[34] St. Poździoch, *Rozwój koncepcji praw pacjenta w świetle dokumentów międzynarodowych*, art. cyt., s. 14-15.

[35] Naczelna Izba Lekarska, *Kodeks Etyki Lekarskiej*, w: *Prawo medyczne*, red. M. Nestorowicz, Toruń 2000, ss. 261-280. Odtąd Kodeks Etyki Lekarskiej będzie sygnowany skrótem KEL z odpowiednim numerem.

instytucje i komisje odpowiedzialności etycznej i zawodowej samorządów lekarskich, pielęgniarskich i położnych. Prawa pacjenta są jednym z podstawowych problemów nowej dziedziny prawa, jaką jest prawo zdrowia publicznego. Jego rozwój dokonuje się w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych minionego stulecia[36].

W Polsce prawa chorego chronione są przez Konstytucję RP. Przytacza ona, że „każdy ma prawo do ochrony zdrowia i każdemu niezależnie od jego sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych"[37]. Polski Kodeks karny przewiduje wysokie kary za naruszenie prawa[38]. Nakazuje ściganie tych, którzy je przekroczą. Regulacje prawne w zakresie praw chorego, przyjęte w Polsce po 1990 roku, nie odbiegają w istotnych sformułowaniach od obowiązujących w innych krajach[39]. Jednak ich respektowanie budzi wiele zastrzeżeń. Praktycznie rzecz biorąc, nie gwarantują one korzystania z nich przez wszystkich obywateli[40].

Badania wykazują, że znaczna część pracowników opieki zdrowotnej nie przywiązuje wagi do informowania chorych o przysługujących im prawach. W konsekwencji prowadzi to do łamania tych praw. Przeprowadzona w 1996 roku, przez Departament Zdrowia i Kultury Fizycznej Naczelnej Izby Kontroli, inspekcja w zakresie przestrzegania praw chorego w publicznych zakładach opieki zdrowotnej potwierdza, że nie są respektowane nie tylko prawa związane z aspektem finansowym opieki zdrowotnej, lecz także i prawa nie wymagające nakładów pieniężnych. Potwierdzają to coraz częstsze procesy sądowe przeciw lekarzom. Badania naukowe i kontrolne instytucji opieki medycznej potwierdzają, że prawa chorego są w Polsce często łamane[41].

Wśród działań zmierzających do większego poszanowania praw chorego w Polsce, za najważniejsze należy uznać zmianę postaw zawodowych pracowników medycznych, zwłaszcza lekarzy oraz upowszechnianie w społeczeństwie, a szczególnie pośród chorych, informacji o nich. Szczególna odpowiedzialność spoczywa na samorządach lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz władzach administracyjnych jednostek organizacyjnych służby zdrowia. Niemałą rolę powinny odegrać uczelnie kształcące lekarzy i pielęgniarki, poprzez wprowadzenie do swoich programów nauczania treści i problemów związanych z prawami chorego[42].

O prawach człowieka, a szczególnie o jego prawie do życia, nie można jednak snuć refleksji wyłącznie w kategoriach filozoficznych, prawnych, czy też medycznych, chociaż w tych aspektach są one najczęstszym przedmiotem badań i analiz. Wizja praw człowieka, choć od samego początku zawarta jest w tradycyjnej myśli teologicznej, tu jednak w pełni rozwinięta zostaje przez Kościół dość późno. Jest to spowodowane wzajemnym nieufnym stosunkiem Kościoła i przedstawicieli nowych koncepcji filozoficznych[43].

---

[36] Prawo to dotyczy zakładów opieki zdrowotnej, wykonywania zawodu medycznego i zdrowotności publicznej.– St. Poździoch, *Rozwój koncepcji praw pacjenta w świetle dokumentów międzynarodowych,* art. cyt., s. 14.

[37] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*, dok. cyt., art. 68, § 1-2.

[38] Kodeks karny, dok. cyt., art. 148-160.

[39] Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, *Rozporządzenie w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy*, dok. cyt., nr 64, poz. 406; *Ustawa o zawodzie lekarza*, dok. cyt., nr 28, poz. 152; *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej,* „Dziennik Ustaw" (1991) nr 91, poz. 408; *Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, Rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania,* „Dziennik Ustaw"(1993) nr 3, poz. 13; *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego,* „Dziennik Ustaw" (1994) nr 111, poz. 535; *Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej,* dok. cyt., nr 91, poz. 410.

[40] F. J. Mazurek, *Ochrona praw człowieka przez rozwój i współpracę międzynarodową,* „Roczniki Nauk Społecznych" 14(1986) z. 1, s. 61.

[41] St. Poździoch, *Prawa pacjenta w ustawodawstwie polskim,* „Pielęgniarstwo 2000" (1998) nr 2, s.14.

[42] Tamże.

[43] H. Juros, *Prawa człowieka*, art. cyt., s. 449.

Magisterium Kościoła podkreśla, że pełnej odpowiedzi dotyczącej wartości życia ludzkiego, prawa człowieka do życia i jego ostatecznego sensu udzielają nauki biblijne i teologiczne[44]. Stąd chrześcijańskie postrzeganie praw człowieka związane jest w sposób ścisły z antropologią chrześcijańską. Ma zatem swoje źródło w chrześcijańskiej antropologii. Ich fundamentem jest transcendentna i niezbywalna godność człowieka oraz równość w niej wszystkich ludzi. Ogólnie rzecz biorąc, w rozumieniu chrześcijańskim charakteryzują się one niezbywalnością, nienaruszalnością, równością, wymiarem wspólnotowym, współzależnością uprawnień i zobowiązań oraz powszechnością[45]. J. Kowalski wyjaśnia, że „człowiek jawi się jako przedmiot rozwoju, którego on sam jest centrum [...]. Rozwój jest przede wszystkim procesem wyzwoleńczym, dzięki któremu człowiek bierze w swe ręce swoje własne przeznaczenie, aby nadać sens swojej własnej egzystencji, aby stała się ona bardziej przepełniona «treścią ludzką»"[46].

Pismo święte nie zajmuje się wprost prawami człowieka we współczesnym ich rozumieniu. Zawiera jednak przesłanki antropologiczne i teologiczne, które umożliwiają refleksję nad nimi w powołaniu się na godność osoby ludzkiej[47]. Nauczanie kościelne i teologia odwołują się do dwóch tekstów z Księgi Rodzaju jako wskazujących na godność człowieka i jego prawo do wolności (Rdz 1,26-28; 2,7). Ukazując prymat człowieka wśród stworzeń i jego podobieństwo do Boga, upoważniają go do podejmowania autonomicznych decyzji. Ze względu na wolność przejawiającą się w „samoświadomości i samostanowieniu" człowiek jest istotą duchowo-cielesną. „Tchnienie życia" (Rdz 2,7), jakim Bóg obdarzył człowieka, jest źródłem duchowości i uprawomocnieniem jego wolności[48]. W Starym Testamencie hebrajskie synonimy słowa „życie" (hebr. „bāśar", „nefeš", „rūah"), występują 273 razy, w tym 169 razy w odniesieniu do człowieka i 104 do zwierząt. Świadczy to o tym, jak wielkie znaczenie ma ono dla Boga i dla samego człowieka[49]. W Starym Testamencie Bóg wskazuje na Siebie jako na Dawcę życia. „Ręka Pańska uczyniła wszystko. W Jego ręku tchnienie życia i dusza każdego człowieka" (Hi 12,10)[50]. Jest On także obrońcą życia. „Pan obrońcą mojego życia. Przed kim mam się trwożyć?" (Ps 27,1), głosi Psalmista Pański. Stwórca kategorycznie zakazuje pozbawiania życia kogokolwiek. „Nie będziesz zabijał" (Pwt 5,17; Wj 20,13) apeluje wielokrotnie. Życie, którym obdarza On człowieka, jest inne i odrębne od życia wszelkich innych stworzeń żyjących. Człowiek jest w świecie objawieniem Boga, znakiem Jego obecności, śladem Jego chwały[51].

---

[44] J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych,* Kraków 1999, s. 32.

[45] H. Juros, *Prawa człowieka,* art. cyt., s. 449.

[46] J. Kowalski, *Współczesne wyzwania stawiane teologii moralnej,* dz. cyt., s. 16.

[47] „Biblijna koncepcja wartości życia wyrasta z przeświadczenia, iż życie to nie tylko fizyczna egzystencja człowieka, ale także pełnia życia ilościowa i jakościowa. Obejmuje więc nie tylko samo biologiczne trwanie, ale zdrowie, zamożność i szczęście, które są połączone z pokojem wewnętrznym. Idea życia jako pełni, szkicowana już w Starym Testamencie, a wyraziście odsłonięta w Nowym, jawi się w bliskości takich kategorii jak światło, pokój, szczęście, mieszkanie w swoim kraju. Ostateczną perspektywę daje tutaj Chrystusowe orędzie paschalne. «Człowiek jest powołany do pełni życia, która przekracza znacznie wymiary jego ziemskiego bytowania, ponieważ polega na uczestnictwie w życiu samego Boga. Wzniosłość tego nadprzyrodzonego powołania ukazuje wielkość i ogromną wartość ludzkiego życia także w jego fazie doczesnej. Życie w czasie jest bowiem podstawowym warunkiem, początkowym etapem i integralną częścią całego i niepodzielnego procesu ludzkiej egzystencji. Proces ten, nieoczekiwanie i bez żadnej zasługi człowieka, zostaje opromieniony obietnicą i odnowiony przez dar życia Bożego, które urzeczywistni się w pełni w wieczności (por. l J 3,1-2). Równocześnie to nadprzyrodzone powołanie uwydatnia względność ziemskiego życia mężczyzny i kobiety". – P. Bortkiewicz, *Wobec jakości a wartości życia,* w: *Globalizacja, życie i zdrowie, medycyna. Chrześcijanin wobec niektórych problemów moralnych,* red. B. Mielec, Kraków 2002, s. 40.

[48] R. Otowicz, *Etyka życia,* dz. cyt., s. 187; por. Jr 31, 31–39; Ez 36.

[49] M. Filipiak*, Biblia o człowieku. Zarys antropologii biblijnej Starego Testamentu*, Lublin 1979, s. 65.

[50] Rdz 4,10-12.15; Wj 20,13; Pwt 5,17; 8,3; 32,39; Ps 36,10; 104-29-32; Mdr 11,24-25; 11,26, Jr 2,13; 17,13.

[51] EV nr 34.

Uzasadnienia praw człowieka trzeba szukać także w Przymierzu zawartym przez Boga z Ludem wybranym Starego Testamentu. Zasady moralnego i społecznego życia Izraela opierają się bowiem na Przymierzu z Bogiem. Ich wypełnienie powinno być realizowane poprzez zachowanie przykazań i praw Bożych. Przymierze bowiem jest możliwe jedynie na drodze ustawicznego nawracania serca ludzkiego[52].

Nowy Testament kontynuuje i rozwija prawdę Starego Przymierza o życiu ludzkim. Słowo „życie" pojawia się w nim w języku greckim jako „zōę" i „zēn". W niektórych wypadkach pojęcie to jest uzupełnione przez psyche [„dusza żyjąca" (1 Kor 15,45; Ap 16,3)] lub przez nie zastąpione (Mk 8,35; Łk 12,20). Rzadko, bo tylko 11 razy pojawia się „bios", a jeden tylko raz użyte jest jako „bióō" (1 P 4,2)[53]. Sam Chrystus, wskazuje na Siebie jako na dawcę i początek życia. „Ja jestem Drogą, i Prawdą, i Życiem" (J 14, 6).

W Nowym Testamencie niejednokrotnie życie ludzkie przedstawiane jest w wymiarze ziemskim i tymczasowym, czy też witalnym (Łk 1,75; Dz 17,28; Rz 7,1-3; Hbr 7,3; Jk 4,14). Chrystus wskazuje, że jest ono bezcennym dobrem człowieka (Mk 8,36-37). Argumentów przemawiających za tym, dostarczają również momenty z życia świadków życia Jezusa, korzystających z Jego Boskiej mocy, pozwalających zażegnać niebezpieczeństwo utraty życia (Mt 8,23-27), uzdrowić wszelką chorobę (Mt 8,1-16.28-32; 9,2-7), jak również przywrócić życie zmarłym (Mk 5,35-42; 9,18-25; Łk 7,11-16; J 11,1-44)[54].

---

[52] R. Otowicz, *Etyka życia,* dz. cyt., s. 187.

[53] J. Wróbel, *Człowiek i medycyna…,* dz. cyt., s. 54.

[54] J. Wróbel zwraca uwagę, że w Nowym Testamencie „życie człowieka nie jest jednak traktowane wyłącznie w wymiarze naturalnym. Liczne teksty są przeniknięte świadomością, że ono prawdziwe może być zrealizowane wyłącznie w Bogu. Tam, gdzie Boga nie ma, gdzie zabraknie jego ożywczego działania, tam panuje śmierć (Łk 15,25.32). Stąd też na wzór tekstów starotestamentalnych stwierdza się, iż dla utrzymania życia ludzkiego jest wprawdzie potrzebny pokarm naturalny i dobra materialne, ale nie są one jednak ostatecznym źródłem życia (Mt 6,25-33; Łk 12,15-34). Prawdziwym źródłem życia jest Słowo Boże (Mt 4,4; J 5,24; 6,63.68), poznanie Boga (J 17,3), posłuszeństwo i pełnienie woli Bożej (Mt 19,16-22;Mk 10, 17-22; Łk18,18-23), radykalna przynależność do Boga i uczestnictwo w Jego Królestwie (Mt 10, 39; Mk 8,35; Łk 9, 24; 12, 31; 18, 29), Osoba Jezusa Chrystusa, wiara w Niego i zjednoczenie z Nim (J 1, 4; 3, 15-16; 3, 36; 4, 14; 5, 24.26.40; 6, 40.47; 10, 28; 11, 25-26; 14, 6;15), a w szczególny sposób pokarm Jego Ciała i Krwi (J 6, 32-34.48-58). Ostatecznie zaś źródłem życia jest «duch życia» («pnéuma zoōs»), którego udziela sam Bóg (Dz 17, 25; Ap 11,11). Nowotestamentalne określenie życia w formie samego «zōe», bez dodatkowych przymiotów, wyraźnie nawiązuje do tradycji starotestamentalnej i późno-judejskiej, sugerując iż chodzi tutaj o życie prawdziwe, pełne, które człowiek zawdzięcza Bogu, Autorowi «tchnienia» życia. On to bowiem jako «Bóg żywy» (Mt 16,16; 26,63; Dz 14,15; Rz 9,26) nie tylko ma w sobie życie, sam posiada życie w pełni jako Nieśmiertelny, Żyjący wiecznie (l Tm 6,16; Ap 4,9-10; 10,6; 15,7), ale sam jest Panem życia i śmierci (Łk 12,20; 2 Kor 1,9; Jk 4,15), jest w stanie życia udzielić i je odebrać (por. J 5,21; 5,26; 6,57; 6,57; Rz 4,17; l Tm 6.13.16). W powyższych stwierdzeniach nie chodzi jednak, jak zauważa R. Bultmann, o elementy prymitywnej mitologii, ale o ostateczny wyznacznik życia ludzkiego, o całkowitą orientację życiową człowieka na Boga, o transcendentną naturę jego egzystencji. Oznacza to dalej, że «zōe» nie osiąga swojej pełni jako po prostu odnajdywane przez człowieka w sobie i zorientowane na siebie, ale jako odnajdywane w Bogu i zorientowane na Niego. W rzeczywistości nowotestamentalnej w centrum owej orientacji stoi Osoba Jezusa Chrystusa oraz Ducha Świętego. Nie sposób nie wskazać też, przynajmniej w sposób skrótowy, na ważny element antropologii Pawłowej, gdzie pojawia się specyficzne dla tego autora rozróżnienie na «sarx», «soma» i «pneuma». Podobnie jak w całej antropologii biblijnej, i tutaj nie chodzi o dualizm czy przeciwstawienie sobie rozdartego w swej strukturze człowieka. Używając w nieco skomplikowany sposób tych pojęć, Apostoł Narodów wskazuje odpowiednio na wertykalną oraz horyzontalną relacyjność człowieka, a również jego sytuację zbawczą. Tak też przez «pneuma» Paweł oddaje otwartość człowieka na Ducha Świętego. Z jednej strony duch ludzki nie jest radykalnie oddzielony od Ducha Świętego, z drugiej zaś Duch Święty pobudza człowieka nie tylko do modlitwy (Rz 8,26-27), ale i do miłości przynoszącej skutki, wyliczone w Ga 5 i l Kor 13. Przeciwstawienie «sarx» i «pneuma» w człowieku ma więc o tyle sens, o ile «sarx» określa to, co ziemskie i ograniczone, natomiast «pneuma» to, co niebieskie, należne Bogu i otwarte na Boga. «Sarx» i «pneuma» określają człowieka poprzez wskazanie na sposoby jego egzystencji: ziemski-cielesny oraz niebieski otwarty na Ducha Świętego. Nie znaczy to, że

Objawienie Boże Nowego Testamentu ma wielką wartość. Należy je chronić, jest ono bowiem wstępem do życia wiecznego. „Kto wierzy w Syna ma życie wieczne" (J 3,36). Także Jan Paweł II podkreśla, że „Ewangelia życia znajduje się w samym sercu orędzia Jezusa Chrystusa.[...] Jest ona rzeczywistością konkretną i osobową, gdyż polega na głoszeniu osoby samego Jezusa"[55]. Zatem słowa, czyny i sama Osoba Jezusa dają możliwość poznania pełnej prawdy o wartości życia ludzkiego, jego wyjątkowej pozycji wśród stworzeń, godności i wolności (J 13,34; Rz 8,21). Jego Miłosierdzie szczególnie zaznacza się względem ludzi cierpiących i ubogich. On też wzywa swoich uczniów do miłosierdzia względem pokrzywdzonych i zepchniętych na margines życia społecznego. „Jeśli bowiem miłujecie tych, którzy was miłują, cóż za nagrodę mieć będziecie? Czyż i celnicy tego nie czynią?" (Mt 5,46). Wskazuje na wielką wartość ludzkiego życia, gdy głosi, że „nikt nie ma większej miłości od tej, gdy ktoś życie swoje oddaje za przyjaciół swoich" (J 15,13)[56].

Chrystus troszcząc się o życie wieczne człowieka, głosząc prawdę o nim, nie zapomina o jego życiu ziemskim i kłopotach z nim związanych. Często pochyla się nad chorymi i uzdrawia ich. W ten sposób podkreśla prawo, a zarazem obowiązek troski o nie. „Przynoszono [...] do Niego wszystkich cierpiących, których dręczyły rozmaite choroby i dolegliwości, opętanych, epileptyków, paralityków, a On ich uzdrawiał" (Mt 4,24). Przywraca życie cielesne zmarłemu Łazarzowi (J 11,1-44) i córce Jaira (Mt 9,18-26). Te dwa wydarzenia pośrednio uzasadniają prawo każdego do ratowania swego życia. Skoro zaś człowiek pragnie ratować swoje lub cudze życie, ma prawo do leczniczych zabiegów, wykorzystując współczesne środki medyczne. Poddając się im, uznaje swe życie za „dar", który należy pieczołowicie strzec i ratować, ponieważ jest drogą wiodącą do życia wiecznego[57].

Nie należy też zapominać, że mocą Ducha Świętego człowiek staje się „nowym stworzeniem", co w stosunku do ludzi wyrazić się powinno poprzez miłość, cierpliwość, dobroć, wspaniałomyślność, panowanie nad sobą i troskę o pokój (Ga 5,22-23). Przymioty człowieka jako „nowego stworzenia" najpełniej wyrażone są w błogosławieństwach z Kazania na Górze, które są jakby drugim Dekalogiem. Prawa człowieka mają ostateczny fundament w Bogu Stworzycielu[58].

II Sobór Watykański (1962-1965) w oparciu o Objawienie Boże wskazuje, że „Bóg jako Pan życia powierzył ludziom wzniosłą posługę strzeżenia życia, którą człowiek ma wypełnić w sposób godny siebie" (KDK 51). Obecnie uświadamia on sobie coraz bardziej godność swojej osoby (DWR 1; KK 9). Chroni ją Prawo Boże i prawo ludzkie mające swe źródło w Prawie Boskim[59]. „Powszechność i niezmienność normy moralnej ujawnia – pisze Jan Paweł II - a zarazem stoi na straży godności osobowej, to znaczy nienaruszalności człowieka, na którego obliczu jaśnieje blask

---

istnieją dwie sfery, substancje czy wrodzone jakości człowieka. Istnieje jeden człowiek, zdolny do wiary w Jezusa Chrystusa. Wiara obejmuje całego człowieka, otwiera go na Ducha Świętego i urzeczywistnia w nim obraz i podobieństwo Boże. [...] Oprócz słowa «sarx» używa św. Paweł również «soma» na określenie ciała ludzkiego. Znaczenie tego słowa bliskie jest pojęciu osoby. Nie chodzi jednak o osobę rozumianą indywidualistycznie, zamkniętą w sobie. «Soma» wyraża się w różnorodności części złączonych w jednym organizmie". – tamże; por. R. Bultmann, *Der Lebensbergriff des Neuen Testamentes,* w: *Theologisches Wörterbuch zum Neuen Testament,* red. G. Kittel, Stuttgart 1935, t. II, s. 864; I. Mroczkowski, *Cielesność a duchowość,* „Więź" 37(1994) nr 10(432), ss. 175-183; tenże, *Osoba i cielesność. Moralne aspekty teologii ciała,* Płock 1994, ss. 124-135.

[55] EV nr 1; 29.

[56] S. Olejnik, *Powołanie chrześcijańskie. Teologia moralna fundamentalna,* Włocławek 1998, t. I, ss. 121-123; por. St. Kornas, *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej,* Częstochowa 1986, ss. 60-66.

[57] EV nr 2 i 52; por. tenże, *Krzyż Chrystusa rozjaśnia tajemnicę cierpienia. Przemówienie do chorych,* OsRomPol. 23(2002) nr 5(243), s. 41.

[58] R. Otowicz, *Etyka życia,* dz. cyt., Kraków 1998, s. 188; por. J. Wróbel, *Dekalog – Prawo Miłości,* w: *Katechizm Kościoła Katolickiego. Przesłanie moralne Kościoła.* Materiały z sympozjum KUL odbytego 5-6 grudnia 1994 r., red. J. Nagórny, A. Derdziuk, Lublin 1995, ss. 77-95.

[59] F. J. Mazurek, *Katalog praw człowieka w encyklice „Centesimus annus",* „Colloquium Salutis" 25(1994), ss. 101-111.

Boży”[60]. Jest ona wartością transcendentną uznawaną przez wszystkich, którzy poszukują prawdy. Całą zaś historię ludzkości należy interpretować w świetle tej nauki[61].

Godność człowieka wynika z jego wewnętrznej więzi łączącej go ze Stwórcą (KDK 12). Ma ona uzasadnienie w Jego decyzji powołania go do życia: „Uczyńmy człowieka na Nasz obraz, podobnego Nam” (Rdz 1,26). Z tej racji każdy człowiek nie tylko zwrócony jest do swego Stwórcy, lecz pozostaje także w trwałej relacji do tych, którzy zostali stworzeni, podobnie jak on, przez Boga. Troska o dobro jednostki łączy się ze służbą dobru wspólnemu, a prawa i obowiązki wzajemnie się przenikają i uzupełniają[62].

Człowiek poznaje swoją godność przez objawione Słowo Boże, ale także własnym rozumem. Jest on bowiem zdolny do pokierowania swoim losem, do rozpoznania prawdy i umiłowania jej (DWR 2). Dzięki Odkupieniu, dokonanemu przez Chrystusa, jest on na nowo, po grzechu pierworodnym, podniesiony do godności dziecka Bożego i wezwany do życia z Bogiem[63].

Kościół na różne sposoby wyraża przekonanie, że „przez żadne prawa ludzkie godność osobista i wolność człowieka nie da się tak stosownie zabezpieczyć, jak przez Ewangelię Chrystusową powierzoną Kościołowi” (KDK 41). Poszanowanie prawa osoby ludzkiej do życia jest wyrazem poszanowania osoby jako stworzenia Bożego[64]. Nie jest ono władcze i absolutne, ale związane z celami ustalonymi przez naturę i przez nią ograniczone[65].

Jeszcze w wieku XIX Kościół, ze znanych już racji, nastawiony jest negatywnie do podstawowych praw człowieka, głoszonych m.in. przez Wielką Rewolucję Francuską. Później jednak uznaje coraz większą liczbę praw i przyznaje im uprzywilejowaną pozycję, zwłaszcza w nauczaniu Leona XIII (1810-1903)[66]. Papieże wieku XX ustawicznie podkreślają szczególną godność człowieka chronioną przez jego prawa, a wśród nich przez prawo do życia. Z niej zaś wypływają ostateczne konsekwencje, z którymi powinien się poważnie liczyć, jeśli pragnie żyć w przyjaźni z Bogiem i ze sobą samym. Pierwszą z nich jest troska o życie i zdrowie. Jej wyrazem jest zabieganie o właściwe środki dla prawidłowego rozwoju oraz ochrony przed utratą zdrowia i niebezpieczeństwem zagrażającym życiu[67]. Pius XI (1857-1939) potępia wykroczenia przeciw życiu ludzkiemu[68]. Jest on także

---

[60] Jan Paweł II, *Encyklika „Veritatis splendor”. O niektórych podstawowych problemach nauczania moralnego Kościoła,* dok. cyt., nr 90. Odtąd Encyklika sygnowana jest skrótem VS z odpowiednim numerem; por. J. Wróbel, *Nowe Prawo,* w: *„Veritatis splendor”. Przesłanie moralne Kościoła.* Materiały z sympozjum KUL odbytego 6-7 grudnia 1993 r., red. B. Jurczyk, Lublin 1994, ss. 113-116; tenże, *Teologiczne podstawy moralności chrześcijańskiej w ujęciu encykliki „Veritatis splendor”,* „Roczniki Teologiczne” 42(1995) z. 3, ss.37-55.

[61] Jan Paweł II, *Poszanowanie praw człowieka warunkiem prawdziwego pokoju. Orędzie na XXXII Światowy Dzień Pokoju,* OsRomPol. 20(1999) nr 1(209), s. 4.

[62] Tamże; por. J. Kowalski, *Człowiek jako obraz Boży w świetle Konstytucji Gaudium et spes,* „Częstochowskie Studia Teologiczne” 1(1973) ss. 105-130.

[63] K. Kubik, *Człowiek cierpiący i jego prawa w świetle nauczania Jana Pawła II,* „Przegląd Lekarski” 56(1999) nr 3, s. 254.

[64] *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 1994, nr 1930. Odtąd Katechizm sygnowany jest skrótem KKK z odpowiednim numerem; por. Jan Paweł II, *Kobieta ma prawo do ochrony zdrowia. Przemówienie do uczestników międzynarodowej konferencji na temat „Zdrowie kobiet”,* OsRomPol. 19(1998) nr 5-6(203), ss. 44-45.

[65] KPSZ nr 47.

[66] Wł. Piwowarski, *Prawa człowieka w nauczaniu Jana Pawła II,* „Więź” 27(1984) nr 5(307), s. 38.

[67] St. Kornas, *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej,* dz. cyt., s. 85; por. J. Wróbel, *Życie od Boga i dla Boga,* w: Jan Paweł II *„Evangelium vitae”. Tekst i komentarz,* red. T. Styczeń, J. Nagórny, Lublin 1997, ss. 177-208.

[68] „W encyklice «Casti connubii» z 1930 roku na temat chrześcijańskiego małżeństwa ostro potępił on praktykę przerywania ciąży nawet wówczas, gdy zagrożone jest życie kobiety ciężarnej. Odrzucił on argument, w myśl którego płód zagrażający życiu matki można, według tradycyjnych kategorii moralnych, uznać za «bezprawnego agresora», czy też za kogoś, kto bezprawnie grozi życiu matki, co dawałoby jej moralne prawo do obrony przed «atakiem» nawet w przypadku, gdyby odparcie agresora pociągało za sobą śmierć tego ostatniego. Pius XI replikował, iż niemożliwe jest, by ktokolwiek mógł w maleńkim niewin-

autorem zasady „całościowości" („La principe de totalité"), według której tylko wówczas wolno pozbawiać człowieka części jego ciała, gdy wymaga tego zdrowie całego organizmu[69].

Przełom w nauczaniu Kościoła dotyczącym podstawowych praw chorego następuje w czasie II wojny światowej, kiedy popełniane są masowo zbrodnie przeciw ludzkości. Pius XII (1876-1958) wielokrotnie broni godności człowieka i jego praw, a szczególnie prawa do życia. Określa on je jako jedno z podstawowych i powszechnych, bez których niemożliwe jest bezpieczne współżycie ludzi. Jest on przekonany, że prawo do życia, prawo do nienaruszalności ciała, prawo do troski o zdrowie i ochrony przed niebezpieczeństwami człowiek otrzymał bezpośrednio od Boga, a nie od drugiego człowieka, społeczeństwa, czy jakiejkolwiek ludzkiej władzy[70]. Ma ono swoje uzasadnienie w Bożym prawie naturalnym i pozytywnym[71]. Podstawowa zaś zasada moralności lekarskiej („primum non nocere"), aby pomagać i leczyć, a nie szkodzić i zabijać, jest częścią prawa Bożego[72]. Pogłębia on także rozumienie „zasady całościowej", według której poszczególne narządy istnieją dla całego organizmu, a więc całość jest dla części czymś nadrzędnym i określającym[73]. Zasada całościowości sprowadza się, najogólniej ujmując, do rozstrzygnięcia, czy chirurgiczne amputacje są konieczne i poprawią ogólny stan zdrowia chorego, czy należy ich zaniechać[74].

Jan XXIII (1881-1963) podkreśla z całą mocą, że każdy odstępujący od prawa do życia uwłacza Bożemu Majestatowi i podważa siłę oraz autorytet społeczności, do której należy[75]. Jest on przekonany, że porządek moralny „znajduje swe jedyne oparcie w Bogu, bez którego [...] musiałby on całkowicie zaniknąć. Człowiek bowiem składa się nie tylko z ciała, ale i z ducha, który jest świadom swej rozumności i wolności"[76]. Papież w encyklice „Pacem in terris" za fundament ludzkich praw uznaje „prawo do życia i nienaruszalności ciała, do posiadania środków potrzebnych do zapewnienia sobie odpowiedniego poziomu życia", do których należy zaliczyć także „opiekę zdro-

---

nym dziecku spoczywającym w łonie matki widzieć «bezprawnego agresora» wraz z wszystkimi wynikającymi z tego konsekwencjami". – J. Mahoney, *Bioetyka i wiara. Początek życia,* „Znak" 43(1991) nr 10(437), s. 15-16.

[69] Pius XI, Litterae Encyclicae „Casti connubii", „Acta Apostolicae Sedis"22(1930), s. 565.

[70] Pius XII, *Le médecin et le droit. Discours aux participants du VII Congrès international des médecins catholiques,* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg–Paris 1963, t. III, ss. 3020-3027; tenże, *Les relations humaines dans l'entreprise. Allocution aux délégués de la Conférence internationale sur les relations humaines dans l'industrie*, tamże, t. III, ss. 3511-3513.

[71] Tenże, *Problèmes de morale conjugale I. Allocution aux membres de l'Union catholique italienne des sages-femmes,* tamże, t. I, s. 504. J. Mahoney spostrzega, że przemowa Piusa XII do położnych, która jest jednym ze świadectw całkowitego i bezwarunkowego odrzucenia przez Kościół katolicki jakiejkolwiek formy rozmyślnie sprowokowanego przerwania ciąży". Stąd też moralny zakaz dotyczący aborcji przeprowadzonej w obronie życia kobiety ciężarnej uważa się powszechnie za najtwardszy i najtrudniejszy wymóg stawiany przez naukę Kościoła rzymskokatolickiego. Obrona życia poczętego przyczyniła się do rozwoju opieki medycznej i leczenia w okresie ciąży, dzięki czemu dylemat ten spotyka się w dzisiejszych czasach stosunkowo rzadko". – J. Mahoney, *Bioetyka i wiara,* art. cyt., s. 16.

[72] Pius XII*, L'unité de l'être humain comme fondement des droits de la personne en face des interventions de la psychothérapie. Allocution aux participants du V Congrés international de psychothérapie et de psychologie clinique,* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg–Paris 1963, t. I, ss. 1084-1095.

[73] Tenże**,** *Les limites naturelles des méthodes médicales de recherche et traitement. Allocution aux membres du premier „Congrès international d'histopathologie du système nerveux",* tamże, t. I, s.1081-1082.

[74] Tenże, *Le médcin au service du mariage. Allocution aux participants du XXVI Congrès de „l'Union des urologues italiens", w: Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* dz. cyt., t. I, ss.1097-1099.

[75] Jan XXIII, *Encyklika „Mater et Magistra". O współczesnych przemianach społecznych w świetle nauki chrześcijańskiej,* w: *Dokumenty nauki społecznej Kościoła,* red. M. Radwan, L. Dyczewski, A. Stanowski, Rzym–Lublin 1987, cz. I, s. 259.

[76] Tenże, s. 258.

wotną oraz niezbędne świadczenia ze strony władz na rzecz jednostek”[77]. Z tego wynika, że człowiekowi przysługuje również prawo do korzystania ze środków społecznych na wypadek choroby.

Paweł VI (1897-1978) dodaje, że na każdym człowieku ciąży obowiązek ochrony i podtrzymywania życia. Podobnie jak jego poprzednicy jest on przekonany, że prawo do życia człowiek otrzymał od Boga, stąd nie może ono podlegać jego decyzjom, ponieważ „nie posiada on nieograniczonej władzy nad swoim ciałem”[78]. Nadto uczy, że życie ludzkie jako integralna[79] całość powinno być chronione od chwili poczęcia aż do naturalnej śmierci[80]. Jest ono bowiem święte i stanowi największą wartość na ziemi. Według Bożego zamysłu ono stanowi dar dany każdej osobie ludzkiej, która z ciałem i duszą jest przeznaczona do życia wiecznego[81]. „Godność, którą przyznaje się wszystkim istotom ludzkim oraz ich równość i braterstwo stanowią postawę praw człowieka. A obowiązek szanowania tych praw jest obowiązkiem powszechnym”[82]. Nadto istnieje ścisły związek zachodzący pomiędzy rozwojem społeczno-gospodarczym, współpracą między narodami a realizacją praw człowieka w sposób realny a nie tylko formalny[83].

Nauczanie Jana Pawła II w głównej mierze porusza problemy praw człowieka i stanowi centralny aspekt jego etyczno-społecznej myśli[84]. Kontynuuje on naukę swoich poprzedników i pogłębia ją przypominając prawdę o prawie każdego człowieka do życia, będącego źródłem wszelkich podstawowych praw człowieka niezmiennych i niezbywalnych[85]. „Prawo to nie jest bowiem dla człowieka jednym z wielu praw, ale prawem fundamentalnym. Nie ma innego, które by bardziej dotykało samego istnienia osoby”[86].

Jako pierwszy papież w dziejach społecznego nauczania Kościoła, Jan Paweł II traktuje prawa człowieka jako „zasadę społeczną”. Zasada ta to nie tylko twierdzenie ogólne dotyczące normalnego funkcjonowania społeczeństwa, lecz przede wszystkim „norma naturalno-prawna ugruntowana w społecznej naturze człowieka, a więc norma etyczno-społeczna”[87]. Prawa człowieka, a wśród

---

[77] Jan XXIII, *Encyklika „Pacem in terris”. O pokoju między wszystkimi narodami opartym na prawdzie, sprawiedliwości, miłości i wolności*, tamże, cz. I, s. 273.

[78] Paweł VI, *Encyklika „Humanae vitae”. O zasadach moralnych w dziedzinie przekazywania życia,* Wrocław 1994, nr 13.

[79] J. Wróbel, *Dawstwo organów a obowiązek poszanowania integralności ciała ludzkiego,* „Roczniki Teologiczne” 45(1998), z. 3, ss.109-125.

[80] „Integralność w ogólności znaczy tyle co całość. W dziedzinie moralnej oznacza ona przede wszystkim fizjologiczno-psychiczną całość człowieka, z której żadna «część» nie powinna się usamodzielnić na tyle, by stała się autonomiczna (jak to jest np. w wypadku spowodowanej dobrowolnie lub będącej wynikiem choroby dominacji określonego popędu), albo nad którą człowiek powinien dominować tylko w takim stopniu, w jakim domaga się jego dobro całego organizmu (ingerencje medyczne). Wreszcie w aspekcie moralno-teologicznym integralność oznacza zintegrowanie tego jednego i całego człowieka w moralnej dobrej decyzji fundamentalnej, którą jest miłość”. – K. Rahner, H. Vorgrimler, *Mały słownik teologiczny,* Warszawa 1996, kol. 179-180; por. G. Marcel, *Życie a sacrum,* „Znak” 43(1991) nr 10(437), s. 13.

[81] Paweł VI, *Le Médecin et la qualité de la vie. Letree pontificaux à la Federation internationale des Associations médicales catholiques,* „La Documentation Catholique” 75(1978), s. 259-260; por. tenże, *Allocution en la audiencia general,* „Ecclesia” 38(1978), s. 581.

[82] Tenże, *XXV lat Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka. Orędzie do Organizacji Narodów Zjednoczonych,* w*: Nauczanie społeczne. Przemówienia i inne dokumenty,* red. A. Jaworska, Warszawa 1975, t. II, ss. 102-106; por. tenże, *Orędzie do Narodów Zjednoczonych,* w: *Dokumenty nauki społecznej Kościoła,* red. M. Radwan, L. Dyczewski, A. Stanowski, Rzym–Lublin 1987, cz. I, s. 311; por. J. Kowalski, *Znamiona godności człowieka,* w: *Poznać człowieka w Chrystusie. Jan Paweł II o godności ludzkiej,* Częstochowa 1983, ss. 107-177.

[83] F. J. Mazurek, *Ochrona praw człowieka przez rozwój i współpracę międzynarodową,* art. cyt., s. 62.

[84] Wł. Piwowarski, art. cyt., s. 38.

[85] Jan Paweł II, *Prawo do życia. Przemówienie na zakończenie IX Międzynarodowej Konferencji zorganizowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia,* OsRomPol. 16(1995) nr 3(171), ss. 44-45.

[86] Tenże, *Przekroczyć próg nadziei,* Lublin 1994, s. 152.

[87] Tamże, s. 39; J. Majka, *Filozofia społeczna,* Warszawa 1982, s. 165.

nich prawo do życia w każdej jego fazie istnienia, mają swój początek w sprawiedliwości społecznej i stają się jej sprawdzianem w życiu „organizmów politycznych". Ich naruszenie prowadzi do rozbicia społeczeństwa, zniewolenia, terroru, różnorodnych dyskryminacji, totalitaryzmu i wojen[88].

Jan Paweł II podaje katalog praw człowieka, wśród nich prawo do życia i do opieki zdrowotnej. W jego formułowaniu bierze za punkt wyjścia „Deklarację Praw Człowieka" ONZ i encyklikę „Pacem in terris". Argumentuje przy tym, że „całokształt praw odpowiada istocie godności człowieka [...] i jego pełnego ludzkiego wymiaru, ponieważ człowiek żyje równocześnie w świecie wartości materialnych i w świecie wartości duchowych"[89]. Prawa te tworzą integralną jedność, ponieważ podmiotem ich jest konkretna osoba.

Życie człowieka jako dar Stwórcy spełnia „pewną misję", którą ma on do wykonania w czasie swego ziemskiego pielgrzymowania[90]. Po śmierci zaś, zgodnie z obietnicą Bożą, ma ono uczestniczyć w życiu samego Boga. Wskazuje to na jej ogromną wartość, ale jednocześnie i na jego względność w wymiarze doczesnym. Nie jest ono bowiem rzeczywistością „ostateczną", ale „przedostateczną"[91]. Na każdym etapie swojego rozwoju, od poczęcia aż do naturalnej śmierci oraz w każdym jego przejawie, człowiek jest wyłącznym posiadaczem życia[92]. Nikt nie może nim, podobnie jak on sam, dysponować w sposób dowolny[93]. Powinno ono kierować się ku celowi nadprzyrodzonemu. Jest nim miłość Boga i doskonałość osoby ludzkiej[94]. Prawo do życia jest „korzeniem i źródłem" wszystkich innych praw. Także obowiązkiem każdego człowieka jest troska o nie oraz o własne zdrowie[95]. Nie tylko inni, ale i on jako tylko jego „włodarz", nie może dowolnie nim rozporządzać. Stąd wypływa szczególne prawo i powinność ratowania życia. Jest ono bowiem czymś istotniejszym niż przejaw istnienia i funkcjonowania materii. Jako że jest dane człowiekowi przez Stwórcę, przysługuje mu przymiot świętości[96]. Przykazanie „nie zabijaj" ma wartość absolutną w

---

[88] Jan Paweł II, *Encyklika „Redemptor hominis",* dok. cyt., nr 17; por. tenże, *Encyklika „Sollicitudo rei socialis",* Watykan 1987, nr 15. Odtąd Encyklika jest sygnowana skrótem SRS z odpowiednim numerem.

[89] Tenże, *Orędzie do Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku, w: Dokumenty nauki społecznej Kościoła,* red. M. Radwan, L. Dyczewski, A. Stanowski, Rzym–Lublin 1987, cz. II, cz. 2, s. 93; por. tenże, *Dokument Stolicy Apostolskiej o wolności religijnej,* OsRomPol. (1980) nr 10, s. 7.

[90] S. Grygiel wyjaśnia, że „utożsamiając osobę z określonym funkcjonowaniem, «de facto» utożsamiamy ją z przedmiotem, ku któremu owo funkcjonowanie zmierza oraz z potrzebą tego przedmiotu, jaka pojawia się w człowieku w sposób naturalny albo nie naturalny. Naturalność bądź nienaturalność potrzeb zależy od nienaturalności bądź sztuczności przedmiotu. W przedmiocie tym każemy człowiekowi upatrywać swoją Transcendencję, w niej zaś zasadę postępowania oraz ocalenie". – S. Grygiel, *Tożsamość poczętego dziecka,* „Znak" 43(1991) nr 10(437), s. 51.

[91] EV nr 2.

[92] Tenże, *Posynodalna Adhortacja apostolska „Christifideles laici". O Powołaniu i misji świeckich w Kościele i świecie dwadzieścia lat po Soborze Watykańskim II,* Watykan 1988, nr 38.

[93] J. Ratzinger wyjaśnia, że piąte przykazanie Dekalogu „nie zabijaj" wyraża troskę Boga o człowieka, „któremu zostaje ukazana droga życia. Ten centralny element Starego Przymierza, ukazujący, co znaczy naprawdę być człowiekiem, pozostaje także w mocy w Nowym Testamencie. Na pytanie bogatego młodzieńca o życie wieczne Chrystus odpowiada najpierw. «Nie zabijaj», po czym wymienia inne przykazania drugiej tablicy Dekalogu". – tenże, *Nienaruszalność życia ludzkiego w świetle encykliki „Evangelium vitae",* OsRomPol. 16(1995) nr 5(173), s. 48.

[94] A. Dziuba, *Z problematyki etycznej chorych i umierających,* „Chrześcijanin w świecie" 14(1982) nr 3(105), s. 49; W. Gubała, *Służyć życiu ludzkiemu,* OsRomPol. 16(1995) nr 3(171), s. 46.

[95] Jan Paweł II, *Podstawy deontologii lekarskiej. Przemówienie do uczestników Zjazdu Światowego Towarzystwa Lekarskiego,* przem. cyt., s. 22.

[96] „Człowiek, żeby mógł być przyjęty w swojej prawdzie, niezależnej od nikogo, nawet od niego samego, musi być uszanowany jako «sacrum». I to nazywa się być przyjętym «gościnnie». Ze względu na swoją osobową tożsamość człowiek musi być zawsze przyjmowany jako ktoś, kto jest «pierwszy» na świecie. Oznacza to, że dostrzega się w nim coś więcej aniżeli tylko wypadkową «czystych rozumów». W końcu oznacza to także, że w dziecku poczętym widzi się coś nieskończenie więcej aniżeli tylko syntezę komórki męskiej i żeńskiej. Kiedy mówimy, że każdy człowiek jest pierwszy na świecie, mamy na myśli ten fakt, że kierunek jego rozwoju nie tłumaczy się w pełni czasoprzestrzennymi przyczynami. Żeby człowiek mógł być tak pierwszy na świecie, albo jeszcze inaczej, żeby mógł on być wolny, musi być nie z tego świata, bo

odniesieniu do każdego człowieka, a szczególnie słabego i bezbronnego[97]. Człowiek znajduje obronę przed samym sobą i przed innymi. Nauka o nienaruszalności ludzkiego życia jest prawdą moralną wynikającą z Pisma świętego, uznawaną przez Tradycję Kościoła i głoszoną przez jego Magisterium[98].

Dla Jana Pawła II, świat współczesny potrzebuje refleksji antropologicznej, która jest wynikiem współpracy naukowców reprezentujących nauki biologiczne i humanistyczne, m.in. teologii. Chodzi bowiem o służbę człowiekowi, by bronić jego godności i tożsamości jako „res sacra"[99].

Dla nauczania kościelnego i teologa człowiek odnajduje swoją prawdziwą godność w Osobie Syna Bożego. W Swojej nauce wskazuje On na ich podstawy, które są fundamentalną wartością. Oznacza to, że człowiek jest godny szacunku ze względu na niego samego[100].

W cywilizacji humanistycznej cierpiący i potrzebujący pomocy powinni zajmować szczególne miejsce, a wrażliwość na ich potrzeby jest wskaźnikiem ludzkiej kultury. W odniesieniu do nich bowiem sprawdza się prawdziwość głoszonych idei człowieczeństwa, sprawiedliwości, miłości i życia. Tymczasem we współczesnej kulturze pojawiają się struktury grzechu, których cechą charakterystyczną jest ekspansja postaw przeciwnych solidarności międzyludzkiej, nastawionych na społecznie wymierny sukces, przybierających postać „kultury śmierci"[101].

Od kilkudziesięciu lat opinię publiczną niepokoi wysoki stopień specjalizacji w medycynie, który powoduje zjawisko dehumanizacji medycyny. W wielu wypadkach jest ona ukierunkowana nie na chorego, lecz na jego chory narząd, na strukturę i funkcjonowanie organizmu, z pominięciem osobowości człowieka. Obaw tych nie można lekceważyć. Rodzą się one bowiem w samym środowisku medycznym i to u ludzi o najwyższym autorytecie zawodowym i moralnym. To oni apelują o powrót medycyny do wielowiekowej tradycji, kiedy to chory był dla niej podmiotem jej działań, a

---

z rzeczy tego świata tylko jedna może być pierwsza wśród innych sobie podobnych. Inne są już po niej". – S. Grygiel, art. cyt., s. 52.

[97] Jan Paweł II, *Poszanowanie praw człowieka częścią integralną każdej kultury. Przemówienie do uczestników I Światowego Kongresu poświęconego Duszpasterstwu Praw Człowieka,* OsRomPol. 19(1998) nr 12(208), ss. 28-29; por. J. Wróbel, *Nic co sprzeciwia się życiu,* „Niedziela" 33(1990) nr 41, s. 5-6.

[98] S. Spinsanati, *Etica bio-medica,* Torino 1987, s. 188; por. EV nr 57. M. Grabowski spostrzega, że życie ludzkie „odsłania przed nami choćby tylko w przebłyskach, w ułamkach doświadczeń swą wyjątkowość i nienaruszalność. Zawsze jednak jest ono bezbronne wobec człowieka, wobec możliwości manipulowania nim jak przedmiotem i zawsze możliwe jest pogwałcenie jego prawa. Wystarczy uzmysłowić sobie postępy w technikach biomedycznych, eksperymenty na żywych ludzkich embrionach, traktowanie ich wedle reguł badawczych sprzecznych najczęściej z regułami przekazywania życia. Poczęte ludzkie istnienie ma się za «materiał biologiczny», który mrozi się lub deformuje według potrzeb badacza. Coraz śmielsze próby interwencji w dziedzictwo genetyczne straszą przyszłością, gdzie wizja ludzkiej termitiery z «Nowego wspaniałego świata» Huxley'a przestaje być fantastyczną powiastką. Jedynym, co osłania początek człowieka, jest zakaz (tabu)". – tenże, *W obliczu ludzkiego początku,* „Znak" 43(1991) nr 10(437), s. 40.

[99] EV nr 29 i 51; por. J. Nagórny, *Społeczny charakter troski o życie i zdrowie,* „Roczniki Teologiczne" 46(1999) z. 3, s. 5.

[100] W. Gubała, *Etyka chrześcijańska wobec transplantacji,* „Służba Zdrowia" (1994) nr 50(2445), s. 3; por. J. Wróbel, *Godność poczętego życia ludzkiego,* „Homo Dei" 61(1992) nr 2-3(224-225), ss. 36-51.

[101] EV nr 12. J. Nagórny uważa, że Jan Paweł II stawia wyraźną tezę, „że tam, gdzie zanika poczucie wartości życia, zwłaszcza wartości życia ludzkiego, nie można mówić o prawdziwej trosce o środowisko naturalne. Dlatego też (Papież) pyta: «Jak można skutecznie stawać w obronie przyrody, jeśli usprawiedliwiane są działania bezpośrednio godzące w samo serce stworzenia, jakim jest istnienie człowieka? Czy można przeciwstawiać się niszczeniu świata, jeśli w imię dobrobytu i wygody dopuszcza się zagładę nienarodzonych, prowokowaną śmierć starych i chorych, a w imię postępu prowadzone są niedopuszczalne zabiegi i manipulacje już u początków życia ludzkiego?». I dodaje, «gdy dobro nauki albo interesy ekonomiczne biorą górę nad dobrem osoby, a nawet całych społeczności, wówczas zniszczenia powodowane w środowisku są „Znak"iem prawdziwej pogardy dla człowieka. Trzeba, aby wszyscy, którym leży na sercu dobro człowieka na tym świecie, stale dawali świadectwo, że «szacunek dla życia, a przede wszystkim dla ludzkiej godności, jest podstawową zasadą zdrowego postępu ekonomicznego, przemysłowego i naukowego»". – J. Nagórny, *Ekologiczna płaszczyzna troski o życie i zdrowie,* w: *Globalizacja, życie i zdrowie, medycyna. Chrześcijanin wobec niektórych problemów moralnych,* red. B. Mielec, Kraków 2002, s. 48-49.

w lekarzu, oprócz wiedzy, szczególnie ceniono człowieczeństwo[102]. Obawy te podziela J. Kowalski, przestrzegając przed relatywizmem etycznym i kulturowym, który może zniszczyć świadomość tego, kim jest człowiek. „Jawią się bowiem nowe «modele refleksji etycznej, które są ubocznymi produktami samej globalizacji, noszącej znamię utylitaryzmu. A przecież wartości etyczne nie mogą podlegać dyktatowi nowych wynalazków, techniki ani wydajności. Są bowiem zakorzenione w samej naturze człowieka. Etyka nie może być usprawiedliwieniem ani uzasadnieniem systemu, ale raczej zabezpieczeniem wszystkiego, co ludzkie w każdym systemie. Wymaga ona, aby systemy były dostosowane do potrzeb człowieka. Nie pozwala natomiast stawiać systemu ponad człowiekiem»"[103].

Prawa człowieka są uszczegółowieniem moralnego prawa naturalnego[104]. W teologii moralnej prawo naturalne jest interpretowane w świetle Ewangelii. Jego nadrzędną normą jest przykazanie miłości Boga i miłości człowieka, stworzonego na Jego obraz, a więc również jako dobra transcendentnego, do wszelkiego bytu i wartości nieosobowej. Prawo moralne naturalne i jego cele różnią się od zakresu praw cywilnych, z natury swojej mających węższy zakres. Toteż prawo cywilne nigdy nie może zastąpić sumienia, ani przekraczać swoich uprawnień. Społeczeństwo ma prawo i obowiązek bronić się przed nadużyciami wolności człowieka [105]. J. Kowalski twierdzi, że „zabezpieczenia społeczne, prawne i kulturalne są życiowo niezbędne, jeśli jednostki i społeczności pośredniczące mają zachować swoje centralne miejsce"[106].

Prawo chorego do życia nie daje społeczeństwu nad nim władzy absolutnej. Nie posiada jej także pracownik służby zdrowia. Prawo chorego jest związane z celami ustalonymi przez Boga. Z nich też wynikają ograniczenia. Pracownik służby zdrowia z racji swojego powołania podejmuje się odpowiedzialnej i trudnej jego obrony[107].

Uzasadnienie, jakie dają papieże, począwszy od Piusa XII, a dotyczące praw człowieka, Wł. Piwowarski uważa za nowość. Jego poprzednicy potwierdzenia doszukują się w prawie naturalnym w ujęciu tomistycznym. Konsekwencją tego jest zbytnie podkreślanie prawa naturalnego w porównaniu z prawami człowieka. Dopiero od czasów Piusa XII stopniowo przedstawiana jest nowa argumentacja odwołująca się do godności człowieka[108]. Jan Paweł II rozwija ją, gdy pisze, że „człowiek dlatego ma czynić sobie ziemię poddaną, ma nad nią panować, ponieważ jako „obraz Boga" jest

---

[102] St. Poździoch, *Rozwój koncepcji praw pacjenta w świetle dokumentów międzynarodowych,* art. cyt., s. 13; por. R. G. Gillet Grant, *Prawa pacjenta,* „Magazyn Medyczny" 3(1992) nr 11, ss. 46-47.

[103] J. Kowalski, *Teologiczno-moralny wymiar globalizacji,* w: *Globalizacja, życie i zdrowie, medycyna. Chrześcijanin wobec niektórych problemów moralnych,* red. B. Mielec, Kraków 2002, s. 27; por. Jan Paweł II, *Globalizacja i etyka, Przemówienie do uczestników VII Sesji Plenarnej Papieskiej Akademii Nauk Społecznych,* OsRomPol. 22(2001) nr 6(234), s. 42.

[104] „Prawo naturalne jest moralnym zobowiązaniem, a jednocześnie uprawnieniem człowieka w jego odniesieniu do Boga, siebie samego, bliźnich i wszechświata, którego podstawą i racją jest człowieczeństwo, czyli «natura ludzka». Według określenia św. Tomasza z Akwinu jest ono uczestnictwem rozumnego stworzenia w prawie wieczystym, ustanowionym przez Boga. W odróżnieniu od prawa natury, obejmującego całe stworzenie, prawo naturalne dotyczy tylko istot rozumnych i wolnych. O ile pierwsze, będące przedmiotem nauk przyrodniczych, działa automatycznie i wyznacza w sposób koniecznościowy to, co jest, o tyle drugie odnosi się do tego, co powinno być. Nie jest ono oparte na żadnym determinizmie fizycznym, ale na głosie sumienia. Człowiek spełnia je więc w wyniku wolnego wyboru". – A. Dylus, *Prawo naturalne,* w: *Słownik teologiczny,* dz. cyt., s. 455-456.

[105] Tamże, nr 71.

[106] J. Kowalski, *Teologiczno-moralny wymiar globalizacji,* art. cyt., s. 27.

[107] KPSZ nr 48-49.

[108] Wł. Piwowarski, art. cyt., s. 42. W szkole tomistycznej „prawo moralne zawęża się do prawa naturalnego ogłoszonego zasadniczo przez Dekalog oraz do prawa pozytywnego narzuconego przez autorytet Kościoła czy państwa. Prawo wieczyste zostaje skwitowane już tylko wzmianką, a prawo ewangeliczne praktycznie zostaje zapomniane. Ponieważ w nauce moralnej panuje duch legalizmu, nie będzie już możliwe zrozumienie definicji nowego Prawa jako wewnętrznego działania Ducha Świętego ani dostrzeganie w Kazaniu na Górze czegoś innego niż tylko rady". – S.T. Pinckaers, *Źródła moralności chrześcijańskiej,* Poznań 1994.

osobą, czyli bytem podmiotowym uzdolnionym do planowego i celowego działania, zdolnym do stanowienia o sobie i zmierzającym do spełnienia siebie"[109].

Treść uszczegółowionych praw człowieka wciąż się rozwija. Trudno ustalić raz na zawsze ich katalog. Na rozwój ich treści wpływa wiele czynników, tak negatywnych, jak i pozytywnych. F.J. Mazurek uważa, że nauka o prawach człowieka zatrzymała się jakby w połowie drogi. Podkreśla się ich uniwersalizm w aspekcie ich uprawnień. Natomiast przemilcza się uniwersalizm obowiązków człowieka, w tym także obowiązek ochrony własnego życia[110].

Świat współczesny cechuje pluralizm, stąd pytanie o możliwość traktowania praw człowieka, a wśród nich prawa do życia i ochrony zdrowia, jako wspólnej wartości możliwej do przyjęcia przez wszystkie narody. Wł. Piwowarski odpowiada na nie negatywnie. Dla niego istnieją różne koncepcje praw człowieka, często wykluczające się wzajemnie lub są one różnie interpretowane. Stąd, aby prawa człowieka mogły być rozumiane przez wszystkich w sposób jednolity, wymagana jest „wizja człowieka", którą daje Jan Paweł II. Dodaje też, że pomimo ratyfikowania tak wielu międzynarodowych aktów prawnych chroniących życie i zdrowie ludzkie, w większości mają one tylko wartość moralną a nie prawno-wykonawczą. Trudności te nie przekreślają jednak wysiłków zmierzających do wypracowania płaszczyzny porozumienia dotyczącej praw człowieka, możliwej do przyjęcia przez całą rodzinę ludzką[111].

2. Prawo wyboru rodzaju leczenia

W ramy podstawowego prawa do życia człowieka i troski o niego, wpisują się uprawnienia dotyczące wyboru sposobu i rodzaju leczenia oraz opieki zdrowotnej. Każde leczenie wymaga odpowiednich decyzji ze strony lekarza i chorego, uwzględniających wszystkie okoliczności choroby. Jednak w ocenie jego stanu zdrowia nie można brać pod uwagę wyłącznie wyników analiz medycznych. U podstawy dokonania wyboru znajduje się jeden z najtrudniejszych dylematów etyki lekarskiej, którym jest zachowanie właściwych relacji pomiędzy równoprawnymi osobami. Przybiera ona często ze strony lekarza formę autorytatywną tzw. „paternalizmu" lub przyznania choremu absolutnej wolności, ograniczając w ten sposób podejmowanie decyzji lekarza. Obie postawy trudne są do zaakceptowania przez chrześcijański personalizm. Właściwe relacje powinny być oparte na współodpowiedzialności obu stron[112].

Dokonując analizy kształtowania się prawa chorego do wyboru sposobu leczenia należy podkreślić, że u początków medycyny sprowadza się ono prawie wyłącznie do wyrażenia zgody na proponowane mu leczenie lub sprzeciwienia się mu. Od początków wieku XX na konieczność uzyskania od chorego „uświadomionej zgody"[113] wskazują lekarze i prawnicy. W roku 1911 G. Gay, chirurg wyraża pogląd, że chory świadomy swoich czynów ma prawo do decydowania o rodzaju wykonywanego zabiegu[114]. W podobnym duchu wypowiada się, w czasie procesu sądowego (1914) w USA, wybitny sędzia Cardozo[115]. W roku 1931 Sąd Rzeszy rozstrzyga, że chory przed operacją powinien być dokładnie poinformowany o rodzaju zabiegu i o jego ewentualnych skutkach, aby mógł podjąć właściwą decyzję[116]. Natomiast w Kalifornii, podczas rozprawy sądowej (1957), pojawia się po raz pierwszy w interpretacji prawnej termin „uświadomiona zgoda"[117].

---

[109] Jan Paweł II, *Encyklika „Laborem exercens". O pracy ludzkiej,* Watykan 1981, nr 6.

[110] F. J. Mazurek, *Prawa człowieka w encyklice Jana Pawła II „Sollicitudo rei socialis",* „Colloquium Salutis" 23-24(1993), s. 136.

[111] Wł. Piwowarski, art. cyt., s. 44.

[112] J. Wróbel, *Człowiek i medycyna..,* dz. cyt., s. 107.

[113] W języku angielskim używany jest termin „informed consent". Natomiat w j. francuskim „consentement éclairé". – G. R. Gillett, *Information and consent,* „Hospimedica" 8(1991) nr 9, s. 22.

[114] Tamże.

[115] M. Nesterowicz, dz. cyt., s. 80.

[116] Tamże, s. 103.

[117] M. Kośmicki, *Uświadomiona zgoda chorego na udział w eksperymencie medycznym,* w: *Pacjent u*

W latach sześćdziesiątych ubiegłego stulecia toczyła się dyskusja nad problemem przymusu leczenia chorego, poprzez zabieg operacyjny. Kwestię tę rozszerzyć trzeba na obowiązek przymusowego leczenia człowieka w jakimkolwiek przypadku. Jest to o tyle uzasadnione, że od wielu lat istnieje zagwarantowana ustawami powinność poddania się przymusowym szczepieniom ochronnym, leczeniu gruźlicy itp.[118]. W tym świetle jawi się pytanie, czy rzeczywistość taka nie jest pośrednim dowodem, że nie trzeba liczyć się z wolą chorego, przynajmniej w niektórych przypadkach. A może jest to jeszcze jeden bardzo jaskrawy przejaw nadużycia w imię fałszywej moralnie zasady, że „cel uświęca środki"[119].

Prawo chorego do wyboru stosownego leczenia stanowi integralną część praw człowieka. W sposób pośredni, wynika ono z wszystkich międzynarodowych traktatów gwarantujących poszanowanie jego praw. Dokumentem o powszechnym charakterze, w którym jest zapisane prawo do wyboru leczenia jest przyjęta przez ONZ „Deklaracja Praw Osób Chorych Psychicznie" (1971). Przypomina ona także o równości wobec prawa osób chorych psychicznie i zdrowych. Jednakże chory w szczególności powinien być chroniony przed „nadużyciami" ze strony zdrowych[120]. W roku 1973 American Hospital Association przyjmuje przepis o prawach chorych w szpitalach. Wśród wymienianych w nim praw jest wyraźny zapis, że „pacjent ma prawo do informacji od lekarza, udzielanej przed podjęciem jakiegokolwiek zabiegu lub leczenia, by mógł je wystarczająco ocenić i wyrazić na nie zgodę"[121].

„Deklaracje hawajskie" z roku 1977 i 1983 są rozwinięciem deklaracji ONZ i określają normy etyczne zawodu lekarza psychiatry. Według nich jest on odpowiedzialny za umożliwienie choremu podjęcia decyzji w wyborze leczenia. „Leczenie należy przeprowadzić z troską, biorąc pod uwagę ludzką godność i podstawowe prawo do samostanowienia"[122]. Wyraża to także Europejska Karta Pacjenta Szpitalnego (1979). Podkreśla się w niej, że jest ono podstawowe, nierozłącznie związane z realizacją innych świadczeń w szpitalu oraz że ma gwarantować ludzki charakter czynności związanych z opieką zdrowotną nad chorym. Karta jest wyrazem uznania jego prawa do samookreślenia i wyboru stosownego leczenia[123].

Światowe Stowarzyszenie Lekarzy w „Deklaracji z Lizbony" (1981) orzeka, że chory ma prawo przyjąć lub odmówić leczenia po otrzymaniu stosownej informacji[124]. Bez jego zgody wolno jest wdrożyć leczenie tylko wówczas, kiedy jest on nieprzytomny. Z takim przypadkiem ma do czynienia lekarz rozpoczynający zabiegi resuscytacyjne. Słusznie uważa on bowiem, że gdyby poddawany reanimacji człowiek był świadomy, z pewnością wyraziłby zgodę na ratowanie swego życia. Dyskusyjne jest natomiast, uważa J. Bogusz, naginanie tej argumentacji w przypadku, kiedy zastrzega sobie on wcześniej, że nawet gdy straci przytomność, nie życzy sobie leczenia proponowanego przez lekarza[125]. Lekarz jednak często zapomina, że poddawanego zabiegom medycznym traktować trzeba jako osobę. Tymczasem postęp wiedzy medycznej spycha go do roli przedmiotu. Zdarza się, że jego wolność zostaje tak ograniczona, iż jego podmiotowość traci właściwie swoją tożsamość. W

---

schyłku XX w., Kielce 1997, s. 43-44.

[118] Rada Ministrów, *Dekret o zwalczaniu chorób wenerycznych,* „Dziennik Ustaw"(1946) nr 51, poz. 394, art. 13; *Ustawa o zwalczaniu gruźlicy,* „Dziennik Ustaw"(1959) nr 27, poz. 170, art. 8; *Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych,* „Dziennik Ustaw"(1963) nr 50, poz. 279, art. 3.

[119] J. Bogusz, *Lekarz i jego chorzy,* Kraków 1979, s. 73.

[120] St. Poździoch, *Rozwój koncepcji praw pacjenta w świetle dokumentów międzynarodowych,* art. cyt., s. 15; por. M. A. Nowicki, art. cyt., s. 312.

[121] Amerykański Związek Szpitali, *Przepis o prawach dla pacjentów szpitalnych, w: Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 621.

[122] Światowy Związek Psychiatrii, *Deklaracja hawajska,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 622.

[123] St. Poździoch, *Rozwój koncepcji praw pacjenta w świetle dokumentów międzynarodowych,* art. cyt., s. 16.

[124] A. Tulczyński, *Stanowisko wobec śmierci w świetle dokumentów deontologii lekarskiej,* w: *Śmierć i umieranie jako problem filozoficzny i dydaktyczny w Akademii Medycznej,* Poznań 1985, s. 107.

[125] J. Bogusz, *Czy może być uzasadniony przymus poddania się chorego operacji?* w: *Etyka i deontologia lekarska,* red. T. Kielanowski, Warszawa 1985, Warszawa 1985, s. 11.

takim wypadku chory nie jest partnerem lekarza we współdecydowaniu. Jeżeli odmawia mu się prawa osoby, nie trzeba się z nim zatem konsultować. Teolog J. Ratzinger podkreśla z całą mocą, że lekarz nie może uważać siebie za profesjonalistę, który najlepiej wszystko wie, bez konsultacji z chorym. Tak postępując odbiera mu prawo do wolności. Wkracza także w zobowiązanie, jakie ciąży na każdym, a mianowicie odpowiedzialność chorego za własne życie i zdrowie. Toteż nie może on decydować o tym bez jego zgody, chyba że chory nie jest do tego zdolny[126].

„Deklaracja Lizbońska" (1981) poświęcona prawom chorego do dokonania wolnego wyboru lekarza i leczenia jest niezwykle surowa a nawet nieludzka. Zarzuca ona światu medycznemu, że prawo to jest tylko wówczas respektowane, jeśli chory może za ten przywilej zapłacić. Według Deklaracji sytuacja nie jest też jednoznaczna, gdy chory człowiek leczony jest w publicznym szpitalu i chciałby dokonać wyboru lekarza. Wyczuwalne jest w niej wyraźne zakłopotanie powodowane nierównością społeczną dostępu do opieki medycznej. W takiej sytuacji choremu nie pozostaje nic innego, jak tylko dochodzić swoich praw na drodze sądowej[127].

Parlament Wspólnoty Europejskiej uchwalając „Kartę Dziecka w Szpitalu" (1988) udziela mu i jego rodzicom prawa „świadomego uczestniczenia we wszelkich decyzjach dotyczących opieki nad jego zdrowiem". Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody[128]. W Polsce postanowienie to sprowadza się do wyrażenia przez rodziców lub ustawowych opiekunów tzw. „zgody zastępczej". W przypadku braku rodziców lub opiekunów, zgody takiej udziela sąd opiekuńczy. Interweniuje on także wówczas, gdy małoletni ukończył 16 lat albo pełnoletni ubezwłasnowolniony, chory psychicznie, czy upośledzony umysłowo, lecz posiadający dostateczne rozeznanie, przeciwstawia się decyzji prawnego opiekuna[129].

---

[126] J. Ratzinger, *Bioetyka w perspektywie chrześcijańskiej,* „Przegląd Powszechny" 109(1992) nr 3(847), ss. 418-419; por. J. Kowalski, *Obrona życia ludzkiego w praktyce lekarskiej w świetle Magisterium Kościoła,* „Rodzina Katolicka" (1985) nr 5-6(60-61), ss. 5-32.

[127] R. G. Gillet Grant komentując „Deklarację Lizbońską" uważa, że „obowiązek lekarza traktowania zdrowia pacjenta za najważniejsze oznacza, że pacjenci mają prawo do takiego traktowania, aby ich zdrowie było chronione i wzmacniane, w miarę możliwości lekarza. Jest to obowiązek przywiązujący lekarza do standardu opieki, który nie pasuje do precyzyjnie określonych warunków zatrudnienia ani wymagań prawnych dotyczących wypełniania praktyki medycznej. W tym tkwi nie tylko jego siła, ale również jego słabość. Należy zadać pytanie o sposób interpretacji powyższego stwierdzenia, gdy wymagania służby klinicznej zagrażają życiu lub emocjonalnemu, względnie socjalnemu stanowi lekarza. Ponadto należy zadać pytanie, w którym momencie te ważne czynniki stają się wyborem interesu własnego oraz stylu życia. W decydowaniu i przyznaniu praw w poszczególnych sytuacjach klinicznych należy podjąć wiele trudnych decyzji. Jeśli pacjent ma prawo do oczekiwania rozsądnego standardu opieki medycznej, to standardy, jakie zawód ten ustala sam dla siebie w porozumieniu ze społeczeństwem, któremu służy, stanowią zakres obowiązków lekarza". R. G. Gillet, *Prawa pacjenta,* art. cyt., s. 46.

[128] Europejska Konferencja Stowarzyszeń na rzecz Dzieci w Szpitalu, *Europejska Karta Dziecka w Szpitalu,* dok. cyt., s. 19; por. The General Assembly of the United Nations, *Convention on the Rights of the Child,* New York 1989.

[129] „Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe, zgody sądu opiekuńczego. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby małoletniej lub niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny. W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej, zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat wymagana jest także jego zgoda. Jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku nie wyrażenia przez nich zgody, wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego. Jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, zgoda może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób nie budzący

Dlatego Jan Paweł II uczy, że „każda osoba jest podmiotem fundamentalnych praw, które są niezbywalne, nienaruszalne i niepodzielne. Każda osoba, a więc także niepełnosprawne dziecko, które właśnie ze względu na swą niepełnosprawność może natrafić na największe trudności w realizacji tych praw”[130]. Chorego dziecka nie można pozostawić bez opieki, ale trzeba je przyjąć z miłością w rodzinie i w społeczeństwie oraz w miarę możliwości włączyć je w życie, jako pełnoprawnego członka wspólnoty, a oznacza to także prawo do współdecydowania o swoim leczeniu[131].

W praktyce rodzice słabo znają wynikające z ustawy prawa ich dziecka i swoje obowiązki. Toteż rzadko z nich korzystają i często przejawiają skrajne postawy, od roszczeniowej do przesadnie opiekuńczej. Z jednej strony sposób leczenia w ogóle ich nie interesuje, a w innych wypadkach stają się bardzo uciążliwi dla personelu, ingerując w najdrobniejsze zabiegi i próbując dokonywać wyboru metod leczenia, jakby do tego nie trzeba było odpowiedniego wykształcenia i doświadczenia[132].

We Francji Sąd Kasacyjny przypomina (1988), że: „Lekarz nie może bez wolnej i objaśnionej zgody chorego przedsięwziąć interwencji chirurgicznej, jeśli nie zachodzi oczywista konieczność albo bezpośrednie zagrożenie dla pacjenta”[133].

W Polsce prawo wyboru rodzaju leczenia i związanego z nim wyrażenia przez chorego „uświadomionej zgody” wynika z Konstytucji RP, która „każdemu obywatelowi zapewnia nietykalność osobistą i wolność osobistą”[134]. Prawo to jest potwierdzone w Ustawie o zawodzie lekarza, która upoważnia go do podjęcia czynności medycznych dopiero po wyrażeniu zgody przez chorego lub jego ustawowego przedstawiciela w przypadku małoletniego lub nie mogącego wyrazić swej woli (chory psychicznie, upośledzony, znajdujący się w stanie nieświadomości)[135]. Potwierdza to także Kodeks Etyki Lekarskiej[136].

Zabiegi medyczne związane są z ryzykiem dla zdrowia, niejednokrotnie i dla życia chorego. Stąd powinien on poznać ich zakres. Brak sprzeciwu z jego strony nie może być uznany za wyraz jego zgody. Nie ujawnił on bowiem swojej woli w sposób wystarczający. Lekarz dokonujący zabiegu medycznego bez wymaganej zgody, naraża się na odpowiedzialność cywilną bez względu na to, czy działa zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, czy lekceważy je. Istnieje przekonanie, że „auto-

---

wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego, albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, chyba że co innego wynika z przepisów ustawy” – *Ustawa o zawodzie lekarza,* dok. cyt., art. 32.

[130] Jan Paweł II, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Przemówienie do uczestników Kongresu Papieskiej Rady ds. Rodziny,* OsRomPol. 21(2000) nr 3(221), s. 34.

[131] Tamże.

[132] B. Mossakowska, K. Mozol, *Prawa dziecka hospitalizowanego,* „Przegląd Pediatryczny” 28(1998) nr 3, s. 185–187.

[133] Sąd ten uważa, że „zgoda pacjenta na dokonanie zabiegu lekarskiego ma takie znaczenie, że oprócz nadania cechy prawności interwencji lekarza powoduje, iż pacjent akceptuje ryzyko zabiegu i przejmuje je na siebie”. – M. Nesterowicz, dz. cyt., s. 80.

[134] „1. Każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą. Pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie. 2. Każdy pozbawiony wolności nie na podstawie wyroku sądowego ma prawo odwołania się do sądu w celu niezwłocznego ustalenia legalności tego pozbawienia. O pozbawieniu wolności powiadamia się niezwłocznie rodzinę lub osobę wskazaną przez pozbawionego wolności”. – *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej,* dok. cyt., art. 41, § 1-2.

[135] *Ustawa o zawodzie lekarza,* dok. cyt., art. 32-34.

[136] „(Par. 1.) Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Jeśli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, powinien ją wyrazić przedstawiciel ustawowy bądź osoba stale opiekująca się pacjentem. (Par. 2.) Wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego bez tej zgody może być dopuszczone tylko wyjątkowo w szczególnych przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta albo innych osób. (Par. 3.) W razie niewyrażenia zgody na proponowane postępowanie lekarz powinien nadal, w miarę możliwości, otaczać pacjenta opieką lekarską”. – KEL 15.

nomia chorego i jego zgoda mają fundamentalne znaczenie we wzajemnych stosunkach pacjent – lekarz i oparte są na konstytucyjnych prawach do prywatności, nienaruszalności cielesnej i wolności jednostki"[137]. Uważa się także, iż chory wyrażając zgodę na proponowane leczenie, przyjmuje jego ryzyko i przejmuje na siebie część odpowiedzialności. Wielu lekarzy stwierdza, że rzeczowe informowanie o sposobie leczenia, pociąga za sobą chęć aktywnego uczestniczenia w nim chorego, co jest niezmiernie ważne[138].

W sytuacji polskiego szpitalnictwa trudnym zadaniem jest potwierdzenie zgody na proponowane leczenie. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z roku 1992[139], dotyczące rodzajów dokumentacji medycznej nakazuje, aby w historii choroby znalazło się pisemne oświadczenie chorego lub przedstawiciela ustawowego, bądź opiekuna faktycznego, wyrażające zgodę na przyjęcie do szpitala. Od wielu lat jest ona wyrażana przez chorego własnym podpisem. Obejmuje ona jedynie zgodę na pobyt w szpitalu, co nie jest jednoznaczne ze zgodą na zastosowane leczenie[140]. W takiej sytuacji brak jego sprzeciwu na dokonanie zabiegu, nie może być uznany za wyrażenie zgody. Powinna ona być wyraźna. W przypadku zaś zabiegów o wyższym ryzyku powikłań lub zagrożenia życia, powinna być pisemna[141].

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej podkreśla, że pisemna zgoda na leczenie szpitalne, uzyskiwana dotychczas przy przyjmowaniu, jest niewystarczająca. Oznacza ona bowiem jedynie przyzwolenie na leczenie w szpitalu, ale nie obejmuje zgody na proponowane leczenie. Podobnie, dotychczas praktykowana formuła historii choroby, potwierdzająca pisemną zgodę na zabieg operacyjny, nie jest wystarczającym dokumentem świadczącym o świadomej zgodzie chorego. Koniecznym też staje się opracowanie rozszerzonej formuły pisemnej jego zgody, która zawierać powinna dane dotyczące metod leczenia i diagnozowania oraz przewidywanych efektów ubocznych[142].

W przypadku leczenia chorób nowotworowych należy liczyć się z możliwością wystąpienia częstych powikłań w trakcie leczenia i po jego zakończeniu. Nie można tego faktu przed chorym ukrywać. Bowiem w razie ich wystąpienia mogłoby pojawić się wiele niepożądanych reakcji emocjonalnych. Wszelkie działania lecznicze powinny być podejmowane wspólnie z chorym i wspierane przez psychologa, średni personel medyczny oraz duszpasterza szpitala, jeśli osoba jest wierząca[143].

---

[137] M. Nesterowicz, dz. cyt., ss. 80-84; por. J. Wróbel, *Zgoda domniemana w polskiej ustawie transplantacyjnej. Wątpliwości i obawy natury etycznej,* w: *Etyczne aspekty transplantacji narządów. Materiały z sympozjum w Kamieniu Śląskim odbytego 5-6 grudnia 1994 r.,* red. A. Marcol, Opole 1996, ss. 99-111.

[138] M. Jokiel, E. Sikorska, *Opinia publiczna o informowaniu pacjentów w rozpoznaniu choroby nowotworowej w latach 1976 i 1986,* „Nowotwory" 40(1990) nr 1, s. 63.

[139] Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, *Rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania,* dok. cyt., art. § 2.

[140] J. Suchorzewska, *Lekarz wobec pacjenta,* „Służba Zdrowia" (1996) nr 48-49, s. 11.

[141] *Ustawa o zawodzie lekarza,* dok. cyt., art. 34, § 1; por. KEL 44.

[142] Tamże.

[143] J. Łuczak, A. Roszak., *Co wiedzą o swojej chorobie pacjenci leczeni w szpitalu onkologicznym,* „Nowotwory", 40(1990) nr 1, s. 67. Na temat udziału rodziców w leczeniu ich dziecka również pisze St. Zdebska i J. Armata z Kliniki Hematologii i Onkologii Dziecięcej w Krakowie: „Zadania rodziców szczegółowo można by wymienić. Rodzice muszą przyjąć i uznać chorobę dziecka za fakt oczywisty. Czynić starania w kierunku pozytywnego przystosowania się do wymogów, jakie ta choroba stawia. Przyjąć odważnie proponowany sposób postępowania leczniczego. Zaufać. Uzbroić się w cierpliwość. Uczestniczyć w kolejnych etapach tego postępowania, tak aby nie stwarzać dodatkowych przeszkód i komplikacji. Ściśle przestrzegać instrukcji i każdorazowych zaleceń lekarskich. Rozwijać u wszystkich członków rodziny wspólne dążenie do takiego ukształtowania opieki nad chorym dzieckiem, aby ta opieka nie wpływała hamująco na jego rozwój. Zasada: normalne wymagania wychowawcze, modyfikowane aktualnym stanem zdrowia. Przekazywać swoją wiedzę i doświadczenia innym, tak aby ta wiedza byłą dla nich pomocą i wsparciem, a nie dodatkowym obciążeniem. Szczególną ostrożność i delikatność powinni wykazywać rodzice w obcowaniu z własnym, jak też innymi chorymi dziećmi. Nie mogą prowadzić rozmów w ich obecności na temat choroby, muszą kontrolować odruchy, mimikę, gesty. W naszym postępowaniu z rodzicami próbujemy formułować im to żądanie na samym początku, a potem stopniowo staramy się ich wdrażać ukazując na

W niektórych dziedzinach medycyny zgoda chorego na rodzaj i sposób leczenia ma szczególne znaczenie. Przykładem jest anestezjologia, w której uwzględnia się wybór metody znieczulenia, który powinien być dokonany przez chorego, zwłaszcza jeśli jest możliwe jego dokonanie. Lekarz przedstawiając mu rodzaje znieczulenia, powinien wskazać najkorzystniejszą dla niego metodę. Do jego obowiązków należy zapoznanie go z powikłaniami, które mogą zdarzyć się w czasie znieczulania, jak również udzielenie odpowiedzi na wszystkie nurtujące go pytania. Szczegóły te, składające się na informacje, jakie powinny być udzielone choremu, powinny być też zredagowane w formie pisemnej[144].

Bez wątpienia lekarz i rodzina mają szczególne prawa do decydowania w imieniu chorego, pozbawionego świadomości. Jednak nie są oni kompetentni do podejmowania decyzji w każdej sytuacji. Te dwie grupy ludzi są wyjątkowo narażone na nadużycia w interpretowaniu woli chorego, który nie może już stanowić o sobie[145]. Każdy ma prawo, o ile jest świadomy, do swobodnego podejmowania decyzji o swoim leczeniu i rodzaju stosowanych zabiegów. Chory nie może stać się kimś, kto bezwolnie podporządkowuje się lekarskim werdyktom. W jaskrawej sprzeczności stoją zatem sytuacje, kiedy z przyczyn natury obiektywnej, nie może on sam podjąć decyzji, ale jest niemal pewne, że nie zgodziłby się z rodzajem stosowanej terapii, gdyby mógł swobodnie wyrazić swoją wolę. Wolność bowiem człowieka powinna być uszanowana na każdym etapie jego życia. Także w tej sytuacji jest ona ostatecznym kryterium[146].

Obecnie toczy się dyskusja wokół faktu, gdy chory lub jego opiekuni nie zgadzają się na proponowane leczenie, wyrażając tym samym zgodę na niechybną śmierć. J. Ratzinger[147] podkreśla, że w tym przypadku istnieje duża płynność poglądów lekarskich. Dzieje się tak dlatego, że nigdy nie można powiedzieć, że jakieś leczenie, zwłaszcza w sytuacjach zagrożenia życia, uda się. Możliwe są niezawinione przez nikogo pomyłki diagnostyczne. Toteż zmuszanie chorego do leczenia ma niekiedy fatalne następstwa. Może nastąpić nagłe pogorszenie i śmierć[148].

W takiej sytuacji, sądzi J. Ratzinger, z punktu widzenia sztuki lekarskiej racja jest po stronie lekarza. Natomiast jawi się problem wyjaśnienia rodzinie lub samemu choremu pomyłki oraz kwestia odpowiedzialności za ludzkie życie. Toteż jedynie słusznym rozwiązaniem wydaje się być perswazja. Jest ona jeszcze zbyt mało doceniana. Wykorzystywanie zaś przepisów prawnych jest cichą uzurpacją władzy. Zatem taka ewentualność powinna pozostać w sferze ostatecznej możliwości, a lekarz tylko w skrajnych przypadkach powinien się do niej uciekać[149].

Rozmowa z chorym na temat sposobu jego leczenia nie musi być jednoznaczna z całkowitym wyjawieniem jego aktualnego stanu, jeśli nie jest do tego odpowiednio przygotowany. Powinien on współdecydować o sposobie leczenia, jednak taka rozmowa nigdy nie powinna odbierać mu nadziei na wyleczenie[150]. Informacje powinny ułatwiać współdziałanie z lekarzem, a przede wszystkim gwarantować poczucie bezpieczeństwa i nieskrępowanej wolności[151].

---

przykładach, jak inni rodzice radzili sobie w podobnych sytuacjach". – St. Zdebska, J. Armata, *Udział rodziców w leczeniu ich dziecka z chorobą nowotworową,* „Pediatria Polska" 53(1978) nr 5, s. 626.

[144] J. Suchorzewska, art. cyt., s. 11.

[145] Tamże, s. 51.

[146] A. Dziuba, *Z problematyki etycznej chorych i umierających,* art. cyt., s. 59.

[147] Ratzinger Joseph, ur. 1927, teolog niemiecki, kardynał, od 1981 prefekt watykańskiej Kongregacji Doktryny Wiary. – [b.a.], Ratzinger Joseph, w: *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN,* dz. cyt., t. V, s. 463.

[148] J. Ratzinger, *Bioetyka w perspektywie chrześcijańskiej,* art. cyt., s. 410

[149] Tamże; por. J. Kowalski, *Odpowiedzialność za dar życia. Spotkania naukowe polskich moralistów,* „Collectanea Theologica" 56(1986) fasc. III, ss. 72-81.

[150] „Testowe potwierdzenia wirusa HIV czy choroby AIDS, tym bardziej odkrycie przypadkowe, bez wcześniejszych przypuszczeń, wywołuje u ich nosiciela szok psychiczny. Czuje się on kompletnie zmiażdżony tą chorobą. Zwłaszcza, gdy prawda ta podana jest mu brutalnie. Na jego bowiem barki spada ciężar niepokoju i odpowiedzialności. Nawiasem mówiąc, oznajmić nosicielowi wirusa nagą prawdę, bez umieszczania jej w kontekście wiary, nadziei i miłości, niekoniecznie rozumianych w sensie chrześcijańskim, ale wyzwalających zaufanie do siebie i do otoczenia, jest czymś nieodpowiedzialnym i nieludzkim.

Dla ratowania swojego życia, przy wyczerpaniu wszystkich możliwości, wolno czasami choremu wybrać proponowane mu eksperymentalne metody leczenia. Działania takie powinny być przeprowadzone z całą ostrożnością[152]. Powinien on być poinformowany o takich zamierzeniach, oraz o celach eksperymentu medycznego, jak i jego ewentualnych niebezpieczeństwach w taki sposób, aby w atmosferze wolności i pełnej świadomości mógł podjąć stosowną decyzję. „Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych" uchwalony przez Zgromadzenie Ogólne ONZ (1966) zabrania przeprowadzania eksperymentów medycznych i naukowych bez dobrowolnej zgody osoby uczestniczącej[153]. Leczenie eksperymentalne, na które decyduje się chory, nie może jednak uwłaczać jego godności i być sprzeczne z zasadami moralnymi. W takim wypadku jego zgoda, z punktu widzenia moralności chrześcijańskiej, nie usprawiedliwia dokonanego wyboru[154].

W każdej chwili leczenia chory powinien zachować autonomię podejmowania decyzji. Lekarz ma nad nim tylko taką władzę, jaką mu przyznaje on sam. Z prawem wyboru sposobu leczenia jest bowiem związane integralnie prawo do odmówienia zgody na uczestniczenie w leczeniu eksperymentalnym[155]. Potwierdza to Pius XII, wskazując na taki stopień niebezpieczeństwa, którego z moralnego punktu widzenia nie można dopuścić[156]. Podobne stanowisko zajmuje Jan Paweł II twierdząc, że należy zawsze unikać takiego leczenia, które lekceważy nienaruszalną godność człowieka i w rzeczywistości jest wymierzone przeciw niemu[157].

Jest to rodzaj zabójstwa. Vladimir Jankelevitch nazywa tego rodzaju werystę sabotażystą prawdy. Prawda, która nie łączy się z miłością, jest zabójstwem. Jednak jakkolwiek zostaje podana nosicielowi wirusa ta bolesna prawda, wpada on w panikę. Dowiaduje się przecież, praktycznie rzecz biorąc, o wyroku śmierci na siebie, który mówiąc obrazowo, wykonany zostanie w bliższej lub dalszej przyszłości. Dowiaduje się o śmiertelnym zakażeniu, czy nawet śmiertelnej chorobie, na które, jak dotąd, nie ma lekarstwa. Stąd apatia, przygnębienie prowadzące nierzadko do choroby psychicznej, obawa przed śmiercią, której towarzyszy utrata chęci życia, zwłaszcza gdy się zważy, że jest to najczęściej młody człowiek, między 15 a 35 rokiem życia. Jawi się zamknięcie się w sobie, myśli samobójcze, osamotnienie. Tym bardziej, że otoczenie najczęściej odsuwa się od nosiciela HIV. Toteż, aby takie odsunięcie się otoczenia od chorego nie nastąpiło, zarówno on, jak ci, którzy poinformowani są o jego sytuacji, winni zachować całkowitą dyskrecję we wszystkich przypadkach, gdy nie ma obawy przeniesienia wirusa na drugich". – J. Kowalski, *Współczesne wyzwania stawiane teologii moralnej,* dz. cyt., s. 198-199.

[151] J. Łuczak, A. Roszak., art. cyt., s. 67.

[152] KPSZ nr 75; por. J. Wróbel, *Czy Kościół jest przeciwny eksperymentom w medycynie?,* w: *Problemy współczesnego Kościoła,* red. M. Rusiecki, Lublin 1996, ss. 445-452.

[153] M. Nestorowicz, dz. cyt., s. 137. „Nikt nie będzie poddawany torturom lub okrutnemu, nieludzkiemu albo poniżającemu traktowaniu lub karaniu. W szczególności nikt nie będzie poddawany, bez swej zgody swobodnie wyrażonej, doświadczeniom lekarskim lub naukowym". – *Ustawa o ratyfikacji Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych,* „Dziennik Ustaw"(1977) nr 38, poz. 167, załącznik do numeru, art. 7.

[154] KKK nr 2295.

[155] Kongregacja Nauki Wiary, *„Deklaracja o eutanazji",* dok. cyt., s. 3.

[156] „Il faudrait fermer les yeux à la réalité pour croire qu'à l'heure actuelle on ne trouve plus personne dans le monde de la médecine pour tenir et défendre les idées qui sont à l'orgine des faits que nous avons cités. Il suffit de suivre pendant quelque temps les raports sur les essais et les expériences médicales, pour se convaincre du contraire. On se demande involontairement ce qui a autorisé tel médecin à oser telle intervention et ce qui pourrait jamais l'y autoriser. Avec une objectivité tranquille, l'expérience est décrite dans son déroulement et dans ses effets; on note ce qui se vérifie et ce qui ne se vérifie pas. Sur la question de la licéitécmorale pas un mot. Cette question existe cependant, et l'on ne peut la supprimer en la passant sous silence". – Pius XII, *Les limites naturelles des méthodes médicales de recherche et traitement. Allocution aux membres du premier „Congrès international d'histopathologie du système nerveux",* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg–Paris 1963, t. I, s. 1079.

[157] „Szczególna odpowiedzialność spoczywa na personelu służby zdrowia, lekarzach, farmaceutach, pielęgniarkach i pielęgniarzach, kapelanach, zakonnikach i zakonnicach, pracownikach administracyjnych i wolontariuszach. Ich zawód każe im strzec ludzkiego życia i służyć mu. W dzisiejszym kontekście kulturowym i społecznym, w którym nauka i sztuka medyczna zdają się tracić swój wrodzony wymiar etyczny,

W wyjątkowych sytuacjach lekarz może podejmować decyzje bez zgody chorego. Dzieje się tak wówczas, jeśli pomoc musi być udzielona niezwłocznie, a chory ze względu na stan świadomości lub wiek, nie jest w stanie wyrazić swojej zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego ustawowym przedstawicielem[158].

Problem powstaje w związku z niektórymi religiami, jak Świadkowie Jehowy, którzy zdecydowanie odmawiają stosowania transfuzji krwi pełnej i jej preparatów, co może w konsekwencji spowodować śmierć chorego. We Francji Sąd Apelacyjny w roku 1998 uznaje ochronę życia ludzkiego jako dobro wyższej wartości aniżeli wola indywidualnego chorego[159]. Przeciwnego zdania jest J. Wróbel, który uważa, że po wyczerpaniu wszystkich możliwości dialogu z chorym, lekarz ostatecznie powinien uszanować jego wolę[160]. „Kościół pochwala te władze i państwa, które uwzględniając pluralizm dzisiejszego społeczeństwa i szanując należną wolność religijną, pomagają rodzinom, aby wychowanie [...] mogło się odbywać zgodnie z własnymi zasadami moralnymi i religijnymi tych

---

mogą doznawać oni często silnej pokusy manipulowania życiem, z czasem wręcz powodowania śmierci. Wobec istnienia takiej pokusy wzrasta niezmiernie ich odpowiedzialność, która znajduje najgłębszą inspirację i najmocniejsze oparcie właśnie we wrodzonym i niezbywalnym wymiarze etycznym zawodu lekarskiego, o czym świadczy już starożytna, ale zawsze aktualna przysięga Hipokratesa, według której każdy lekarz jest zobowiązany okazywać najwyższy szacunek życiu ludzkiemu i jego świętości. Absolutne poszanowanie każdego niewinnego życia ludzkiego nakazuje także skorzystać z prawa do sprzeciwu sumienia wobec aborcji i eutanazji. «Uśmiercenie» nigdy nie może zostać uznane za działanie lecznicze, nawet wówczas, gdy jedyną intencją jest spełnienie żądania pacjenta. Jest to raczej sprzeniewierzenie się zawodowi lekarskiemu, który można określić jako żarliwe i stanowcze «tak» wobec życia. Także w dziedzinie poszukiwań biomedycznych, fascynującej i zapowiadającej nowe wielkie odkrycia służące dobru ludzkości, należy zawsze unikać eksperymentów, badań i zastosowań, które lekceważąc nienaruszalną godność ludzkiej istoty przestają służyć człowiekowi i choć pozornie mu pomagają, w rzeczywistości są wymierzone przeciw niemu". – EV nr 89.

[158] *Ustawa o zawodzie lekarza,* dok. cyt., art. 34, § 7.

[159] M. Nesterowicz, dz. cyt., s. 91.

[160] „Napięcie czy wprost konflikt między pacjentem i lekarzem może pojawić się nie tylko w przypadku przekroczenia przez tego pierwszego granicy autonomii przez «nadmiar", a więc domagając się ingerencji, które przekraczają ramy etyczne i przysługujące mu prawa. Nierzadko zdarza się również sytuacja, kiedy pacjent narusza ramy swojej autonomii przez «brak", to znaczy, kiedy nie chce uczynić zadość obowiązkowi troszczenia się o zdrowie i życie, co w praktyce oznacza, że sprzeciwia się ingerencji uznanej przez służbę zdrowia za słuszną i konieczną. Przypadek dotyczy więc problemu przychodzenia z pomocą człowiekowi choremu wbrew jego woli. Najczęstsze przypadki takiego sprzeciwu, to przekonania religijne lub inne rozumne racje, ponadto załamanie psychiczne pacjenta złożonego ciężką chorobą, doświadczającego znacznego cierpienia czy trudów życia, choroba psychiczna, pragnienie śmierci lub brak woli życia, a także obyczajowo-kulturowe uprzedzenia, uznanie interwencji za spóźnioną lub zbyt ryzykowną, zwłaszcza w podeszłym wieku, nieracjonalne obawy o negatywne skutki kuracji medycznej czy też brak zdolności do urobienia sobie jasnego sądu o stanie zdrowia z powodu starości lub braku wykształcenia. Przypadek pierwszy dotyczy z reguły postaw głęboko przemyślanych. Pacjent wyraża wtedy swój sprzeciw w sposób w pełni świadomy i umotywowany, zdając sobie zarazem sprawę z konsekwencji swojej postawy. Obowiązek poszanowania wolności przekonań zobowiązuje do działania zgodnie z wolą pacjenta. Klasycznym przykładem jest sprzeciw Świadków Jehowy wobec transfuzji krwi czy też wobec tych wszystkich ingerencji, które takie przetoczenie krwi zakładają. Jednakże i w takich przypadkach lekarz nie może rezygnować z dialogu z pacjentem i z prób przedstawienia mu problemu z punktu widzenia medycznego, a nade wszystko z ukazania mu zasadności i charakteru dobroczynnego ingerencji. W całej pełni winien jednak ostatecznie uszanować jego przekonania. Przypadki takie nie należą jednak do zbyt częstych. Częstsze są sytuacje, kiedy pacjent zachowuje się nierozumnie, jego postawa oparta jest na błędzie, przesądzie czy braku kompetencji. Wydaje się, że w takich przypadkach nie można traktować zgody pacjenta na ingerencję jako warunku absolutnego. Należy podkreślić, że prawo pacjenta do samostanowienia w kwestii poddania się leczeniu czy też jego zaniechania posiada swoje naturalne ograniczenie, które wyznacza mu rozumnie określony obowiązek zachowania życia i wynikającej z niego troski o zdrowie. Po prostu, wolność, która dopuszczałaby autodestrukcję, stoi w sprzeczności z hierarchią wartości i samą logiką istnienia – wartości uprzedzającej wszystkie inne dobra". – J. Wróbel, *Człowiek i medycyna..,* dz. cyt., s. 121-122.

rodzin" (DWCH 7)[161]. Jednakże wydaje się, że poszanowanie wolności sumienia może być respektowane tylko do chwili, kiedy decyzja o nie przetaczaniu krwi jest równoznaczna z samobójstwem lub zabójstwem. W takiej sytuacji prawo wolnego wyboru rodzaju leczenia nie może być respektowane, a decyzja jest moralnie zła, ponieważ godzi w samo życie (KDK 27). Kongregacja Nauki Wiary przypomina, że „każdy ma obowiązek leczenia się i poddania leczeniu"[162].

O wiele częstszym problemem jest odmowa zgody na wykonanie testów diagnostycznych lub leczenie chorego na społeczną chorobę zakaźną, a także chorego psychicznie, zagrażającego sobie lub otoczeniu. L. Kornprobst, wybitny znawca prawa francuskiego, jest zwolennikiem poglądu, że „nikt nie jest zobowiązany leczyć się, jeśli woli cierpieć, umrzeć, albo jeśli nie ma zaufania do medycyny". Podobnego zdania jest P. Crepeau, który stwierdza, że „osoba pełnoletnia może odmówić leczenia nawet wtedy, gdy odmowa może spowodować śmierć"[163]. Znane są też poglądy zwolenników przymusowej interwencji lekarskiej, usprawiedliwionej przez stan wyższej konieczności.

W Polsce odmowa poddania się leczeniu nie upoważnia do stosowania przymusu bezpośredniego, z wyjątkiem leczenia chorób wenerycznych[164]. Natomiast można stosować perswazję w postaci sankcji karnych i administracyjnych a nawet przymusowej hospitalizacji przewidzianej ustawą o zwalczaniu chorób zakaźnych[165]. Prawo nie przewiduje natomiast przymusowego leczenia, hospitalizacji ani izolacji wobec zarażonych wirusem HIV. Jakikolwiek przymus wobec nich stanowi naruszenie prawa i daje podstawy do procesów roszczeniowych[166]. Jest to precedens mało zrozumiały wobec wcześniejszych ustaw i wielkości społecznego zagrożenia.

J. Kowalski uważa, że powstrzymanie się od wykonania testów diagnostycznych w przypadku podejrzenia AIDS oraz odmowa leczenia są sprzeczne z obowiązkiem moralnym i odpowiedzialnością społeczną[167]. Potwierdzenie tej opinii można znaleźć w nauczaniu Jana Pawła II[168].

---

[161] Stolica Apostolska, *Dokument o wolności religijnej,* dok. cyt., s. 7-8.

[162] Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji,* dok. cyt., s. 3.

[163] M. Nesterowicz, dz. cyt., s. 92.

[164] Rada Ministrów, *Dekret o zwalczaniu chorób wenerycznych,* „Dziennik Ustaw"(1946) nr 51, poz. 394.

[165] *Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych,* „Dziennik Ustaw"(1963) nr 50, poz. 279.

[166] Kodeks cywilny, dok. cyt., art. 23-24.

[167] „Niektórzy sądzą, m.in. autorzy Powszechnej Deklaracji Praw Chorego na AIDS, że mogą oni propozycję przyjąć albo ją odrzucić. «W żadnym przypadku badanie obejmujące wykrycie wirusa nie może być przeprowadzane bez ich wiedzy». Taka opinia jest nie do przyjęcia. «Prawo do niewiedzy» o własnej chorobie jest sprzeczne z obowiązkiem moralnym, który nie dopuszcza zarażenia chorobą drugiego. Powstrzymywanie się od testu wykrywającego chorobę stoi też w sprzeczności z odpowiedzialnością społeczną. Jest błędem dopatrywanie się w badaniach wykrywających chorobę zagrożenia dla wolności osobistej. Zagrożenie tkwi raczej w konsekwencjach, jakie można wyciągnąć oraz w zastosowaniu rezultatu badań (dyskryminacja w zatrudnieniu, zamknięcie w «sydatorium», akty przemocy wobec chorych). Są to „Znak"i, że wirus atakuje także «głowę» (myślenie), nie tylko ciało. Nic też dziwnego, że coraz więcej lekarzy, w wypadku gdy zarażeni nie chcą poinformować o chorobie swego partnera (współmałżonka), uważają się za zwolnionych od sekretu lekarskiego, zawodowego. Nie chcąc być «współwinnymi zabójstwa niechcianego» powiadamiają o chorobie osoby zainteresowane. Sekret zawodowy jest związany z uprzywilejowanymi relacjami, jakie istnieją między lekarzem a dotkniętym chorobą AIDS, czy nosicielem wirusa HIV. Lekarz w dialogu powinien poczynić wszelkie kroki, aby przekonać chorego o konieczności poinformowania o swoim stanie partnera lub partnerów seksualnych. Jeśli pacjent odrzuca taką konieczność, w tym przypadku sekret zawodowy go nie obowiązuje. Milczenie spowodowałoby w otoczeniu poważne szkody". – J. Kowalski, *Współczesne wyzwania stawiane teologii moralnej,* dz. cyt., s.197; por. J. Wróbel, *Małżeństwo i prokreacja w kontekście zagrożenia AIDS,* „Roczniki Teologiczno-Kanoniczne" 37(1990) z. 3, ss. 25-43.

[168] „Z moralnego punktu widzenia nigdy nie wolno formalnie współdziałać w czynieniu zła. Takie współdziałanie ma miejsce wówczas, gdy dokonany czyn, już to z samej swej natury, już to ze względu na określony kontekst kształtujących go okoliczności, ma charakter bezpośredniego uczestnictwa w działaniu przeciwko niewinnemu życiu ludzkiemu albo też wyraża poparcie dla niemoralnej intencji głównego sprawcy. Takiego współdziałania nie można nigdy usprawiedliwić ani powołując się na zasadę poszanowania wolności drugiego człowieka, ani też wykorzystując fakt, że prawo cywilne je przewiduje i nakazuje: za czyny dokonywane osobiście przez każdego istnieje bowiem odpowiedzialność moralna, od której

Źródłem uprawnień człowieka do samostanowienia o rodzaju proponowanego mu leczenia jest jego godność i wolność. Wymaga ona, jak podkreśla Sobór Watykański II, „aby działał on ze świadomego i wolnego wyboru, to znaczy osobowo, od wewnątrz poruszony i naprowadzony, a nie pod wpływem ślepego popędu wewnętrznego lub też zgoła przymusu zewnętrznego" (KDK 17). Stąd władza świecka powinna chronić wolność człowieka w podejmowaniu przez niego decyzji (DSP 12; DWCH 7). W interesie bowiem całej ludzkości leży strzeżenie tego daru (DRN 3). Sobór domaga się także prawnego określenia granic ingerencji władzy w życie człowieka, aby nie była nadmiernie uszczuplana prawdziwa jego wolność (DWR 1).

Pius XII jest przekonany, że lekarz powinien uszanować wolę chorego, ponieważ nie ma on wobec niego osobnego lub niezależnego prawa. Może on działać tylko w granicach otrzymanego upoważnienia, które jest wyraźne lub tylko domyślne[169]. Chory zaś jest odpowiedzialny przed Bogiem za swoje życie. Natomiast lekarz wraz z zespołem pomocniczym winien wspomagać go w podjęciu odpowiednich decyzji. Nie mogą jednak go zastępować[170].

Jan XXIII wskazując na porządek społeczny, jaki powinien panować pomiędzy ludźmi, daje uzasadnienie prawa człowieka do swobodnego wyboru rodzaju leczenia. „Wszelkie współżycie ludzi [...] musi opierać się na podstawowej zasadzie, że każdy człowiek jest osobą, to znaczy istotą obdarzoną rozumem i wolną wolą, wskutek czego ma prawa i obowiązki, wypływające bezpośrednio i równocześnie z własnej jego natury. A ponieważ są one powszechne i nienaruszalne, nie można się ich w żaden sposób wyrzec"[171]. Uzasadnienia prawa dokonania wyboru leczenia przez pacjenta, pośrednio można doszukiwać się także w Orędziu Pawła VI do ONZ (1973), w którym podkreśla godność osobistą człowieka i jego prawo do samostanowienia[172].

Jan Paweł II wyraża przekonanie, że „lekceważenie natury człowieka, stworzonego dla wolności, jest nie tylko niedozwolone z punktu widzenia etycznego, ale i praktycznie niemożliwe"[173]. Stąd zadaniem lekarza jest tylko pomoc w decyzji. Nie może on uzurpować sobie praw, które do niego nie należą. Kościół wszelkimi dostępnymi sobie środkami stara się zabezpieczyć poszanowanie praw człowieka oraz wskazać, aby zawsze celem dążeń służby medycznej było autentyczne dobro chorego[174]. Istotne jest zatem przypomnienie J. Ratzingera powołującego się na słowa Chrystusa:

---

nikt nie może się uchylić i z której będzie sądzony przez samego Boga (por. Rz 2,6; 14,12). Odmowa współudziału w niesprawiedliwości to nie tylko obowiązek moralny, ale także podstawowe ludzkie prawo. Gdyby tak nie było, człowiek byłby zmuszony popełniać czyny z natury swojej uwłaczające jego godności i w ten sposób jego wolność, której autentyczny sens i cel polega na dążeniu do prawdy i dobra, zostałaby radykalnie naruszona. Chodzi tu zatem o prawo podstawowe, które właśnie z tego względu powinno być przewidziane w ustawodawstwie państwowym i przez nie chronione. Oznacza to, że lekarze, personel medyczny i pielęgniarski oraz osoby kierujące instytucjami służby zdrowia, klinik i ośrodków leczniczych powinny mieć zapewnioną możliwość odmowy uczestnictwa w planowaniu, przygotowywaniu i dokonywaniu czynów wymierzonych przeciw życiu. Kto powołuje się na sprzeciw sumienia, nie może być narażony nie tylko na sankcje karne, ale także na żadne inne ujemne konsekwencje prawne, dyscyplinarne, materialne czy zawodowe". – EV nr 74.

[169] Tenże, *Questions juridiques et morales concernant la réanimation. Discours à un groupe de médecins réunis sur l'initiative de l'Institut de génétique „Gregori Mendel",* przem. cyt. ss. 3127-3128.

[170] Papieska Komisja „Cor Unum", *Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti,* w: *Troska o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej,* red. K. Szczygieł, Tarnów 1998, s. 439; por. KPSZ nr 72.

[171] Jan XXIII, *Encyklika „Pacem in terris",* dok. cyt., nr 9.

[172] Paweł VI, *XXV lat Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka. Orędzie do Organizacji Narodów Zjednoczonych,* dok. cyt., s. 102; por. J. Wróbel, *Społeczny wymiar praw i obowiązków człowieka w ujęciu J. Maritaina,* w: „*Vivere in Christo". Chrześcijański horyzont moralności. Księga pamiątkowa ku czci Księdza Profesora Seweryna Rosika w 65. Rocznicę urodzin,* red. J. Nagórny, A. Derdziuk, Lublin 1996, ss. 237-253.

[173] Jan Paweł II, *Encyklika „Centesimus annus". W setną rocznicę encykliki „Rerum novarum",* Watykan 1991, nr 25.

[174] Tenże, *Nowa ewangelizacja a godność człowieka cierpiącego. Orędzie na IX Światowy Dzień Chorego,* OsRomPol. 21(2000) nr 11-12(228), s. 4.

„Wszystko [...], co byście chcieli, żeby wam ludzie czynili i wy im czyńcie" (Mt 7, 12), zobowiązujące lekarza do wczuwania się i przewidywania decyzji chorego. Nic nie traci też na swej aktualności idea I. Kanta (1724-1804) wzywająca do działania „zawsze tak, by człowieczeństwo własne i innych było traktowane jako cel, a nie jako środek"[175].

3. Prawo chorego do przestrzegania tajemnicy zawodowej ze strony służby zdrowia

Wykonywanie zawodu lekarza jest powołaniem trudnym. Ma on pochylać się nad chorym i potrzebującym pomocy człowiekiem. Bycie lekarzem chrześcijaninem to ciągłe zbliżanie się do ideału, aby odkryć w drugim człowieku cierpiącego Chrystusa. W codziennej praktyce nie jest to łatwe. Spotkanie lekarza i chorego, często staje się źródłem napięć emocjonalnych. Chory korzystając z umiejętności lekarza, na ogół nie posiada jego wiedzy medycznej i nie potrafi rozsądzić, jakimi kieruje się on intencjami, stąd poniekąd zmuszony jest dokonać trudnego wyboru pomiędzy zaufaniem a okazaniem mu nieufności. Zmagania te niejednokrotnie trwają przez cały czas leczenia. Ze strony zatem lekarza potrzeba wiele taktu, życzliwości i dyskrecji, aby chory mógł mu zaufać[176].

Dyskrecja wynikająca z wierności chrześcijańskim normom etycznym i zdolność współodczuwania cierpienia drugiego człowieka, nadają lekarzowi szczególną godność. Człowiek jest skłonny odsłonić tajemnice duszy, psychiki, ciała, swojej sytuacji rodzinnej przed Bogiem i lekarzem. Ile razy to czyni, jest zawstydzony i liczy na to, że jego sekrety nie zostaną ujawnione. Zaufania tego lekarz nie może zawieść. W wypadku sprawionego zawodu nigdy więcej nie będzie mógł zbliżyć się do chorego na tyle blisko, aby zrozumieć jego problemy.

W historii medycyny nakaz do zachowywania tajemnicy pojawia się stosunkowo wcześnie. Najstarszym znanym zbiorem, obejmującym nakaz przestrzegania zawodowych obowiązków moralnych, jest przysięga lekarska pochodząca z około roku 2600 przed Chrystusem. Jej autorem jest Imhotep[177], wszechstronny uczony i lekarz egipski z czasów faraona Dżesera. W Indiach, w roku 800 przed Chrystusem, jawią się zaś zaledwie ogólne zasady postępowania lekarza. Wśród nich jest zapisane: „Nie wolno wypaplać tego, co działo się w domu chorego, ani powiadamiać chorego o przypuszczalnie grożącym mu przedwcześnie zgonie w tych przypadkach, w których mogłoby to wyrządzić krzywdę choremu lub komukolwiek innemu"[178].

W Grecji antycznej tajemnica lekarska, jako jeden z podstawowych elementów sztuki leczenia, jest zachowywana głównie przez grupę medyków skupionych wokół świątyń Asklepiosa. Łączy ona wykonywanie zawodu z kształceniem nowych lekarzy. Kandydaci przed rozpoczęciem nauki mają obowiązek złożenia przysięgi: „O tym, co widzę lub słyszę w czasie mej praktyki lub czego dowiaduję się poza praktyką przy kontaktach z ludźmi, o tym będę milczeć w przekonaniu, iż takie rzeczy trzeba zachować w ścisłej tajemnicy"[179].

Hipokrates (460-377 r. przed Chrystusem) uczył przyszłych lekarzy, że „to, co w czasie leczenia lub poza swoją praktyką w obcowaniu z ludźmi zobaczą i usłyszą nie wolno im powtarzać, przemil-

[175] J. Ratzinger, art. cyt., s. 410.
[176] J. Bukowski, J. Kocur, *Tajemnica lekarska. Norma moralna i prawna,* „Sztuka Leczenia", 1(1997) nr 3, s. 9.
[177] Imhotep (XXVII–XXVI w. przed Chrystusem), to egipski architekt, uczony, arcykapłan z Heliopolis. Kieruje on królewskimi pracami budowlanymi. Jest on inspiratorem egipskiej monumentalnej architektury kamiennej. Jest też uważany za twórcę pierwszej piramidy schodkowej Dżesera w Sakkara. Od okresu Nowego Państwa (XVI–XI w. przed Chrystusem) czczony jest jako patron pisarzy i uczonych. Od wieku VII przed Chrystusem do czasów rzymskich przez Greków uważany jest za opiekuna chorych i identyfikowany z Asklepiosem.– [b.a.], *Imhotep,* w: *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN,* dz. cyt., t. III, dz. cyt., s. 19.
[178] K. Pollak, *Uczniowie Hipokratesa,* Warszawa 1970, s. 86.
[179] Tamże.

czą i będę strzec jak tajemnicy”[180]. Współcześnie młodzi lekarze uroczyście przyrzekają: „Nie nadużywać pacjentów zaufania i dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego”[181]. Nikt wcześniej przed Hipokratesem nie zwraca uwagi na fakt, że podstawą sztuki lekarskiej powinna być jej uniwersalność i neutralność. Szacunek dla chorego przejawia się przede wszystkim w obowiązku strzeżenia tajemnicy lekarskiej. Hipokrates jest przekonany, że zaufanie do lekarza może powstać tylko w atmosferze intymności. Respektowanie tej normy moralnej poleca on każdemu lekarzowi[182].

Najstarsza w Polsce przysięga pochodzi z wieku XIV i jest składana w Akademii Krakowskiej (1364) przez kandydatów na stopień doktora. Jej tekst brzmi: „O tym, co usłyszę w trakcie leczenia, nikomu tego nie wyjawię, lecz zachowam całkowite milczenie, jeśli będę rozumiał, że należy o tym zamilczeć”[183].

Zawód lekarza, choć wyjątkowy ze względu na swoją posługę, nie jest odosobniony, jeśli chodzi o zachowywanie tajemnicy. Tajemnica zawodowa jako norma etyczna umieszczona jest w kodeksach deontologicznych[184] adwokatów, dziennikarzy i służb państwowych. W sytuacjach życia co-

[180] Hipokrates, lekarz grecki (urodził się około roku 460 przed Chrystusem w Kos; zmarł około roku 370 lub380 w Larissa). Założyciel medycyny greckiej praktykuje i popiera sztukę lekarską, która opiera się na nieskrępowanej obserwacji i doświadczeniu. Wyznaje naukę o czterech sokach i definiuje chorobę jako wyraz nierównowagi soków ciała. Jeszcze za życia uchodzi on za idealnego lekarza, który udziela porad wielu znamienitym władcom. Pod jego imieniem zostało zebranych wiele tekstów medycznych (Corpus Hippocraticum). Brak jest jasności, które z rozpraw są rzeczywiście autorstwa samego Hipokratesa. – [b.a.], *Wzór – Hipokrates,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 36; [b.a.], *Wiedza medyczna zachowana dla potomnych,* tamże, s. 37; por. T. Brzeziński, *Tradycyjne zasady deontologii lekarskiej,* w: *Etyka i deontologia lekarska,* red. T. Kielanowski, Warszawa 1985, s. 35; S. Olejnik, Etyka lekarska, Katowice 1995, s. 75.

[181] KEL, w: M. Nesterowicz, dok. cyt., s. 262.

[182] Z. Chłap, *Korzenie etyki chrześcijańskiej w medycynie,* w: *Spotkania z bioetyką,* red. M. Renkielska, Kielce 1999, s. 20-21.

[183] K. Osińska, *Dorobek etyczny medycyny,* w: *Refleksje nad etyką lekarską,* red. K. Osińska, Warszawa 1992, s. 12; por. A. Drożdż, *Człowiek człowiekowi. Teologia moralna szczegółowa,* Tarnów 2001, cz. II, s. 117-121.

[184] Deontologia lekarska, etyka lekarska jest działem etyki dotyczącym obowiązków i powinności lekarza w jego postępowaniu z chorymi, a także stosunków zawodowych między lekarzami. Zasady etyki lekarskiej, wyrażone już przez Hipokratesa i sformułowane potem w przysiędze lekarskiej (tzw. hipokratesowej), są podstawą kodeksów etyki lekarskiej i ustaw o wykonywaniu zawodu lekarza. Naczelne zasady etyki lekarskiej obejmują troskę o dobro chorego, przestrzeganie tajemnicy zawodowej, zachowanie autorytetu lekarza, potrzebę doskonalenia zawodowego. Formułowanie zasad etyki lekarskiej oraz nadzór nad ich przestrzeganiem należy do samorządu zawodowego lekarzy, zorganizowanego w formie Izb Lekarskich. – [b.a.], *Etyka lekarska,* w: *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN,* dz. cyt., t. II, s. 280. J. Wróbel spostrzega, że „obok «etyki honoru», «dobrych obyczajów», «estetyki» i «humanizmu» krystalizuje się nowa dziedzina przyjmująca wyraźnie kształt naukowo-normatywny, a mianowicie «etyka medyczna». [...] Podmiotem etyki medycznej nie jest już tylko lekarz, ale coraz bardziej rozbudowane zastępy ludzi konstytuujących służby pomocnicze, współpracujące bezpośrednio lub pośrednio z lekarzami. Podmiotami etyki medycznej stają się również ludzie struktur państwowych i politycznych odpowiedzialnych za konkretny kształt służby zdrowia, jej funkcjonalność i uposażenie, a także naukowcy odpowiedzialni za programy badawcze, czyli praktycznie za to, co się dzieje w laboratoriach. Podmiotem odpowiedzialności moralnej staje się też w coraz większym stopniu sam pacjent, któremu zostają przedstawione ramy koniecznej współpracy ze służbą medyczną, a również formy aktywnego uczestnictwa w procesie terapeutycznym czy zapobiegawczym. [...]Te właśnie ramy stanowią przedmiot etyki medycznej. Jawi się więc ona jako ten dział etyki, który zajmuje się problemami związanymi ze sformułowaniem zakresu i kształtu form poszanowania oraz ochrony przez służby medyczne ludzkiego zdrowia i życia. Innymi słowy, stanowi ona ten dział refleksji etycznej, która w świetle całościowego spojrzenia na człowieka, na jego godność i pryncypialne dla niego wartości egzystencjalne stara się dać odpowiedź na pytania moralne stawiane przez nauki i praktykę medyczną mającą na celu ochronę oraz promocję zdrowia i życia ludzkiego”. – tenże, *Początki bioetyki. Aspekt historyczny, w: „Veritatem facientes”. Księga pamiątkowa ku czci Księdza Profesora*

dziennego jawi się często jako powierzenie swoich tajemnic innym osobom, czy też instytucjom i wymaganie od nich zachowania sekretu[185]. W sposób wyjątkowy jest traktowana tajemnica spowiedzi, do zachowania której jest zobowiązany kapłan[186]. Naruszenie jej wiąże się z najcięższymi sankcjami przewidzianymi przez Kodeks Prawa Kanonicznego, jakie może nałożyć Kościół na niezdyscyplinowanego spowiednika[187]. Większość z tych tajemnic chroniona jest przez Kodeks karny[188]. Ich ujawnienie prowadzi na ogół do naruszenia dóbr osobistych człowieka. Stąd obowiązek przestrzegania tajemnicy wynika nie tylko z etyki zawodowej lekarzy, ale także z przepisów prawa.

Etyka lekarska wzorowana na Kodeksie Hipokratesa ulega znacznym przemianom. Wiele uczelni rezygnuje z jej stosowania w przekonaniu, że istnieje niebezpieczeństwo wyłącznie formalnego jej traktowania. Posługują się one rotą przysięgi opartej o „Ślubowanie genewskie", przyjęte w roku 1949 przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy[189]. Jej tekst nie zawiera sprecyzowanego zakresu tajemnicy lekarskiej. Mają to uczynić komisje przygotowujące krajowe kodeksy deontologiczne[190].

Prawo do prywatności jest chronione przez „Powszechną Deklarację Praw Człowieka" (1948), która głosi, że nikt nie może ingerować w życie rodzinne, domowe lub korespondencję, ani też nikt nie może naruszyć jego dobrego imienia[191]. Sformułowania o podobnej treści znajdują się w „Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych" (1966)[192]. „Deklaracja helsińska" z roku 1964 podkreśla, że „należy zrobić wszystko, by chronić sferę prywatności osoby badanej"[193]. Ponieważ człowiek niepełnosprawny psychicznie wymaga szczególnej opieki ze strony zdrowych, dlatego w „Deklaracji o powszechnych prawach upośledzonych umysłowo" (1968) posiada zagwarantowaną ochronę „przed wyzyskiem, nadużyciem i poniżającym traktowaniem"[194]. Zdrada tajemnicy lekarskiej w stosunku do chorego upośledzonego, jest poważnym nadużyciem godzącym w ład moralny.

Franciszka Greniuka, red. J. Nagórny, J. Wróbel, Lublin 1997, ss. 191-193; por. M. Furlan, *Etica professionale,* w: *Dizionario di Bioetica,* s. 354.

[185] R. Taradejna, M. Taradejna, *Tajemnica państwowa i inne tajemnice chroniące interesy państwa i obywateli,* Warszawa 1998, s. 16.

[186] „Bezwzględnie zabrania się spowiednikowi korzystania z wiadomości uzyskanych w spowiedzi, powodujących uciążliwość dla penitenta, nawet przy wykluczeniu wszelkiego niebezpieczeństwa wyjawienia. Kto posiada władzę, nie może w żaden sposób korzystać w zewnętrznym zarządzaniu z wiadomości, jakie uzyskał o grzechach wyznanych w jakimkolwiek czasie w spowiedzi". – *Kodeks Prawa Kanonicznego,* Poznań 1984, kan. 983-984.

[187] „Spowiednik, który narusza bezpośrednio tajemnicę sakramentalną, podlega ekskomunice wiążącej mocą samego prawa, zastrzeżonej Stolicy Apostolskiej. Gdy zaś narusza ją tylko pośrednio, powinien być ukarany stosownie do ciężkości przestępstwa". – Tamże, kan. 1388.

[188] Kto, wbrew przepisom ustawy lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu, ujawnia lub wykorzystuje informację, z którą zapoznał się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. § 2. Funkcjonariusz publiczny, który ujawnia osobie nieuprawnionej informację stanowiącą tajemnicę służbową lub informację, którą uzyskał w związku z wykonywaniem czynności służbowych, a której ujawnienie może narazić na szkodę prawnie chroniony interes, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. § 3. Ściganie przestępstwa określonego w § 1. następuje na wniosek pokrzywdzonego. – *Kodeks karny,* dok. cyt., art. 266.

[189] Światowy Związek Lekarzy, *Ślubowanie genewskie,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 619.

[190] Przyjęta zasada zachowania tajemnicy pochodzi wprost z kodeksu Hipokratesa: Będę zawsze szanował sekrety, które powierzył mi pacjent, także po jego śmierci. – Z. Chłap, *Korzenie etyki chrześcijańskiej w medycynie,* art. cyt., s. 23.

[191] The General Assembly of the United Nations**,** *Universal Declaration of Human Rights,* dok. cyt., art. 12.

[192] A. Łopatka*, Międzynarodowe prawo praw człowieka,* Warszawa 1998, s. 35.

[193] Światowy Związek Lekarzy, *Deklaracja helsińska. Rekomendacja dla lekarzy zajmujących się badaniami biomedycznymi na ludziach,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 620.

[194] Międzynarodowa Liga Towarzystw ds. Umysłowo Upośledzonych, *Deklaracja o powszechnych i szczególnych prawach upośledzonych umysłowo,* w: *Kronika medycyny*, dz. cyt., s. 620.

Amerykańskie Stowarzyszenie Szpitali w prawach chorego przypomina, iż wszystkie „informacje dotyczące jego własnego zdrowia będą traktowane poufnie”[195]. Podobny zapis jawi się w „Deklaracji hawajskiej” (1977)[196]. „Konwencja o Ochronie Osób Fizycznych w związku z Automatycznym Przetwarzaniem danych Osobowych” (1981) czyni z informacji dotyczących zdrowia specjalną kategorię i umieszcza pod ochroną prawną. Znajduje to potwierdzenie w „Europejskiej Konwencji Bioetycznej o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej” (1997), głoszącej, że „każdy ma prawo do poszanowania życia prywatnego w związku z informacjami dotyczącymi jego zdrowia”[197].

W niektórych krajach europejskich, m.in. we Francji, nakaz zachowania tajemnicy lekarskiej jest przestrzegany wyjątkowo rygorystycznie[198]. Prawo francuskie określa, że tajemnica lekarska nie należy ani do chorego, ani do lekarza. W takim ujęciu tajemnicy zawodowej lekarz jest tylko dysponentem informacji i nie ma prawa jej ujawniać nikomu, z wyjątkiem sytuacji przewidzianych ustawą[199]. Opinii publicznej znany jest głośny proces lekarza byłego prezydenta Francji F. Mitterranda, który za ujawnienie tajemnicy jego choroby, został skazany na karę czterech miesięcy więzienia[200]. W innych krajach przepisy dotyczące tajemnicy lekarskiej są bardziej liberalne.

W Polsce przyrzeczenie składane przez lekarzy nawiązuje do międzynarodowego wzorca. Lekarz ma obowiązek ustawowy dochowania sekretu zawodowego[201]. Tajemnicą tą są objęte wyłącznie informacje o chorym i jego sprawach osobistych, uzyskane przez lekarza w czasie pełnienia obowiązków zawodowych[202]. Oprócz szczególnie chronionej pisemnej dokumentacji medycznej, powinny być także zabezpieczone wszelkiego rodzaju wyniki badań, a także nośniki tych informacji, które udostępnione osobom trzecim mogłyby naruszyć tajemnicę[203]. Lekarz nie może ujawniać danych, dotyczących chorego, nawet członkom jego rodziny i personelowi medycznemu niezaangażowanemu bezpośrednio w opiekę nad nim. Zachowanie tajemnicy wymaga, aby zbieranie wywiadu o cho-

[195] Amerykański Związek Szpitali, *Przepis o prawach dla pacjentów szpitalnych,* dok. cyt., s. 621.

[196] Światowy Związek Psychiatrii, *Deklaracja hawajska,* dok. cyt., s. 622.

[197] J. Sandorski, art. cyt., s. 111; por. K. Szczygieł, *Europejska Konwencja Bioetyczna z 4 kwietnia 1997,* w: *Śladami Boga i Człowieka. Księga pamiątkowa ku czci ks. prof. dra hab. Jana Kowalskiego,* red. J. Orzeszyna, Kraków 2000, ss. 509-513.

[198] M. Wrężel, *Partnerski charakter relacji między lekarzem i chorym. Aspekt moralny,* Kraków 2000, s. 162; por. R. Gillon, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne,* Warszawa 1997, s. 117; J. Havard, Medical Confidence, Journal of Medical Ethics 11(1985) nr 1, ss. 8-11.

[199] T. M. Zielonka, *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Artykuł 27,* „Gazeta Lekarska” (1999) nr 10(105), s. 51.

[200] J. Bukowski, J. Kocur, art. cyt., s. 9-10.

[201] „(Ust. 1.) Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. (Ust. 2.) Przepisu tego nie stosuje się, gdy tak stanowią ustawy. A mianowicie jeśli badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji, wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje. Jeśli zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia. Zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń. Jeśli jest to niezbędne do praktycznej nauki zawodów medycznych. Jest to niezbędne dla celów naukowych, ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie. (Ust. 3.) Lekarz, z zastrzeżeniem sytuacji wcześniej wymienionych, jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta. (Ust. 4.) Lekarz nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody”. – *Ustawa o zawodzie lekarza,* dok. cyt., art. 40.

[202] A. Zoll, *Tajemnica zawodowa lekarza,* w: *Tajemnica lekarska,* red. I. Kleszczowa, Kraków 1994, ss. 6-8; por. J. Nielubowicz, *Tajemnica lekarska,* w: *Tajemnica lekarska,* red. I. Kleszczowa, Kraków 1994, s. 16-17.

[203] Tamże, s. 19-20; por. A Wojtczak, *Relacja lekarz – pacjent w świetle zmieniających się zadań i roli lekarza wiążących się z rozwojem wiedz, technologii medycznej i zmianami społecznymi,* w: *Humanizm i medycyna,* Warszawa 1993, s. 43.

rym i jego chorobie (badanie podmiotowe) odbywało się w warunkach zapewniających dyskrecję. Wbrew sztuce lekarskiej jest zadawanie pytań dotyczących spraw osobistych w obecności innych chorych i osób postronnych.

Z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej wynika podejmowanie wszelkich działań zapobiegających biernemu ujawnianiu informacji, (m.in. przez pozostawienie niezabezpieczonej dokumentacji medycznej chorego)[204]. Tajemnica lekarska obowiązuje nawet po śmierci chorego. Krewni zmarłego nie mogą zwolnić lekarza z obowiązku jej dochowania. Mógłby to uczynić tylko sam chory przed swoją śmiercią, pozostawiając stosowny zapis w testamencie[205].

Wiadomości uzyskane przez lekarza w innych okolicznościach niż w trakcie pełnienia obowiązków służbowych, nie stanowią przedmiotu tajemnicy. Dopuszczalne jest natomiast udzielanie informacji prawnym opiekunom chorego, w ściśle określonych przypadkach. Jednak nie powinno się jej udzielać przez telefon osobom nieznajomym, a podającym się za opiekunów[206].

Przedmiotem tajemnicy lekarskiej jest zobowiązanie lekarza do zachowania w sekrecie danych o chorym, mających charakter poufny. Wynika ono ze „ślubowania lekarskiego"[207]. Przed każdą zatem rozmową z chorym nie jest wymagana dodatkowa deklaracja pisemna. Ujawnienie tajemnicy lekarskiej może nastąpić za zgodą chorego lub jego ustawowego przedstawiciela, który udziela jej wskazanemu lekarzowi w sposób świadomy, dobrowolny i przed wyjawieniem sekretu. Szczególnym warunkiem skuteczności zgody chorego, mającym zapobiec pochopnemu jej wyrażeniu, jest uprzedzenie chorego o niekorzystnych skutkach tej decyzji. Brak jego pouczenia przez lekarza odbierającego zgodę, powoduje jej nieważność. Chory może zawsze cofnąć swoją zgodę, w wyniku czego lekarz traci upoważnienie do ujawnienia tajemnicy. Natomiast we Francji lekarz nie może wyjawić sekretu nawet wówczas, jeśli byłoby to w interesie chorego[208].

Lekarz jest zwolniony z zachowania tajemnicy, jeśli w wyniku jej zatajenia narażone byłoby zdrowie lub życie otoczenia (m.in. gdy psychicznie chory stanowi zagrożenie dla innych osób lub jest zarażony wirusem HIV). W takiej sytuacji lekarz ma nie tylko prawo, lecz i obowiązek ostrzeżenia tych, którym grozi niebezpieczeństwo[209]. J. Kowalski uważa, że „sekret zawodowy jest związany z relacjami, jakie istnieją między lekarzem a dotkniętym chorobą AIDS. Lekarz w dialogu z chorym powinien poczynić wszelkie kroki, aby przekonać go o konieczności poinformowania o swoim stanie partnera lub partnerów seksualnych. Jeśli chory odrzuca taką konieczność, w tym przypadku sekret zawodowy go nie obowiązuje"[210].

---

[204] T. M. Zielonka, *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Artykuł 23.,* „Gazeta Lekarska" (1999) nr 5(100), ss. 43-49.

[205] M. Wrężel, dz. cyt., s. 165; A. Gubiński, *Komentarz do kodeksu etyki lekarskiej poprzedzony podstawami odpowiedzialności karnej lekarza,* Warszawa 1994, s. 89; J. Sawicki, *Tajemnica zawodowa lekarza i dziennikarza,* Warszawa 1960, s. 52.

[206] T. M. Zielonka, Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Artykuł 23, art. cyt., ss. 43-49; por. K. Szczygieł, Tajemnica lekarska, w: Tajemnica lekarska, red. I. Kleszczowa, Kraków 1994, s. 26-27.

[207] Tekst polskiego przyrzeczenia lekarskiego brzmi: „Przyjmuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni świadomy związanych z nim obowiązków przyrzekam: Obowiązki te sumiennie wypełniać. Służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu. Według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując należny im szacunek. Nie nadużywać ich zaufania i dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego. Strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić, a do kolegów lekarzy odnosić się z należną im życzliwością, nie podważając zaufania do nich, jednak postępując bezstronnie i mając na względzie dobro chorych. Stale poszerzać swą wiedzę lekarską i podawać do wiadomości świata lekarskiego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić". – KEL, w: dok. cyt., s. 261; por. Światowy Związek Lekarzy**,** *Ślubowanie genewskie,* dok. cyt., s. 619.

[208] T. M. Zielonka, *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Artykuł 25.,* „Gazeta Lekarska" (1999) nr 7-8(102-103), ss. 52-57.

[209] M. Nesterowicz, dz. cyt., s. 151.

[210] J. Kowalski, *Współczesne wyzwania stawiane teologii moralnej,* dz. cyt. s. 198.

Lekarz ma także prawo i obowiązek do ujawniania zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka. „Deklaracja z Tokio" (1975)[211] zabrania mu aprobowania, usprawiedliwiania i uczestniczenia w torturach lub innych działaniach nieludzkich lub poniżających człowieka. W chwili zauważenia zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka, powinien natychmiast ujawnić te fakty. Ich naruszenie ścigane jest przez międzynarodowe trybunały, zaś przypadki zbrodni ludobójstwa nie ulegają przedawnieniu[212].

W przypadkach, gdy upoważnienie lekarza do ujawnienia tajemnicy lekarskiej wynika wprost z przepisów prawa, nie musi on uzyskiwać zgody chorego na jej ujawnienie. Nawet powinien to uczynić, mimo jego sprzeciwu. Korzystając z ustawowych upoważnień, powinien bowiem pamiętać, że są to sytuacje wyjątkowe i ściśle stosować się do ustawy[213].

Jednak lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia chorego wyłącznie te organy i instytucje (sąd, prokuratura), które są do tego upoważnione. Także inne akty prawne przewidują tego rodzaju odstępstwa od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej. Korzystając z nich, lekarz po-

---

[211] „Najważniejszym obowiązkiem lekarza jest wykonywać swój zawód w służbie ludzkości, utrzymywać i przywracać zdrowie fizyczne i psychiczne bez względu na pozycję człowieka, przynosić pacjentowi ulgę w bólu i cierpieniach. Z największą uwagą należy dbać o podtrzymywanie ludzkiego życia, także w sytuacjach zagrożenia. Wiedza lekarska nie może być nigdy wykorzystywana do działań sprzecznych z prawami człowieka. W rozumieniu tej deklaracji, za torturowanie uważa się umyślne, permanentne lub złośliwe powodowanie cierpień fizycznych lub psychicznych przez jedną lub kilka osób z pobudek własnych lub na rozkaz, celem zmuszenia innej osoby do wydania informacji lub do złożenia zeznania albo z jakiegokolwiek innego powodu. Lekarz nie powinien stosowania tortur, okrucieństwa lub innych nieludzkich czy raniących godność działań tolerować, akceptować ani absolutnie w nich uczestniczyć, cokolwiek by się zdarzyło, co stawiałoby ofiarę takich działań w świetle podejrzenia, oskarżenia lub dowodu winy i cokolwiek sam lekarz na ten temat sądzi. Dotyczy to każdej sytuacji, zarówno konfliktów militarnych, jak też buntów cywilnych. Lekarz nie powinien udostępniać pomieszczeń ani narzędzi, urządzeń i środków, ani swojej wiedzy do celów związanych ze stosowaniem tortur oraz innych form okrucieństwa lub nieludzkiego i hańbiącego postępowania, ani też osłabiać zdolności ofiary takich poczynań do stawiania oporu. Lekarzowi nie wolno brać udziału w żadnych akcjach, podczas których stosuje się tortury, inne formy okrucieństwa, nieludzkie lub raniące godność postępowanie lub grozi ich zastosowaniem. Lekarz podejmujący decyzję opieki nad kimś, za kogo ponosi odpowiedzialność medyczną, musi dysponować całkowitą niezależnością kliniczną. W każdych okolicznościach ma obowiązek przynosić ulgę bliźniemu w trudnej sytuacji. Temu nadrzędnemu celowi nie można przypisywać żadnych innych pobudek ani osobistych, ani też społecznych czy politycznych. Jeżeli więzień odmawia przyjmowania posiłków, a lekarz ocenia, że jest on zdolny do samodzielnej i prawidłowej oceny skutków tej dobrowolnej głodówki, nie powinien być sztucznie odżywiany. Rozstrzygnięcie o zdolności „więźnia do prawidłowej oceny skutków jego postępowania powinno zostać potwierdzone przynajmniej przez jeszcze jednego neutralnego lekarza. Więzień powinien zostać przez lekarza pouczony o skutkach odmowy przyjmowania pożywienia. Światowy Związek Lekarzy udzieli pomocy lekarzowi i jego rodzinie w wypadku gróźb lub krzywd z powodu jego odmowy uczestniczenia w torturach lub innym postępowaniu okrutnym, nieludzkim lub raniącym godność". – Światowy Związek Lekarzy, *Deklaracja tokijska,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 621.

[212] T.M. Zielonka, *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Artykuł 27.,* „Gazeta Lekarska" (1999) nr 10(105), s. 51. „Lekarz ma prawo do ujawnienia zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka". – KEL 27. „Każda istota ludzka ma przyrodzone prawo do życia. Prawo to powinno być chronione przez ustawę. Nikt nie może być samowolnie pozbawiony życia. W krajach, w których kara śmierci nie została zniesiona, wyrok śmierci może być wydany jedynie za najcięższe zbrodnie, zgodnie z ustawą, która obowiązywała w chwili popełnienia zbrodni i nie narusza postanowień niniejszego Paktu i Konwencji o zapobieganiu i karaniu zbrodni ludobójstwa. Kara ta może być wykonana tylko na podstawie prawomocnego wyroku wydanego przez właściwy sąd. W przypadku gdy pozbawienie życia stanowi zbrodnię ludobójstwa, jest oczywiste, że żadne postanowienie niniejszego artykułu nie upoważnia żadnego Państwa Strony niniejszego Paktu do uchylania się w jakikolwiek sposób od zobowiązań przyjętych przez nie na podstawie postanowień Konwencji o zapobieganiu i karaniu zbrodni ludobójstwa". – *Ustawa o ratyfikacji Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych,* dok. cyt., art. 6.

[213] *Ustawa o zawodzie lekarza,* dok. cyt., art. 40; por. *Ustawa o zwalczaniu gruźlicy,* „Dziennik Ustaw" (1959) nr 27, poz. 170; *Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych,* „Dziennik Ustaw"(1963) nr 50, poz. 279.

winien pamiętać, że żądanie organu władzy publicznej lub innego podmiotu, musi wynikać z ustawy. Bezprawne żądanie nie zwalnia go od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej[214]. Naruszenie przez niego tego obowiązku może prowadzić do jego odpowiedzialności prawnej (cywilnej, karnej), a także do odpowiedzialności dyscyplinarnej[215].

Choć obecnie nikt nie kwestionuje normy etycznej, dotyczącej tajemnicy lekarskiej, to jednak w Polsce zdumiewająco często jest ona naruszana w codziennej praktyce. Jest to już tak powszechne, że większość lekarzy nie zdaje sobie nawet sprawy, iż nie dochowują oni złożonej przez siebie przysięgi. Rozmowy o intymnych problemach chorych są rozpowszechnione wśród lekarzy i najczęściej nie mają charakteru rzeczowej konsultacji medycznej[216]. Powodowane jest to powierzchownością i wąskim zakresem nauczania etyki lekarskiej w czasie studiów oraz wytworzeniem złych obyczajów w latach powojennych i ich powielaniem przez młode pokolenia lekarzy[217].

W ustawodawstwie polskim nadużycie zaufania i dobrego imienia chorego nie stanowi przedmiotu zdrady tajemnicy zawodowej, a często jest naruszeniem normy moralnej i jego dóbr osobistych[218]. W ostatnich latach jawi się nieznane dotąd w Polsce niebezpieczeństwo łamania praw chorego, a zwłaszcza dziecka. Fundacje wspierane przez komercyjne stacje telewizyjne, zbierają pieniądze na leczenie dzieci. Jednocześnie zastrzegają sobie prawo do informowania w swoich programach o szczegółach leczenia, a także o obecności ekipy filmowej w trakcie ważnych dla życia zabiegach chirurgicznych. W przypadku odmowy, ze strony rodziców dziecka, do udzielenia takich informacji, stosują perswazję, grożąc wycofaniem się z finansowania dalszego leczenia. Cel sam w sobie jest dobry, ale roszczenie sobie prawa do informowania o sprawach intymnych chorego, zwłaszcza dziecka, gdy jego opiekunowie nie mają na to najmniejszej ochoty, jest poważnym naruszeniem ładu moralnego. Obce też sztuce lekarskiej jest nakłanianie przez lekarza rodziców i chorego dziecka do udzielenia takiego wywiadu.

Uzasadnienia przestrzegania tajemnicy lekarskiej, dotyczącej istotnych dóbr człowieka, można doszukiwać się w tekstach Bożego Objawienia Starego Testamentu, w których wielokrotnie jawi się pochwała takiego postępowania. Jej zachowanie jest przedstawiane jako jedna z najpiękniejszych postaw: „Ukrywać tajemnice królewskie jest rzeczą piękną" (Tb 12,7). Liczne są też przestrogi przed wyjawianiem sekretów. „Wobec obcego nie zdradzaj tajemnic, nie wiesz bowiem, co wymyśli" (Syr 4,18). Konsekwencją zdrady jest zawsze utrata autorytetu i naruszenie porządku społecznego. Autor natchniony przestrzega: „Kto zdradza tajemnicę, traci zaufanie i nie znajdzie sobie przyjaciela" (Syr 27,16). „Rana może być opatrzona, obelga darowana, ale ten, kto wyjawił tajemnicę, nie ma już nadziei"(Syr 27,21).

W Nowym Testamencie zachowanie tajemnicy nabiera szczególnego i nadprzyrodzonego znaczenia. Jest ona bowiem ściśle związana z obietnicą Królestwa Bożego (Mt 13,11; Mk 4,11). Jej poznanie jest największym darem, jaki może otrzymać człowiek (Łk 8,10; 1 Kor 15,51). Jest ona ukryta przed nim od wieków (Kol 1,26). Jednak tajemnicę może przyjąć i zachować tylko ten, kto ma czyste sumienie (1 Tm 3,9).

Sobór Watykański II nie zajmuje się szczegółowo kwestiami etyki lekarskiej, ale kładzie nacisk na poszanowanie osoby ludzkiej, nakazując uważać bliźniego, bez żadnego wyjątku, za „drugiego samego siebie" (KDK 27), a przecież nikt rozsądny nie chciałby, aby jego sekrety zostały ujawnione. Przestrzeganie sprawiedliwości i poszanowanie praw człowieka (KDK 82) jest najlepszą gwa-

[214] Kodeks karny, dok. cyt., art. 180; por. *Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa,* „Dziennik Ustaw"(1999) nr 60, poz. 636, art. 59.

[215] M. Singler, *Confidentiality in medicine. A Decrepit Concept,* „New England Journal of Medicine" (1982) nr 23, s. 1518-1521; por. M. Wrężel, dz. cyt., s. 183.

[216] T. M. Zielonka, *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej*. Artykuł 24., „Gazeta Lekarska" (1999) nr 6(101), s. 40.

[217] Tamże, *Artykuł 23.,* art. cyt., ss. 43-49.

[218] W. Błeńska, *Czy lekarz może być przyjacielem chorego?,* w: *Wybrane problemy deontologii lekarskiej,* red. R. Szulc, Poznań 1999, s. 61-63.

rancją dochowania tajemnicy. Do ich poszanowania zobowiązany jest nie tylko pojedynczy człowiek, lecz także władze publiczne.[219]

Pius XII uważa, że zachowanie tajemnicy wynika z Dekalogu. Jej przestrzeganie jest obowiązkiem lekarza, którego źródłem jest poszanowanie praw człowieka, a zwłaszcza prawa do zachowania sekretu o jego problemach intymnych[220]. Także Jan Paweł II podkreśla, że poszanowanie praw człowieka do zachowania tajemnicy o jego zdrowiu, intymności i uszanowanie prawa do integralności psychiki i dobrego imienia jest istotą obowiązku lekarskiego, którego źródłem jest Dekalog. Ta powinność jest realizacją prawa chorego do stworzenia mu możliwie najkorzystniejszych warunków leczenia[221].

[219] KKK nr 1907.

[220] Pius XII**,** *Le médecin et le droit. Discours aux participants du VII Congrès international des médecins catholiques*, w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg–Paris 1963, t. III, s. 3027.

[221] Jan Paweł II, *Podstawy deontologii lekarskiej. Przemówienie do uczestników Zjazdu Światowego Towarzystwa Lekarskiego*, OsRomPol. 4(1983) nr 10(46), s. 22.

ROZDZIAŁ DRUGI

ŚWIAT DOŚWIADCZEŃ CHOREGO

Człowiek dotknięty chorobą, z którą związane jest zarazem różnego rodzaju cierpienie odkrywa, że przezwyciężenie słabości duchowych i fizycznych z nim związanych, wymaga ogromnego wysiłku i wielu wyrzeczeń[1]. Jego doświadczenia uzależnione są od jego wieku, dojrzałości duchowej i wcześniejszych przeżyć[2] (par. 1). W chorobie poznaje on siebie takim, jakiego do tej pory nie znał. Dowiaduje się, że jego przeżycia psychiczne mają wpływ na powstanie i rozwój choroby[3], a cierpienie pozostawia trwały ślad w jego psychice (par. 2). Próbuje on przeciwstawić się chorobie i cierpieniu przez wykorzystanie wszystkich dostępnych mu środków. Po pewnym jednak czasie odkrywa, że nie jest dostatecznie przygotowany do konfrontacji z nimi. Czasem jego wyobrażenia o chorobie i procesie leczenia są niewłaściwe, a to ze względu na to, że już informacje o nich zostały mu źle podane, co powoduje silne przeżycia emocjonalne[4] (par. 3). W takiej sytuacji nie powinien on pozostać sam. Jego sprzymierzeńcami winny być najbliższe mu osoby, służba medyczna a nawet doświadczeni chorzy. Ich pomoc często przyczynia się do przyjęcia i przezwyciężenia choroby.

Współpraca chorego z zespołem leczącym jest też istotnym czynnikiem wpływającym na proces leczenia. Brak porozumienia z nim wydłuża lub uniemożliwia leczenie (par. 4). Autorytet lekarza i personelu pomocniczego ma tu poważny wpływ na umocnienie zaufania do nich. Zdobyć go można tylko poprzez rzetelną pracę służby zdrowia, pełną wyrzeczenia oraz osobiście przezwyciężone cierpienie[5].

---

[1] Z. Juczyński, *Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową,* w: *Psychoonkologia,* red. K. de Walden-Gałuszko, Kraków 2000, s. 23; por. S. Taylor, *Przystosowanie do zagrażających wydarzeń,* „Nowiny Psychologiczne" (1984) nr 6-7, ss. 15-38; L. Grassi, G. Rosti, A. Lasalvia, M. Marangolo, *Psychosocial variables associate with mental adjustment to cancer,* „Psycho-Oncology" (1993) nr 2, ss. 11-20.

[2] J. Wróbel uważa, że „choroba i cierpienie może spełnić ważną rolę w życiu i rozwoju osobowym człowieka. Takie oddziaływanie cierpienia nie wynika jednak z niego samego. To nie cierpienie w sposób niejako magiczny przemienia człowieka. Rola, jaką cierpienie jest w stanie odegrać, zależy od postawy, jaką człowiek przyjmie wobec niego; zależy więc od tego, czy jest on w stanie zaakceptować swoje dolegliwości, nadać im wartość w wymiarach osobowych i przekształcić w dynamizm duchowego wzrostu". – J. Wróbel, *Człowiek i medycyna…,* dz. cyt., s. 180.

[3] M. Jarosz, *Zaburzenia psychosomatyczne,* w: *Psychologia lekarska,* red. M. Jarosz, Warszawa 1983, s. 213-214; por. A. M. Mordkoff, O. A. Parsons, *The coronary personality a critique, Psychosomatic Medicine* 29(1967) nr 1, ss. 1-14; P. Socha, *Psychologia rozwoju duchowego. Zarys zagadnienia,* w: *Duchowy rozwój człowieka. Fazy życia. Osobowość. Wiara. Religijność,* red. tenże, Kraków 2000, ss. 33-44.

[4] Z. Juczyński, *Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową,* w: *Psychoonkologia,* art. cyt., ss. 23-44; por. Ch. M. Courbasson, N. S. Endler, A. J. Cunningham, *Coping with stress, how do people with cancer do it?, w: Advances in health psychology research,* red. W.R. Schwarcer, Berlin 1998, ss. 1-10; I. Heszen-Niejodek, *Radzenie sobie z konfrontacją stresową,* „Nowiny Psychologiczne" (1991) nr 1-2, ss. 13-26; Z. Juczyński, J. Szamburska, E. Czechowicz, *Informowanie pacjenta o chorobie nowotworowej w opinii i praktyce lekarskiej,* „Nowotwory" (1997) nr 47, ss. 43-57; W. Terlecka, *Światło życia,* Częstochowa 1999, s. 129.

[5] J. Wróbel, *Idee centralne chrześcijańskiego rozumienia etosu lekarskiego,* w: *Śladami Boga i człowieka. Księga pamiątkowa ku czci ks. prof. dra hab. Jana Kowalskiego,* red. J. Orzeszyna, Kraków 2000, ss. 429-437.

1. Trud przezwyciężania choroby

Choroba, cierpienie i śmierć, to najpoważniejsze wyzwania, poddające życie ludzkie największej próbie[6]. W zależności od wieku, życiowych doświadczeń i przyjmowanego systemu wartości, chory w różny sposób przezwycięża trudne sytuacje. Stopniowo uświadamia sobie swoją niemoc i ograniczenia[7]. Choroba bowiem jest procesem nie tylko biologicznym, dotyczącym chorych narządów, lecz ogarnia całą osobę[8]. Cierpienie zaś jest reakcją psychosomatyczną na zagrożenie funkcjonowa-

[6] Choroba jest dynamiczną reakcją ustroju na działanie czynnika chorobotwórczego. Natomiast zdrowie to stan pełnej sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej. W węższym znaczeniu nieobecność choroby lub kalectwa. Z fizjologicznego punktu widzenia zdrowie jest to pełna zdolność organizmu do utrzymania równowagi pomiędzy nim a środowiskiem zewnętrznym oraz do prawidłowego reagowania na zmiany środowiska i adaptacji do tych zmian. Nauką zajmującą się zdrowiem jest higiena, a utrzymaniem i przywracaniem zdrowia medycyna. – [b.a.], *Zdrowie,* w: *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN,* dz. cyt., t. VI, s. 1003.

[7] „Istnieją liczne indywidualne, społeczne i rasowe różnice w reakcji na pewne objawy chorobowe".– I. K. Zola, *Pathways to the Doctor – from Person to Patient,* „Social Science and Medicine" 1973, t. I, ss. 677-689.

[8] J. Wróbel pisząc o chorobie spostrzega, że „podobnie, jak w przypadku zdrowia, nie istnieje powszechnie uznana definicja choroby. Określenie takie musiałoby bowiem z jednej strony uwzględniać fakt złożoności fenomenu choroby, a z drugiej strony musiałoby mieć równocześnie na uwadze różne aspekty oraz modele choroby, reprezentowane przez poszczególne nauki zajmujące się tym problemem. Najbardziej podstawowe, a zarazem wyjściowe, jest określenie kliniczne choroby. W tym ujęciu choroba to «stan, który aktualnie albo potencjalnie przeszkadza w prawidłowym funkcjonowaniu człowieka». W związku z powyższym choroba jawi się jako brak właściwego porządku strukturalnego i dynamicznego w organizmie człowieka. Nieporządek ten może się przejawiać na poziomie morfologicznym, anatomicznym i funkcjonalnym. Inne jeszcze określenia pozostające w kręgu koncepcji klinicznej lub do niej zbliżone ujmują chorobę jako «życie w zmienionych uwarunkowaniach», «zakłócenie witalnej równowagi», «odstępstwo od życia zdrowego», «zakłócenie wewnętrznych funkcji tkanki», «uszkodzenie ciała jako biologicznej maszyny», «zagrożenie dla życia». W tym przypadku, gdzie stan zdrowia określa się w oparciu o normy biologiczne i organiczne, chorobę definiuje się jako «ogół odbiegających od normy zjawisk cechujących pewną grupę żywych organizmów w powiązaniu z pewną określoną wspólną cechą lub zbiorem cech, ze względu na które różnią się one od normy swoistej dla danego gatunku w taki sposób, iż jest to dla nich biologicznie niekorzystne». Oznacza to, że «choroba jest odchyleniem od planu, wzoru lub normy swoistej dla danego gatunku. Z punktu widzenia klinicznego można wyliczyć wprost nieskończoną liczbę chorób, które mogą mieć różną postać i różny przebieg, a ich wyróżnienie jest paralelne do wielości dyscyplin medycyny klinicznej. Tak też «choroba może zaczynać się nagle (np. choroby zakaźne) lub powoli w sposób utajony (np. gruźlica, rak, cukrzyca), a także nagle lub powoli kończyć się. Przebieg choroby może być gwałtowny (choroba ostra) z bardzo wyraźnie występującymi objawami (np. gorączka, dreszcze, różne dolegliwości) lub długotrwały z mniejszym nasileniem objawów (choroba przewlekła). Choroba ostra może przechodzić w przewlekłą i odwrotnie. Choroba przebiega też czasem bezobjawowo (choroba utajona). Zejście choroby może polegać na powrocie ustroju do pełnego stanu zdrowia, na powrocie połowicznym (przejście choroby ostrej w przewlekłą) lub może kończyć się śmiercią. Choroba może ograniczać się do jednego narządu (jego części) lub tkanek (choroba miejscowa), a także może obejmować cały organizm (choroba ogólna). Choroby czynnościowe charakteryzuje występowanie zmian czynności narządów lub tkanek bez występowania zmian organicznych (nerwice). Choroby organiczne cechuje występowanie zmian organicznych w narządach lub tkankach (np. gruźlica, zapalenie nerek). Choroby dziedziczne przenoszone są za pośrednictwem chromosomów komórek płciowych z rodziców na potomstwo (np. hemofilia, daltonizm). Choroby wrodzone są przekazywane przez organizm matki dziecku w okresie jego życia płodowego, np. kiła». Praktyka medyczna systematyzuje też często choroby na podstawie dotkniętych przez nią struktur. Wylicza więc «choroby wewnętrzne, choroby nerwowe, choroby psychiczne, choroby oczu, uszu, nosa i gardła». Jak na to wskazują opracowania medyczne, choroby mogą mieć różną etiologię, różną patogenezę i różne symptomy, to znaczy mogą być wywołane przez różne czynniki, różne mogą być mechanizmy ich powstawania i przebiegu oraz różne formy ich obja-

nia organizmu[9]. Jan Paweł II uczy, że „cierpienie jest czymś bardziej jeszcze podstawowym od choroby, bardziej wielorakim, a zarazem głębiej jeszcze osadzonym w całym człowieczeństwie. Jakiś pogląd na tę sprawę daje rozróżnienie pomiędzy cierpieniem fizycznym a cierpieniem moralnym. Rozróżnienie to przyjmuje za podstawę dwoisty wymiar ludzkiego bytu, wskazuje na pierwiastek cielesny i duchowy jako bliższy czy też bezpośredni podmiot cierpienia"[10]. Cierpienie i choroba stawia przed człowiekiem zadanie nauczenia się przezwyciężania samego siebie. Zaprzeczając istnieniu choroby, chory unika konfrontacji z samym sobą i rezygnuje z dalszego duchowego rozwoju. Zanim jednak zdobędzie on „umiejętność chorowania" przechodzi przez trudne i niebezpieczne etapy związane z chorowaniem[11].

Żaden „normalny" człowiek nie pragnie cierpienia[12]. Jednak nawet w czasach kiedy, medycyna może korzystać z najnowocześniejszych środków techniki, nikt nie potrafi zapewnić, że choroba zakończy się pomyślnie[13]. Tylko wąskie grono specjalistów posiada wiedzę, że nie wszystkie choroby można zdiagnozować i wyleczyć. W społeczeństwie konsumpcyjnym, gdzie zaspokojenie potrzeb materialnych jest wartością samą w sobie, zakorzenione jest mylne przeświadczenie, iż można wyleczyć prawie każdą chorobę. J. Kowalski zauważa, „że postęp będący wyrazem władzy człowieka nad światem, który posiada swoją autonomię, władzy wykonywanej w imieniu Boga, nie jest czymś automatycznym. Nie ma prawdziwego postępu, jak tylko gdy odpowiada on dynamicznemu porządkowi, który domaga się zawsze priorytetu etycznego. Bóg nie przestaje go komunikować człowiekowi aż do wypełnienie się czasów i «nowego stworzenia» (KDK nr 39), aby zapewnić jego integralny rozwój. Człowiek zaś jest prawdziwie człowiekiem tylko w tej mierze, gdy jest panem swego działania i sędzią jego wartości oraz autorem postępu, podporządkowując je celom ogólnym, które są mu wyznaczone"[14].

---

wiania się. Zasadniczo choroby dają się podzielić na trzy różne grupy: związane z regulacją humoralną, czyli z układem wewnątrzwydzielniczym, związane ze strukturą anatomiczną ciała oraz związane z płaszczyzną psychosomatyczną". – J. Wróbel, *Człowiek i medycyna…,* dz. cyt., ss. 159-161.

[9] „Cierpienie jest reakcją psychiki na zło fizyczne, psychiczne lub moralne. Odczuwanie cierpienia (przykrości, bólu, smutku, napięcia itp.) wynika z tej samej wrażliwości na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne, z jakiej wynika radość i szczęście w sytuacjach pozytywnych. Toteż im większa wrażliwość, tym większa zdolność do przeżywania szczęścia i cierpienia. Z punktu widzenia przyrodniczego cierpienie jest sygnałem obronnym mobilizującym organizm do obrony wobec zagrożenia, tak zewnętrznego, jak i wewnętrznego, jego rozwoju i życia. Spełnia więc pozytywną rolę w granicach, w jakich wyzwala akcję organizmu zmierzającą do usunięcia źródła cierpienia i przywrócenia równowagi. Z punktu widzenia teologii chrześcijańskiej cierpienie jest częścią historii zbawienia. Jako reakcja na zło jest ono wynikiem zaistnienia grzechu wprowadzającego w życie ludzkie zło moralne, a w konsekwencji także zło fizyczne i śmierć. Stary Testament wiele miejsca poświęca cierpieniu. Można przy tym obserwować rozwój w ujmowaniu tego zjawiska: od traktowania wszelkiej niedoli jako kary za grzech do uznania cierpień i nieszczęść człowieka dobrego za nierozwiązywalną tajemnicę. W obliczu cierpienia pozostaje człowiekowi tylko zaufanie Bogu (Księga Hioba). Jezus Chrystus nie przyniósł rozwiązania tajemnicy cierpienia, ale zmienił zasadniczo stosunek do niego. Ogłaszając błogosławieństwa Królestwa Bożego stwierdził, że cierpiący mogą czuć się szczęśliwymi, gdyż właśnie ich udziałem będzie nadchodzące Królestwo Boże". – S. Grabska, *Cierpienie,* w: *Słownik teologiczny,* dz. cyt., s. 92; por. St. Warzeszak, *Etyka opieki paliatywnej,* „Medicus" 1(1992) nr 6, s. 31- 32; T. Ślipko, *Granice życia,* Kraków 1994, s. 245.

[10] Jan Paweł II, *List apostolski „Salvifici doloris". O chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia,* Watykan 1984, nr 3. Odtąd List jest sygnowany skrótem SD z odpowiednim numerem.

[11] M. Wandrasz, *Religijność a postawa wobec choroby,* Lublin 1998, s. 30-31.

[12] M. Wilson, *Zdrowie, postawy i wartości,* w: *Sens choroby, sens śmierci, sens życia,* red. H. Bortnowska, Kraków 1993, ss. 102-121.

[13] KKK nr 1500.

[14] J. Kowalski, *Człowiek jako obraz Boży w świetle Konstytucji „Gaudium et Spes",* „Częstochowskie Studia Teologiczne" 1(1973), s. 119.

Lekarz i wspierający go personel często spostrzegają u chorego zdziwienie i przestrach, spowodowane informacją, że prawdopodobnie nie można będzie mu pomóc[15]. Tymczasem praktyczna umiejętność przezwyciężania trudnych sytuacji choroby i niepełnosprawności w większości wypadków jest zapomnianą sztuką, której świat medyczny i służba zdrowia powinna uczyć się na nowo[16]. Wydawane są ogromne sumy pieniędzy na zwalczanie chorób, skracanie cierpienia, minimalizowanie liczby wypadków i innych możliwych do uniknięcia tragedii. W środkach społecznego komunikowania jest promowany higieniczny tryb życia. Pomimo tych działań w społeczeństwie, odporność psychiczna na znoszenie cierpienia jest coraz mniejsza[17]. Ucieczka przed chorobą i związanym z nim cierpieniem sprawia, iż nie poświęca się należytej uwagi tym, którzy umieją podjąć wyzwanie, jakim jest ich własna niemoc[18].

Od zarania ludzkości człowiek poszukuje dróg unikania lub uśmierzania cierpień. Stosuje odpowiednie diety, ćwiczenia fizyczne, lekarstwa ziołowe po to, aby unikać chorób i oddalić starość. Bez względu na to, jak bardzo dba o zdrowie, musi w końcu przyznać, że zdrowy styl życia nie jest gwarancją uchronienia go przed cierpieniem[19].

Ludzkość ustawicznie obawia się choroby. Stąd traktuje ją jako „wroga"[20]. Z. J. Lipowski, psychiatra amerykański, w roku 1970 przedstawia teorię „zmagania się z chorobą". Według niego chorobie towarzyszą procesy emocjonalne, które mają poważny wpływ na zachowanie się chorego. Wśród nich wyróżnia on dwa sposoby zmagania się z chorobą. Pierwszym z nich jest mechanizm obronny, który powstaje u człowieka pod wpływem jej wcześniejszych, trudnych sytuacji życiowych. Druga metoda polega na stosowaniu przez chorego swoistej „strategii" postępowania wobec wyzwania, jakie stanowi choroba. Sposób podejścia do niej ma istotne znaczenie dla chorego i jego lekarza oraz personelu pomocniczego, ponieważ ma on wpływ na motywację i dalszą współpracę. Podjęcie „walki" staje się pozytywnym motywem zmagania z cierpieniem. Lekarz właściwie oceniając stan emocjonalny chorego może zastosować wobec niego najkorzystniejszą psychoterapię[21].

---

[15] „Mówiąc o świecie cierpienia w jego osobowym i wielościowym zarazem znaczeniu, nie można wreszcie nie zauważyć, iż ów świat w pewnych momentach czasu i obszarach miejsc ludzkiego bytowania jak gdyby szczególnie się zagęszcza. Dzieje się to np. w wypadkach klęsk naturalnych, epidemii, katastrof i kataklizmów, różnorodnych klęsk społecznych, jak np. klęska nieurodzaju i związana z nią, albo też z innym jeszcze szeregiem przyczyn, klęska głodu". – SD nr 8.

[16] Jan Paweł II przestrzega, że „w dzisiejszym kontekście kulturowym i społecznym, w którym nauka i sztuka medyczna zdają się tracić swój wrodzony wymiar etyczny, mogą doznawać oni często silnej pokusy manipulowania życiem, z czasem wręcz powodowania śmierci. Wobec istnienia takiej pokusy wzrasta niezmiernie ich odpowiedzialność, która znajduje najgłębszą inspirację i najmocniejsze oparcie właśnie we wrodzonym i niezbywalnym wymiarze etycznym zawodu lekarskiego, o czym świadczy już starożytna, ale zawsze aktualna przysięga Hipokratesa, według której każdy lekarz jest zobowiązany okazywać najwyższy szacunek życiu ludzkiemu i jego świętości". – EV nr 89.

[17] Tenże, *List do moich Braci i Sióstr, ludzi w podeszłym wieku,* „L'Osservatore Romano"(wyd. pol.) 20(1999) nr 12(218), s. 4.

[18] Jan Paweł II, przypominając służbie zdrowia, że otwiera się przed nią „szerokie pole do działania, wyraża serdeczne uznanie tym spośród niej, którzy mają odwagę poświęcić nieco swego czasu ludziom znajdującym się w tak wielkiej potrzebie". – tenże, *Medycyna a prawa człowieka. Przemówienie do uczestników Jubileuszu Lekarzy Katolickich,* OsRomPol. 21(2000) nr 9(226), s. 35-36; por. C. Poel, „Dojrzewając przez cierpienie", Kielce 1999, s. 7; L. Perrin, *Guérir et sauver. Entendre la parole des malades,* Paris 1987, s. 75-89.

[19] EV nr 23.

[20] B. Szymkiewicz-Kowalska, *O różnych sposobach pojmowania choroby,* „Medicus" 1(1992) nr 6, s. 5; por. Jan Paweł II, *Spieszyć z pomocą chorym. Przemówienie do członków delegacji Włoskiej Ligi Walki z Rakiem,* „L'Osservatore Romano"(wyd. pol.) 23(2002) nr 5(243), s. 40.

[21] [b.a.], *Obcowanie z chorobą,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 545; por. G. Chojnacka-Szawłowska, *Kryzys w chorobie nowotworowej,* w: *Psychoonkologia,* red. K. de Walden-Gałuszko, Kraków 2000, ss. 55-

Psychologia podkreśla, że im lepiej poznane są różnorodne czynniki emocjonalne wywołujące zaburzenia zdrowia, tym skuteczniej przezwyciężana jest choroba. Wśród największych zagrożeń wymieniana jest trudność w wyrażaniu przez chorego emocji (szczególnie negatywnych) oraz bezradność. Nie bez znaczenia jest również wpływ jakości jego kontaktów z innymi ludźmi oraz zaspokojenie przez niego potrzeb emocjonalnych[22].

Badania psychologii współczesnej skłaniają do postawienia tezy, że do zdrowia szybciej wraca chory współpracujący z zespołem leczącym i posiadający silną motywację. Przystosowuje się on właściwie do nowych warunków życia. Przy współpracy z terapeutą sam potrafi poradzić sobie z emocjami i konfliktami wewnętrznymi, które przeżywa. Jej nabycie pozwala mu przezwyciężyć poczucie niższości, spowodowane chorobą i uwierzyć w możliwość powrotu do zdrowia[23].

Dla niektórych ludzi dopiero choroba staje się okazją do rozwiązania życiowego problemu, z którym nie potrafili sobie dotąd poradzić. Narastające trudności w pracy i w życiu osobistym sprawiają, że szuka on honorowego wyjścia z przykrej sytuacji. Choroba staje się wiarygodnym i w ich mniemaniu szlachetnym jej usprawiedliwieniem. Do tego rodzaju stanów zaliczane są dolegliwości związane z nadmiernym napięciem psychicznym, wyczerpującą pracą i nieumiejętnością wypoczywania. Zaburzenia te bywają określane jako „ucieczka w chorobę". Dzięki temu chory zostaje niejako usprawiedliwiony przed samym sobą i swoim otoczeniem. Wzbudza on niepokój i zainteresowanie swoimi problemami u bliskich mu osób. Przełożeni w pracy stają się mniej wymagający i okazują więcej życzliwości[24].

W przypadku przejścia ciężkiej choroby w dzieciństwie, wywiera ona długotrwały wpływ na psychikę chorego i jego rodziny. Czasem po wielu latach od zakończenia leczenia, dorosły już człowiek wraca we wspomnieniach do tamtych bolesnych dla niego chwil. Innym razem, nie uświadamiane zranienia z dzieciństwa mają ogromny wpływ na jego życie. Poczucie krzywdy i mniejszej wartości potrafią odebrać choremu radość życia i usprawiedliwiają każdą jego porażkę[25].

J. Kowalczyk podaje, że o doświadczeniach choroby dziecka w wieku do 2 lat niewiele wiadomo. Bez możliwości porozumienia się z nim, jest to praktycznie niemożliwe. Trudno mu wytłumaczyć, czym jest choroba. Nawet obecność matki w szpitalu, karmienie przez nią piersią, jej pieszczoty tylko w niewielkim stopniu łagodzą jego cierpienia. Każdorazowa nieobecność matki sprawia, że ogarnia go większy lęk a cierpienie wzmaga się[26].

70.

[22] B. Szymkiewicz-Kowalska, *O różnych sposobach pojmowania choroby,* „Medicus" 1(1992) nr 6, s. 6.

[23] Tamże.

[24] W. Terlecka przypuszcza, że również „ludzie wygodniccy potrafią wykorzystywać własne dolegliwości, aby korzystać z różnych ulg społecznych z tego tytułu, aby zmuszać otoczenie do świadczenia sobie różnych usług. Takie postawy dają się sprowadzić do «ucieczki w chorobę». Ucieczki od obowiązków, od życia, od odpowiedzialności przed samym sobą. Ludzie o osobowości infantylnej, nierzadko idącej w parze ze sporą dozą sprytu życiowego, wykorzystują swą chorobę dla poprawienia ogólnych warunków życia". – tenże, *Światło życia,* Częstochowa 1999, s. 136.

[25] Wpływ choroby na późniejsze życie dziecka jest trudny do uchwycenia. „Czasem dziecko w ogóle nie jest w stanie go dostrzec. Jest on przede wszystkim skutkiem sytuacji społecznej i przeżyć emocjonalnych związanych z leczeniem. Może przybierać formy urazów psychicznych i przez wiele lat ujawniać się jako wzmożona wrażliwość na określone bodźce kojarzące się z leczeniem i osobami opiekującymi się dzieckiem w trakcie choroby". – J. Formański, *Psychologia,* Warszawa 2000, s. 324; por. J. Barraclough, *Rak i emocje. Praktyczny przewodnik po psychoonkologii,* Warszawa 1997, s. 93. Zalewski snuje refleksję, że „wszelkie możliwe interakcje zachodzące pomiędzy (pierwiastkiem) duchowym a cielesnym muszą pozostać niezbadanymi, a wpływ stanów psychicznych na przebieg procesów organicznych z punktu widzenia teorii nie istnieje. Ujęcie choroby jest więc jednowymiarowe, czysto somatyczne, przez co rozmija się zupełnie z tym, co czuje człowiek, będąc chorym". – tenże, *Chory człowiek. Istota nieznana,* „Sztuka Leczenia" 2(1996) nr 1, s. 19.

[26] M. Smardkiewicz, J. R. Kowalczyk, *Psychospołeczne problemy dzieci z chorobą nowotworową,* „Pedia-

Dziecko w wieku od 2 do 5 lat podejmuje już próby uczenia się samodzielności[27]. Wł. Pilecka uważa, że nauka rozróżnienia przez nie pojęć „zdrowie" i „choroba" cechuje jego rozwój poznawczy[28]. Jednak umieszczone w szpitalu nie potrafi jeszcze zrozumieć, jakie zagrożenia powoduje jego choroba i dlaczego tak ważne jest leczenie. Chce ono, aby nic je nie bolało, a rodzice powinni być blisko niego[29]. Spotykając się z obcymi ludźmi obawia się ich, wydaje mu się, że poczucie jego bezpieczeństwa jest zagrożone. W skrajnych wypadkach lęk ten staje się przyczyną buntu i cofnięcia się w emocjonalnym rozwoju. Wyuczona przez dziecko umiejętność kontrolowania oddawania moczu i kału może zostać zapomniana. Ponadto występują też przejściowe trudności z mówieniem. Staje się smutne, odrzuca personel, czasami rodziców, nie ma ochoty do zabawy i unika rówieśników[30]. Ten rodzaj zaburzeń rozwoju psycholodzy nazywają „regresją"[31].

---

tria Polska" 72(1997) nr 10, s. 960; por. M. J. Hockenberry-Eaton, *Evaluation of child' s perceived self-competence during treatment for cancer,* „Journal of Pediatric Oncology Nursing", 6(1989) nr 3, ss. 55-62; C. R. Pincerton, P. Cushing, B. Sepion, *Childhood cancer management. A partical handbook. Chapman and Hall Medical,* London 1994; J. Formański, dz. cyt., s. 322.

[27] „Bartuś ma 5 rok życia. Pierwszy jego pobyt w szpitalu był dla niego i jego rodziców ogromnym wstrząsem. Ale już na czwartą kurację Bartuś przyszedł tak przygotowany, że nie było problemu z pozostawieniem go na oddziale. Wiedział, że będzie miał takie a takie badania (to nie znaczy, że się ich nie bał). Wiedział, że po punkcji lędźwiowej będzie musiał leżeć przez kilka godzin, a potem bardzo skrupulatnie tego przestrzegał. Ale wiedział też z całą pewnością, że po tym wszystkim przyjdzie mamusia i zabierze go do domu. Nie był nigdy oszukiwany, nie obiecywano mu niczego na wyrost, nie mówiono mu, że to nic nie boli. Miał absolutne zaufanie do rodziców". – St. Zdebska, J. Armata, *Udział dziecka i jego zadania w leczeniu nowotworowej choroby krwi,* „Pediatria Polska" 54(1979) nr 8, ss. 912.

[28] Wł. Pilecka, *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Problemy psychologiczne,* Kraków 2002, s. 80.

[29] W czasie pobytu w szpitalu u dziecka w wieku 2-5 lat „dominuje lęk przed bólem i opuszczeniem. Powyżej czwartego roku życia dziecko jest zdolne do oczekiwania na powrót rodziców i podatne na perswazję. Na pobyt w szpitalu może zareagować [...] np. «utratą» umiejętności związanych z treningiem czystości. Na poziomie emocji zahamowaniem rozwoju lub cofnięciem się rozwoju mowy, odmową mówienia, brakiem ochoty do zabawy, «zamrożeniem uczuć». Jest to najlepszy sposób na poradzenie sobie z tą trudną sytuacją. Mimo że czeka na najbliższych, to na ich widok odwraca się i nie odzywa. Na kolejny pobyt w szpitalu reakcje mogą się nasilić albo nie, ponieważ dziecko wraca do tego samego, znanego już otoczenia. Jak barometr odbiera niepokój rodziców. Ich niepokój wzmaga niepokój dziecka. Lękowi rodzice i lekarze unikają rozmów, bagatelizują często zgłaszane przez dziecko problemy, udają, że ich nie słyszą, zapewniają, że wszystko będzie dobrze: «To nic takiego, nie trzeba się przejmować». «Jesteś już duży, nie powinieneś się bać»„. – M. Rogiewicz, *Problemy psychoonkologiczne dzieci i młodzieży,* w: *Psychoonkologia,* red. K. de Walden-Gałuszko, Kraków 2000, s. 105; por. R. Bibace, M. E. Walsh, *Development of children's. Concepts of illness,* „Pediatrics" 66(1980) nr 6, s. 914-915.

[30] Tenże, *Psychologiczno-wychowawcza opieka nad dzieckiem przedszkolnym z nowotworową chorobą krwi,* „Pediatria Polska" 54(1979) nr 8, ss. 915-918; por. tenże, *Udział dziecka i jego zadania w leczeniu nowotworowej choroby krwi,* art. cyt., ss. 911-914; M. J. Hockenberry-Eaton, art. cyt., , ss. 55-62; J. Formański, dz. cyt., s. 322.

[31] „Regresja oznacza formy zachowania właściwe dla wieku młodszego. O tego rodzaju zachowaniu, tj. «regresywnym», mówimy np., gdy duży chłopiec zaczyna płakać, bo nie udało mu się dostać do kina, a więc zachowuje się tak, jak małe dziecko, które spotkał zawód. Regresja przybiera również inną postać, stykamy się z nią, np. gdy uczestnik poważnej debaty, nie mogąc słowami przekonać przedstawicieli partii opozycji wzmacnia swe argumenty pięścią. Zachowanie tego rodzaju wyraża «prymitywizację». Z pewnymi formami regresji spotykamy się u niektórych ludzi chorych. Pacjent przeżywający poczucie zagrożenia wynikające już z samego przeświadczenia o trwającej chorobie, a nadto doświadczający trudności w przystosowaniu się do nowego środowiska, tj. zwłaszcza do szpitala, mogą nieświadomie wracać do form zachowań, które w dzieciństwie prowadzą do zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa. I tak jeżeli chory przejawia nastawienie bierne, oczekuje rady i pomocy nawet w drobnych sprawach codziennych, żywo reaguje na zainteresowanie jego osobą, na oznaki serdeczności, czynności pielęgnacyjne, na gesty i słowa opiekuńcze, to zachowanie

Dziecko nieco starsze, w wieku od 6 do 8 lat, posiada już co prawda wykształcony zmysł obserwacji, co pozwala mu na ocenę zdarzeń, jednak nie potrafi jeszcze ocenić obiektywnie w pełni swojej sytuacji. W rodzinnym środowisku czuje się bezpiecznie, co jest zrozumiałe. Natomiast w szpitalu traci tę równowagę wewnętrzną i zazwyczaj reaguje złością na wszelkie niedogodności życiowe. Pomimo dobrego z nim kontaktu, podejmowane próby wytłumaczenia mu konieczności pobytu w szpitalu zazwyczaj są odbierane przez nie jako coś złego[32].

Dziecko w wieku szkolnym, od 9 do 12 lat, jest szczególnie wrażliwe i podatne na zranienia psychiczne. Posiada już większą możliwość oceny sytuacji, w jakiej się znajduje. Rozumie też, jakie są konsekwencje jego choroby[33]. Jednak naruszenie jego wewnętrznego świata, poprzez ingerencję pracowników służby zdrowia, w wielu wypadkach wywołuje agresję[34]. Często przeżywa poczucie

---

tego rodzaju przemawia za pewną «regresją». Ale nie wystarczy dokonać podobnego spostrzeżenia. Lekarz powinien zadać sobie pytanie, dlaczego pacjent okazuje takie właśnie nastawienie i w jakiej mierze potrzeba doznawania opieki wyraża pośrednio lęk. To zbliżenie się do poznania przyczyn regresji nie może oczywiście pozostać bez wpływu na sposób i kierunek oddziaływania psychoterapeutycznego. Regresja niejednokrotnie postępuje zbyt daleko, co przejawia się w utrwalaniu nastawienia biernego. Przeciwdziała temu umiejętne postępowanie lekarza, który stopniowo i w sposób zindywidualizowany, ułatwia pacjentowi przyjęcie roli człowieka współdziałającego z lekarzem, a nie tylko oczekującego biernie na jego pomoc i emocjonalne wsparcie". – M. Jarosz, *Psychologia lekarska,* Warszawa 1983, s. 148; por. [b.a.], *Regresja,* w: *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN,* dz. cyt., t. V, s. 481-482.

[32] M. Smardkiewicz, J. R. Kowalczyk, *Psychospołeczne problemy dzieci z chorobą nowotworową,* art. cyt., s. 960; por. M. J. Hockenberry-Eaton, art. cyt., ss. 55-62; J. Formański, dz. cyt., s. 322; E. Szweda, J. Armata, *Sposoby radzenia sobie z chorobą i leczeniem podejmowane przez dzieci z nowotworowymi chorobami krwi,* „Pediatria Polska" 71(1996) nr 8, ss. 655-658.

[33] „Rezultaty badań prowadzonych w latach osiemdziesiątych przez E. C. Perrin i P. S. Gerrity oraz w latach dziewięćdziesiątych przez zespół L.S. Berry'ego potwierdziły prawidłowości rozwoju rozumienia pojęć «zdrowia» i «choroby». [...] Porównanie wyników badań z lat siedemdziesiątych i dziewięćdziesiątych ukazuje nieznaczne przyspieszenie w rozwoju rozumienia pojęcia «choroby» w wieku dorastania. Większość współczesnej młodzieży wyjaśnia istotę choroby zgodnie z naukowym jej pojmowaniem. Ponadto współczesne dzieci w wieku przedszkolnym, zarówno chore, jak i zdrowe, odrzucają złe zachowanie jako przyczynę choroby. Według K. Springer (1994) w większości są przekonane, że zakażenie jest główną drogą prowadzącą do choroby. Dzieci w wieku szkolnym wyraźnie różnicują choroby somatyczne i zaburzenia psychiczne, wskazując za przyczynę pierwszych czynniki fizyczne, zaś drugich – uwarunkowania środowiskowe (np. częste oglądanie telewizji). Osoby chore somatycznie powinny być otoczone opieką medyczną, podczas gdy osoby z problemami psychicznymi innego rodzaju pomocą". – Wł. Pilecka, *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Problemy psychologiczne,* dz. cyt., s. 81-82; por. E. C. Perrin, P. S. Gerity, There's. *A demon in your belly. Children understanding of illness,* „Pediatrics" (1981) nr 67, ss. 841-849; L. S. Berry, J. R. Hayford, C. K. Ross, L. M. Pachman, J. V. Lavigne, *Conceptions of illness by children with juvenile rheumatoid arthritis. A cognitive developmental aproach,* „Journal of Pediatric Psychology" (1993) nr 18, ss. 83-97.

[34] M. Jarosz wyjaśniając czym jest „agresja", w rozumieniu psychologicznym, opisuje postawy takiego zachowania. „Chłopiec, w związku z nieustępliwą postawą rodziców i obawą, że koledzy wyśmieją go, nazywając małym i bojaźliwym, zachowuje się wobec rodziców arogancko i opryskliwie. Sumienny i pracowity urzędnik, dla którego biuro jest najważniejszym terenem działania, zostaje nagle ostro i niesłusznie skrytykowany przez nowego szefa. Ta niespodziewana krytyka oznacza m.in. utratę nadziei na oczekiwany awans, budząc poczucie krzywdy i gniewu, gniewu, który znajduje ujście w napastliwej reakcji słownej wobec przełożonego". Agresja z przemieszczeniem występuje wówczas, „jeśli dziecko nie mogąc wyjednać zgody rodziców. A więc nie mogąc pokonać przeszkody, skierowuje swoją złość na młodsze rodzeństwo lub niszczy przedmioty, które wpadły mu w rękę. Agresja bowiem bynajmniej nie zawsze skierowana jest na przeszkodę, bywa to zbyt ryzykowne. Doświadczenie skłania do zwrócenia gniewu w inną stronę. Jeżeli tak się dzieje, mówimy o agresji z przemieszczeniem. A za niepowodzenie w biurze, wracając do poprzedniego przykładu, cierpi wówczas młodszy kolega, który niebacznie zjawi się po wypowiedzeniu przez szefa przykrych uwag". – M. Jarosz, *Sytuacje trudne oraz ich wpływ na stan psychiczny,* art. cyt., s. 147.

winy. Swoją zaś chorobę odbiera jako karę za niewłaściwe zachowanie i myślenie. Kiedy nie potrafi przeciwstawić się trudnościom związanym z leczeniem, wpada w depresję, która w skrajnych przypadkach jest powodem do usiłowania popełnienia samobójstwa[35]. Zmiany w wyglądzie ciała spowodowane chorobą (brak włosów, w przypadku m.in. zastosowania chemioterapii, rozstępy skórne, krwiaki, owrzodzenia itp.) przyczyniają się do przeżywania poczucia własnej niższości wobec zdrowych rówieśników. W konsekwencji prowadzi to do unikania kontaktów z nimi i sprawia, że dziecko czuje się opuszczone[36].

Bez względu na wiek dziecka w każdym wypadku pierwsze chwile jego pobytu w szpitalu mają decydujący wpływ na dalsze leczenie. Tu czuje się ono nieswojo. Spotyka przecież obcych ludzi. Po raz pierwszy widzi nieznane i groźnie wyglądające urządzenia medyczne. Zmagając się ze strachem i bólem podejmuje wciąż nowe próby przyjęcia warunków, w których się znalazło. Wymaga to od niego poważnego emocjonalnego zaangażowania. W takiej sytuacji dojrzewa ono psychicznie szybciej niż jego rówieśnicy[37].

Dorośli uświadamiają sobie, że działania lecznicze, mimo ich dobrej woli, odbierane są przez dzieci boleśnie. Przy współczesnych założeniach opieki medycznej, wyjątkowo trudno jest tę sytuację zmienić na lepszą. Liczba personelu jest wciąż zbyt mała w relacji do ilości chorych. Warunki lokalowe, które zapewniałyby możliwość całodobowego przebywania matki z dzieckiem, dostępne są tylko niektórym nowoczesnym szpitalom i to nie na wszystkich oddziałach. Wiele doniesień medycznych opisuje skuteczną i kompleksową, zwłaszcza przeciwbólową opiekę nad dzieckiem. Najważniejszą jednak rzeczą jest obecność przy nim kochających go rodziców. Bez ich bliskości nawet najsilniejsze leki przeciwbólowe i uspokajające nie pomagają. Brakuje bowiem miłości, którą doświadczeni pediatrzy nazywają witaminą „M"[38].

W czasie trwania intensywnego leczenia i podejmowania licznych prób ratowania życia dziecka służba medyczna, z konieczności (m.in. z powodu ograniczeń finansowych), rezygnuje z zaspokajania wielu jego duchowych potrzeb. Toteż świat dziecięcych marzeń i przeżyć zostaje brutalnie naruszony. Wtargnęli bowiem do niego dorośli, podejmując rozpaczliwą próbę ratowania życia dziecka. Postawa taka nie jest oczywiście spowodowana złą wolą zespołu leczącego lub brakiem

[35] „W części przypadków obniżenie nastroju zaznacza się szczególnie wyraźnie i dlatego wyróżnia się niekiedy «nerwicę depresyjną», ale nie jest to stanowisko powszechnie uznawane. Budzi również zastrzeżenia nazwa. Depresja bowiem oznacza zasadniczo psychotyczny zespół depresyjny, m.in. jedną z psychoz reaktywnych oraz fazę depresyjną cyklofrenii. W przypadkach natomiast obniżonego nastroju jako objawu nerwicowego, nawet jeżeli jest to objaw wiodący, właściwsze jest określenie przygnębienie. Przygnębieniem (fizjologicznym) nazywamy również obniżenie nastroju u człowieka zdrowego". – M. Jarosz, *Psychologia lekarska*, dz. cyt., s. 195; por. J. Rola, *Depresja u dzieci*, Kraków 2001, s. 15-20; K. Stark, *Childhood Depression. School Based Intervention*, New York 1990; E. Pużyńska, *Depresje i choroby afektywne u dzieci i młodzieży,* w: *Depresje*, red St. Pużyński, Warszawa 1988, ss. 311-328.

[36] M. Smardkiewicz, J. R. Kowalczyk, *Psychospołeczne problemy dzieci z chorobą nowotworową,* art. cyt., s. 960; por. M. J. Hockenberry-Eaton, art. cyt., ss. 55-62; J. Formański, dz. cyt., s. 322.

[37] E. Szweda, J. Armata, *Sposoby radzenia sobie z chorobą i leczeniem podejmowane przez dzieci z nowotworowymi chorobami krwi,* „Pediatria Polska" 71(1996) nr 8, s. 656; por. I. Satora, *Lęk przed chorobą w ujęciu koncepcji psychologicznych człowieka,* „Pielęgniarstwo" 2000 (1996) nr 3, ss. 11-13; H. Wadraszko-Łyskowska, *Stresy psychologiczne w zetknięciu z instytucją leczącą,* „Polski Tygodnik Lekarski" 30(1975), ss. 1421-1429; Y. Nir, B. Maslin, *Psychologiczne przystosowanie dzieci z chorobą nowotworową,* w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 190-204; St. Zdebska, J. Armata, *Udział dziecka i jego zadania w leczeniu nowotworowej choroby krwi,* art. cyt., ss. 911-914.

[38] T. D. Elkin, S. Phipps, R. K. Mulhern, D. Fairclough, *Psychological functioning of adolescent and young adult survivors of pediatric malignancy,* „Medical and Pediatric Oncology" 29(1997) nr 6, s. 582-588; por. J. Formański, *Psychologia,* dz. cyt., ss. 321-362; E. Pomaska-Skrzypczak, *Dziecko w szpitalu. Krajowy Fundusz na Rzecz Dzieci*, Warszawa 1992.

wiedzy, tak po prostu brakuje im sił. To wszystko sprawia, że źródeł sytuacji stresowych jest zbyt wiele[39]. Dziecko zaś stanowi szczególną grupę pacjentów narażonych na ich działanie[40]. W długotrwałym procesie leczenia dziecka w sposób nieunikniony powstają napięcia, które stanowią dla niego wielorakie zagrożenia, a mianowicie biologiczne, psychiczne i społeczne[41]. Zagrożenie organizmu jest spowodowane rozwijającą się chorobą, a także powstającymi pod wpływem stresu psychicznego zmianami w narządach. Kiedy objawy te stają się zauważalne, skupia się ono na nich. W takiej sytuacji nikt nie może mu w pełni pomóc, ponieważ kochające je osoby, które w prosty sposób mogłyby mu wiele rzeczy wytłumaczyć, pozostały w domu. Obok niego nie ma kolegów, koleżanek, ulubionych zwierząt i zabawek. Sala szpitalna w niczym nie przypomina jego pokoju, rodzinnego mieszkania z wielu życzliwymi, ani nawet szkolnej sali z kolegami i koleżankami oraz personelem nauczycielskim[42].

Jest wiele czynników wpływających na wielkość lęku u dziecka[43]. Najważniejszym spośród nich jest zachowanie się rodziców. Wiedza dziecka o jego stanie zdrowia jest następnym ważnym czynnikiem w radzeniu sobie z trudną sytuacją. Większość autorów jest zgodnych w tym, że starsze dzieci są świadome zagrożeń związanych z chorobą i w związku z tym odczuwają niepokój. U dzieci poniżej 5 roku życia niepokój ten wynika raczej z poczucia osamotnienia. W przypadku dzieci w wieku szkolnym nie ma jednakowych poglądów[44]. Niektóre obserwacje kliniczne wskazują, że dziecko znające swoją diagnozę charakteryzuje mniejszy niepokój. Rodzice zaś, którzy umieją opanować swoje emocje są dla niego bardzo silną podporą. Jeśli jednak ich lęk jest łatwo przez

[39] Według Wł. Pileckiej „choroba przewlekła jako zdarzenie negatywne przekształca sytuację życiową dziecka w taki sposób, że napotyka ono trudności w realizacji swoich potrzeb rozwojowych z powodu ograniczeń i wymagań związanych z tą nową sytuacją. Normalne potrzeby w interakcji z ograniczeniami wynikającymi z choroby wyzwalają narastający stopniowo stres i stwarzają coraz to nowe wymagania. Dziecko i jego otoczenie muszą dokonać oceny tych wymagań, ustosunkować się do nich emocjonalnie i podjąć pewne działania zaradcze, aby nadal skutecznie realizować swoje zadania życiowe". – tenże, *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Problemy psychologiczne,* dz. cyt., s. 86.

[40] I. Traugott, A. Alpers, *In their own hands: adolescent's refusals of medical treatment,* „Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine" (1997) nr 9, ss. 922-927.

[41] „Rozwojowy model stresu w okresie dzieciństwa i dojrzewania ma charakter hipotetyczny, wymaga weryfikacji empirycznej. C. E. Lewis, J. M. Siegel i M. A. Lewis w roku 1984 próbują ustalić źródła dziecięcego stresu, zadając uczniom piątej i szóstej klasy pytanie. «Co zdarza się wtedy, gdy czujesz się źle, jesteś nerwowy lub zmartwiony?» Na podstawie odpowiedzi przedstawiają listę 20 stwierdzeń z najczęściej wskazywanymi źródłami stresu i następnie proszą 2400 uczniów z klasy piątej o jej wypełnienie. Analiza czynnikowa pozwala wyróżnić trzy główne źródła doświadczeń stresowych amerykańskich dzieci, do których należą konflikty z rodzicami generujące lęk, obraz samego siebie i relacje rówieśnicze, częste zmiany zamieszkania. Żadne z badanych dzieci nie wskazuje negatywnego zdarzenia jako przyczyny stresu. Tym samym więc rozumienie stresu dziecięcego, zdaniem autorów, w kategoriach zdarzeń negatywnych niekoniecznie jest podejściem słusznym i nie ułatwia zrozumienia tego zjawiska". – Wł. Pilecka, *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Problemy psychologiczne,* dz. cyt., s. 87; por. C. E. Lewis, J. M. Siegel, M. A. Lewis, *Feeling bad. Exploring sources of distress among pre-adolescent children,* „American Joural of Public Health" (1984) nr 74, ss. 117-122.

[42] E. Szweda, J. Armata, *Sposoby radzenia sobie z chorobą i leczeniem podejmowane przez dzieci z nowotworowymi chorobami krwi,* art. cyt., s. 656; por. I. Satora, *Lęk przed chorobą w ujęciu koncepcji psychologicznych człowieka,* art. cyt., ss. 11-13; H. Wadraszko-Łyskowska, *Stresy psychologiczne w zetknięciu z instytucją leczącą,* art. cyt., ss. 1421-1429; Y. Nir, B. Maslin, *Psychologiczne przystosowanie dzieci z chorobą nowotworową,* art. cyt., ss. 190-204; St. Zdebska, J. Armata, *Udział dziecka i jego zadania w leczeniu nowotworowej choroby krwi,* art. cyt., ss. 911-914.

[43] M.B. Pecyna, *Dziecko i jego choroba,* Warszawa 2000, s. 37-38.

[44] J.J. Spinetta, *Wzory komunikacji w rodzinach dotkniętych chorobą zagrażającą życiu,* w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 205-207; por. H. Lewer H., J. Robertson, *Opieka nad dzieckiem,* Warszawa 1990, s. 75.

nie odkrywany, to szybko się mu udziela[45]. W takich sytuacjach J. Armata radzi rodzicom, by naprzód wyciszyli swe emocje, w kaplicy szpitalnej[46]. Wyczuwalny niepokój personelu szpitala nie mniej wpływa na chore dziecko niż strach jego rodziców. Wszelki pośpiech i nerwowość wzbudzają podejrzenie, że „coś musiało się stać"[47].

U młodzieży powoli uzyskującej dojrzałość fizyczną i emocjonalną, personel szpitalny dostrzega szczególne problemy związane z uzmysłowieniem sobie choroby. Podobnie jak u dzieci, świadomość zagrożeń, jakie powoduje choroba i leczenie, dość często doprowadza do zniechęcenia a nawet depresji. Długo trwająca rezygnacja stopniowo prowadzi do osłabienia kontaktów emocjonalnych z otoczeniem. Często nie widzą oni potrzeby leczenia i nie zdają sobie sprawy z tego, że brak klinicznych objawów nie oznacza poprawy ich zdrowia. Takim chorym trudno jest wyjaśnić sposób postępowania lekarskiego, toteż wielokrotnie dochodzi do sporów o podejmowane decyzje. Ten wiek charakteryzuje chwiejna równowaga psychiczna[48].

Dorosły reaguje podobnie jak starsza młodzież, ale kolejne fazy jego zmagań z chorobą są dłuższe, a towarzyszące im przeżycia bardziej intensywne[49]. Nie mając specjalnego wyboru, najczęściej zaczyna bronić się sam, stosując mechanizmy opisywane przez psychologię jako „adaptacyjne"[50].

---

[45] J. Nir, B. Maslin, *Psychologiczne przystosowanie dzieci z chorobą nowotworową,* art. cyt., ss. 190-204; por. S. Zdebska, J. Armata, *Udział dziecka i jego zadania w leczeniu nowotworowej choroby krwi,* art. cyt., ss. 911-914.

[46] Prof. dr hab. Jerzy Armata jest emerytowanym Kierownikiem Kliniki Onkologii i Hematologii Dziecięcej Polsko-Amerykańskiego Instytutu Pediatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

[47] J. Nir, B. Maslin, *Psychologiczne przystosowanie dzieci z chorobą nowotworową,* art. cyt., ss. 190-204.

[48] Tamże; por. T. Baradon, V. Sinason, S. Yabsley, *Assessment of parents and young children,* „Health and Development" 25(1999) nr 1, ss. 37-53. „U niektórych dzieci, zwłaszcza z ciężkim przebiegiem choroby, zachodzą zmiany polegające na przekształcaniu obrazu własnego «ja». To jest «ja idealnego», tak że wzorzec ten staje się bliższy rzeczywistości, bliższy «ja realnemu». Nie oznacza poddania się czy rezygnacji z ogółu dotychczasowych dążeń, lecz obniżanie pewnych wymagań i substytucję celów nieosiągalnych celami dostępnymi. Tego rodzaju zmiany mimo choroby stwarzają realne możliwości przystosowania do życia, nie pozbawiając pacjenta zasłużonego poczucia własnej wartości. Ta zmiana hierarchii celów bynajmniej nie znaczy, że stają się one z zasady «gorsze». Stają się inne, co również dobrze może oznaczać wzbogacenie osobowości. Pacjent może czerpać satysfakcję z pokonywania poważnych trudności, ale takich zarazem, które jest w stanie przezwyciężyć, co dotyczy np. systematycznego udziału w długotrwałych zajęciach usprawniających. W przypadku dziecka ono świadomie i planowo dokonuje reorganizacji swoich postaw, celów, sposobów działania. [...] W rzeczywistości zarysowany proces jest tylko częściowo uświadamiany, podobnie jak to ma miejsce wobec funkcjonowania naszych mechanizmów obronnych osobowości. Nie zmienia to jednak w niczym faktu, że dzieci pozostają, w tym okresie pewnych przemian, w długotrwałej i skrajnej sytuacji stresowej. Sytuacja ta może wieść do reakcji nerwicowych wzmożonej pobudliwości, wybuchów gniewu i działań agresywnych, a więc do tego właśnie, co dorośli tak łatwo nazywają «trudnościami wychowawczymi», jakby posłużenie się tą nazwą cokolwiek tłumaczyło". – M. Jarosz, *Psychologia lekarska,* dz. cyt., s. 374.

[49] „Choroba jest zawsze sytuacją emocjonalnie trudną, ponieważ stanowi zagrożenie dla chorego. Może ona zakłócać lub uniemożliwiać jego sprawne działanie, a nawet zagrozić jego życiu. W chorobie utrudnione są czynności zmierzające do zaspokojenia osobistych potrzeb. Chory najczęściej jest pozbawiony pełnego dostępu do dóbr materialnych i duchowych. Stąd też wynika stan przeciążenia systemu nerwowego i wzmożona aktywność mechanizmów obronnych usiłujących przywrócić wewnętrzny ład". – Jarosz, *Psychologia lekarska,* dz. cyt., s. 141; por. I. Satora, *Lęk przed chorobą w ujęciu koncepcji psychologicznych człowieka,* „Pielęgniarstwo 2000" (1996) nr 3, s. 11; J. Formański, dz. cyt., ss. 178-186.

[50] Do mechanizmów obronnych zalicza się m. in. racjonalizację, projekcję, wyparcie, tłumienie, identyfikację, kompensację, nadkompensację, sublimację, idee nadwartościowe, fantazjowanie, reakcje upozorowane. – M. Jarosz, *Psychologia lekarska,* dz. cyt., s. 152.

Pierwszą reakcją chorego dorosłego jest zwykle zaskoczenie i przejściowa złość na wiadomości o podejrzeniu pojawienia się ciężkiej choroby. Etap ten charakteryzuje niepokój emocjonalny i rozdrażnienie. Dochodzą do tego dolegliwości rzekomo nerwicowe. Przeżywa strach o swój stan zdrowia. Toteż pragnie uciec tam, gdzie czułby się bezpiecznie[51].

Rozładowanie sytuacji konfliktowej przynosi ulgę a w konsekwencji prowadzi do opamiętania się. U niektórych chorych bunt staje się trwale zakorzenioną postawą, która niszczy więzi międzyludzkie i ich samych. Gniew jest emocją, która udziela się opiekunom. Czasami bardziej widoczny jest on u krewnych i personelu niż u niego samego[52].

Chory, zmęczony napięciem związanym z ustalaniem rozpoznania, nierzadko sam próbuje znaleźć równowagę duchową. W zależności od wcześniejszych doświadczeń wewnętrznych, ma do wyboru jedną z trzech dróg. Nierzadko pragnie tzw. „świętego spokoju" nie zważając na to, że inni z tego powodu ucierpią. Liczy się tylko on i jego zdrowie i nikt więcej[53].

Często spotyka się chorego pogrążającego się w apatii, przyjmującego postawę „jakoś to będzie"[54]. Jednak pewna grupa chorych zdobywa pokój poprzez harmonię wewnętrzną. Są oni zdolni do refleksji nad sensem życia. Stawiają sobie konkretne cele. Współpracują z otoczeniem, służbą medyczną szpitala, rodziną i bliskimi. Cechą tej postawy jest osiągnięcie umiejętności chorowania, polegające na uwolnieniu się od wszystkich ciężarów, jakie niesie ze sobą choroba. Jest to stan, w którym stykający się nawet z bardzo ciężko chorym, nie widzą zupełnie jego choroby. Przestaje on być egoistą przerzucającym wszystkie ciężary na otoczenie. Potrafi, w sposób wprost niezwykły, wpływać i wpływa pozytywnie na otoczenie[55].

---

[51] M. Wandrasz, dz. cyt., s. 31; K. Osińska, *Umiejętność chorowania,* w: *Refleksje nad etyką lekarską,* red. K. Osińska, Warszawa 1990, ss. 156-159.

[52] „Złość pod względem typologicznym można podzielić na „wolno napływającą", kiedy pacjent jest zły z powodu niesprawiedliwości, że dotknęła go choroba, i obwinia los lub Boga. „Przemieszczoną", często skierowaną na zespół opiekujący się chorym (zawiera psychiczny mechanizm projekcji). „Usprawiedliwioną", kiedy opóźniono diagnozę lub leczenie przyniosło więcej cierpienia niż pożytku. „Stłumioną", gdy pacjent nie uznaje tego, że jest zły i oczywiście może nie być tego świadomy, ale wyraża to uczucie w sposób pośredni, okazując brak lub niechęć do współpracy, stając się depresyjny, ujawniając objawy somatyczne". – J. Barraclough, dz. cyt. s. 79. „Gniew często bywa ukierunkowany na lekarzy, w czym widoczny jest przejaw mechanizmu obronnego osobowości pacjenta. I nie bez racji, ale wyjaśnienia tego nie można uogólniać. Lekarz powinien strzec się, aby jego własne mechanizmy obronne osobowości nie działały zbyt autonomicznie i aby energicznego protestu występującego przeciwko lekarzowi, pielęgniarce lub badaniom diagnostycznym, nie tłumaczył wyłącznie «przeniesioną agresją», lecz żeby szukał różnych przyczyn zmiany zachowania człowieka, którego leczy. Wyjaśnienia w rodzaju, że «dzisiaj chory jest trochę zdenerwowany» nie wyjaśniają niczego". – M. Jarosz, *Psychologia lekarska,* dz. cyt., s. 254.

[53] M. Szeja, *Problemy psychologiczne w chorobach nowotworowych,* „Polski Przegląd Chirurgiczny" 70(1998) nr 5, s. 541; por. M. Jarosz, *Psychologia lekarska,* dz. cyt., s. 256.

[54] „Apatia jest stanem człowieka, który utracił nadzieję, przestaje dążyć do dotychczasowych celów życiowych i nie próbuje wydostać się z trudnej sytuacji, w której się znalazł. Jest to stan szczególnie niebezpieczny dla człowieka, który go przeżywa, ale zarazem pacjenci zrezygnowani, apatyczni stanowią grupę chorych, która stwarza prawdziwy problem dla osób otaczających ich opieką. Otóż pacjenci nastawieni agresywnie lub zachowujący się w sposób świadczący o regresji, a nawet ci, którzy trwają w stanie fiksacji, utrzymują pewien kontakt z otoczeniem i pragną pewnych zmian tego otoczenia, co pozwala na nawiązanie z nimi określonych relacji, to wobec pacjentów apatycznych nie dysponujemy takimi możliwościami. Nie reagują oni ani na pozytywne ani na negatywne konsekwencje swego postępowania. Zdaje się nie zależeć im na niczym i niczego nie żądają ani nie pragną. Nawiązanie z nimi kontaktu który zapewniłby ich udział w otrzymaniu potrzebnej im pomocy, napotyka na znaczne trudności i wymaga wiele cierpliwości, a nawet i poświęcenia ze strony osób, które się takimi pacjentami opiekują. W żadnym jednak razie pacjentów tych nie można pozostawić z ich nierozwikłanymi problemami i w stanie rezygnacji. Zachodzi potrzeba stosowania umiejętnej psychoterapii". – M. Kulczycki, *Pacjent w szpitalu,* art. cyt., s. 284.

[55] M. Wandrasz, dz. cyt., s. 32-33; por. K. Osińska, *Umiejętność chorowania,* w: *Refleksje nad etyką lekar-*

„Zaprzeczenie" jest jednym z lepiej poznanych mechanizmów obronnych ludzkiej psychiki. Oznacza ono usunięcie ze świadomości bolesnych lub niewygodnych przeżyć. Wielu stosuje go dla ochrony przed niepokojem i nieprzyjemnościami w codziennym życiu. Tym samym, unikają oni prawdy o sobie i o otoczeniu. Nie istnieje żadna obiektywna metoda oceny zaprzeczenia. Jego pojawienie się sygnalizują inni ludzie. Okresy zaprzeczenia, trwające krótko, występują po pierwszych informacjach o ciężkiej chorobie lub jej nawrocie. Taki stan trwający dłużej, powoduje nierealne podejście do choroby i leczenia, a nawet zakwestionowanie diagnozy. W przypadku niepowodzenia w leczeniu i nagłego pogorszenia się stanu zdrowia, dochodzi do kryzysu psychicznego, spowodowanego uświadomieniem sobie sytuacji, w jakiej chory się znalazł[56].

Odrzucanie prawdy o swoim stanie zdrowia, często stosuje chory nieuleczalnie. Zachowuje się tak, jak gdyby nic się nie działo, choć zagrożenie życia jest u niego bardzo poważne[57]. Wytrzymałość na depresję i niepokój jest u niego większa niż u osób, które postrzegają rzeczywistość bez zafałszowań. Bywa i tak, że ich równowaga wewnętrzna zostaje u niego brutalnie zakłócona przez nadgorliwy personel, przekonany, że wszyscy chorzy muszą poznać prawdę[58].

Uporczywe trwanie w postawie „zaprzeczania" jest jednak wielorako szkodliwe. Prowadzi ono do opóźnienia rozpoznania, a tym samym uniemożliwia porozumienie z personelem szpitalnym, bliskimi i rodziną. Całkowite zaprzeczanie choroby utrudnia uporządkowanie własnych problemów i przygotowanie się na spotkanie ze śmiercią. Niekiedy obsesyjne zaprzeczanie ustępuje pod koniec życia, aby odsłonić tajemnice serca, kryjące świadomość niesamowitego cierpienia.

Istnieją również inne postawy psychiczne na wiadomość o chorobie. M. Kulczycki nazywa je „pomniejszeniem", „akceptacją" albo „wyolbrzymianiem dolegliwości". „Pomniejszenie" polega na beztroskim traktowaniu informacji o ciężkiej chorobie. Zachowanie takie jest przyczyną stosowania mechanizmu obronnego zwanego „racjonalizacją" lub organicznych zmian w mózgu. Przyjęcie choroby, jeśli nie jest przejawem skrywanej rezygnacji, prowadzi do dobrej współpracy z personelem medycznym. „Wyolbrzymianie" dolegliwości chorobowych prowadzi do lękowej samoobserwacji i subiektywnego nasilenia objawów[59].

J. Makselon wysuwa zastrzeżenia co do podziału reakcji chorych na wiadomość o nieuleczalnej chorobie, przedstawionego przez E. Kübler-Ross (zaprzeczenie i izolacja, gniew, targowanie, depresja, pogodzenie się ze śmiercią). Uważa on, że podział ten nie ujmuje dogłębnie stanu osób bliskich śmierci[60]. Żaden bowiem podział, jego zdaniem, nie odzwierciedla w pełni ludzkich przeżyć, związanych z zagrożeniem życia. Wymienione postawy występują w różnej kolejności i natężeniu u tego samego chorego. Niemniej w każdej z nich występuje bardzo silne pragnienie powrotu do zdrowia i nadzieja, której nie powinien być pozbawiony[61].

Jan Paweł II podaje trzy etapy przezwyciężania choroby: „Uświadomienie" sobie cierpienia bez zafałszowań i w kontekście wszystkich towarzyszących mu okoliczności. Podjęcie próby „akceptacji", która nie jest rezygnacją, ale jest konsekwencją wiary, że Bóg może przemienić zło w dobro. Bowiem cierpienie dobrowolnie przyjęte może stać się „ofiarą" i najpiękniejszym gestem, jaki mo-

---

ską, red. K. Osińska, Warszawa 1990, ss. 156-159; M. Kulczycki, *Pacjent w szpitalu*, w: *Psychologia lekarska*, red. M. Jarosz, Warszawa 1983, ss. 278-281.

[56] J. Barraclough, dz. cyt. s. 79; por. Y. Nir, B. Maslin, *Psychologiczne przystosowanie dzieci z chorobą nowotworową,* w*: Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby*, red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 190-203; M. Jarosz, *Psychologia lekarska*, dz. cyt., s. 249.

[57] B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby,* Kraków 1995, s. 27.

[58] J. Barraclough, dz. cyt. s. 79.

[59] M. Kulczycki, *Charakterystyka sytuacji pacjenta w lecznictwie otwartym,* w: *Psychologia lekarska,* red. M. Jarosz, Warszawa 1983, ss. 262-265.

[60] J. Makselon, *Struktura wartości a postawa wobec śmierci,* Lublin 1983, s. 33.

[61] W. Szewczyk, *Rozumieć siebie i innych. Zarys psychologii,* Tarnów 1994, s. 93; por. A. J. Nowak, *Psychologiczne aspekty nadziei,* w: *Nadzieja w postawie ludzkiej,* red. W. Słomka, Lublin 1992, ss. 79-74.

że uczynić chory wobec Boga i bliźnich. „Te trzy etapy, przeżyte przez każdego, kto cierpi, wedle jego własnego rytmu i otrzymanej łaski, przynoszą zdumiewającą wolność wewnętrzną”[62]. Czyż nie taką właśnie paradoksalną naukę daje Chrystus? „Bo kto chce zachować swoje życie, straci je, a kto straci swe życie z mego powodu, znajdzie je” (Mt 16,25).

Umiejętność przezwyciężania trudnej sytuacji choroby, jest jednym z najważniejszych czynników wspomagających odzyskanie zdrowia. Sztuki tej uczyć się trzeba od lat najmłodszych. Trzeba bowiem pokonywać różnego rodzaju przeszkody życiowe. Jakaś część tych umiejętności jest zapewne wrodzona[63].

Chory łatwiej pokonuje lęk przed chorobą, jeśli może się dzielić z kimś swoimi trudnościami. Stąd R. Sauer uważa, że jest rzeczą dobrą, jeśli posiada on przy sobie kogoś, komu ufa, kto ma czas na słuchanie go. Dodaje również, że dziecko zaufa swojemu bliskiemu opiekunowi, który wykazuje dla niego wiele cierpliwości. Kiedy cierpienie wzmaga się, a leczenie i słowa zawodzą, wystarczy sama obecność kogoś, kto kocha go, wyraża troskę i zainteresowanie i okazuje się w tych chwilach bardziej pomocny niż wiele słów[64].

Po opuszczeniu przez chorego szpitala, nie kończą się jego problemy. Choć jest wyleczony, przez długi czas a nieraz do końca swojego życia, obawia się nawrotu choroby. Obawie tej towarzyszą różnego rodzaju dolegliwości nerwicowe i nieustanna samoobserwacja, czy pojawiły się już pierwsze objawy nawrotu. Jest to rzecz zrozumiała. Bowiem w czasie swojego leczenia widział on wiele podobnych sytuacji. Nadto ciągle wzbogaca swoją wiedzę poprzez oglądanie programów telewizyjnych i czytanie artykułów na temat swojej choroby. I choć jest zdrowy fizycznie, to faktycznie stał się inwalidą psychicznym, zauważa J. Barraclough[65].

Chory, dotknięty najcięższymi chorobami zagrażającymi jego życiu, przeżywa poważne trudności w relacjach międzyludzkich. Wielokrotnie towarzyszy mu negatywne ich nastawienie, które trudno racjonalnie wytłumaczyć. Można tylko przypuszczać, że rekonwalescent wzbudza lęk i obawę, by czasem nie trzeba było zaangażować się w jego sprawy osobiste. W społeczeństwie zakorzenione są błędne informacje na temat rokowania w przypadku wielu chorób, (np. nowotworów, wad serca, przeszczepów itp.). Tym, którzy chorowali na nie lub jeszcze chorują, nie daje się większych szans na wyzdrowienie. Tylko można starać się zrozumieć przyczyny pewnego rodzaju dyskryminacji chorych na nowotwory i inne ciężkie choroby, choć wyleczonych lub podleczonych.

---

[62] Jan Paweł II, *Trzy etapy. Zrozumienie. Akceptacja. Ofiara, Przemówienie do chorych w Lourdes,* w: *Ewangelia cierpienia. Wybór homilii, przemówień i dokumentów,* red. J. Poniewierski, Kraków 1997, s. 74-75.

[63] Z. Juczyński, dzieli czynniki, które mają swój udział w zmaganiu się z chorobą, na „poprzedzające chorobę oraz związane ze spostrzeganiem choroby. Do tych pierwszych zalicza predyspozycje osobowościowe oraz zmienne związane ze statusem społeczno-zawodowym, wiekiem, płcią. Z kolei reakcje na chorobę wiążą się z takimi cechami, jak odporność psychiczna, opanowanie, poczucie własnej wartości oraz skuteczności. Zależą one również od znaczenia, jakie przypisuje jej pacjent”. – tenże, *Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową,* art. cyt., 32.

[64] R. Sauer, *Dzieci wobec cierpienia*, Warszawa 1993, ss. 102-112.

[65] J. Barraclough, dz. cyt., s. 94.

2. Wpływ stanu psychicznego chorego na jego chorobę

Wielu autorów przypuszcza, że istnieje związek pomiędzy rodzajem osobowości[66] człowieka, a zapadalnością na poszczególne choroby. Jednym z pierwszych, który wykazuje udział czynników psychicznych w powstawaniu nowotworów płuc jest David Kissen (1963). Dochodzi on do wniosku, że chorzy mają tendencję do hamowania i ukrywania szczególnie negatywnych emocji. Natomiast E.M. Blumberg i jego współpracownicy (1954) opisują postawy chorych na nowotwory, którzy przez całe życie cierpią z powodu braku perspektyw własnego rozwoju oraz braku zaspokojenia podstawowych potrzeb. Według A. Schultza von Trecka (1953), F. Vestera i G. Henschela (1973) także długotrwałe psychiczne obciążenia, szczególnie wyrzuty sumienia, nieodpokutowane grzechy, przyczyniają się zasadniczo do powstania nowotworu[67].

H. C. Shands pracując jako psychoterapeuta z chorymi na raka odkrył właściwy im psychologiczny wzorzec życia. Podobnie jak O.C. Simonton, czy S.M. Simonton (1989) wyraża przekonanie, że wystąpienie choroby nowotworowej poprzedzone jest wcześniejszą utratą kogoś bliskiego lub rzadziej, czegoś bardzo ważnego. Choroba nowotworowa występuje zwykle w 6-8 miesięcy po osobistej tragedii. Nie każdy jednak, kto boleśnie jest dotknięty przez los, zapada na tę chorobę. Jest to tylko jeden z czynników sprzyjających jej rozwojowi[68].

Wielu autorów jest zgodnych w tym, że na rozwój tej groźnej, jaką jest rak, choroby mogą mieć także wpływ przeżycia w dzieciństwie, czy na późniejszej drodze życiowej[69]. Niestety zbyt mało

[66] „Osobowość jest pojęciem psychologicznym, najczęściej rozumianym bądź jako zbiór względnie stałych cech psychicznych człowieka, różniących go od innych ludzi (teorie cech), warunkujących stałość jego zachowania się, bądź jako system mechanizmów wewnętrznych, warunkujący organizację zachowania się człowieka, jego psychiczną tożsamość, kierunek i sposoby przystosowania się do otoczenia oraz twórczego przekształcania tego otoczenia". – [b.a.], *Osobowość,* w: *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN,* dz. cyt., t. IV, s. 697. M. Jarosz spostrzega, że „na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat pogłębiają się, widoczne już wcześniej, zmiany w ujmowaniu osobowości. Usiłowania psychologów zmierzają do poznania ogólnych zasad funkcjonowania osobowości, osobowości rozumianej coraz częściej jako system kierujący zachowaniem. Jeszcze w latach czterdziestych i później, opisy osobowości sprowadzają się często do opisów charakteru (z uwzględnieniem różnic indywidualnych), temperamentu, woli i uczuć, na ogół bez prób ujęcia scalającego. Dowiadujemy się o trwałych dyspozycjach człowieka, o pozytywnych i niekorzystnych cechach jego charakteru. Jest to obraz, który przypomina mozaikę, natomiast kwestia mechanizmów i organizacji ludzkiego działania pozostaje w cieniu. [...] To właśnie osobowość jest tym złożonym mechanizmem, który warunkuje ukierunkowanie, kontrolę i spójność ludzkiego działania. Rozumienie osobowości w tych kategoriach umacnia się stopniowo, inicjując kierunki dalszych poszukiwań badawczych. Uprzednio jednak, jeszcze w niedawnej przeszłości, dominuje koncepcja widzenia osobowości jako zespołu stałych cech człowieka. Tak sądzi się w okresie intuicyjnej charakterologii, która z początkiem XX wieku zaczyna ustępować miejsca badaniom nad cechami charakteru. Pojęcie cechy utrzymuje się więc i wtedy, to jest we wczesnym okresie psychologii osobowości, zmierzającej głównie do poznania różnic typologicznych charakterów ludzkich". – M. Jarosz, *Psychologia lekarska,* dz. cyt., s. 80-81; por. J. Formański, dz cyt., ss. 112-117; O. Kondáš, *Psychologia kliniczna,* Warszawa 1984, ss. 204-225.

[67] M. Wandrasz, dz. cyt., s. 27.

[68] M. Robinson, *Bioenergetyka i wizualizacja a leczenie raka,* w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 233-235.

[69] Istnieje teoria, „że osobowość, ze względu na charakterystyczne cechy stanowiące o jej „typie» lub „profilu», przesądza o tym, jaka choroba człowiekowi zagraża. Badania zmierzają zatem do poznania różnych «profilów» osobowości. Opisano ich bardzo wiele. A ich nazwy, trudne do zaakceptowania, podobnie jak i niektóre treści z nimi związane, utrzymały się do dzisiaj, to jest takie jak: «osobowość wrzodowca», „osobowość nadciśnieniowca», «osobowość cukrzyka", «osobowość wieńcowa", «osobowość astmatyka», czasem zresztą w przekładach polskich występująca jako «osobowość astmatyczna», i szereg innych. Szczególnie liczne i szeroko znane prace z tego zakresu ogłosiła w roku 1943 Flanders Dunbar konstruując profile

jest danych, aby wskazać na konkretne przyczyny[70]. Natomiast badania potwierdzają przypuszczenie, że osoby zapadające na raka nie potrafią lub nie chcą okazywać emocji, stosując wiele mechanizmów obronnych. Skłaniają one do podjęcia próby opisania sposobu zachowania się ludzi chorujących na nowotwory. Określono go jako typ „C", analogicznie do znanego już typu „A", będącego czynnikami ryzyka choroby wieńcowej serca. K. Wrześniewski uważa, że problemy psychologiczne chorych na serce, oprócz wielu elementów wspólnych z problemami innych chorych, „odznaczają się własną specyfiką. Swoistość ta jest związana z etiologią, rodzajem i przebiegiem choroby oraz wymaganiami, stawianymi w procesie leczenia i rehabilitacji. Tak więc w obrębie chorób układu krążenia istnieje również duże zróżnicowanie problemów psychologicznych, odmienna jest bowiem sytuacja, np. pacjentów z chorobą naczyń kończyn dolnych i chorych z miażdżycą naczyń mózgowych. Należy również pamiętać, że w ramach tej samej jednostki chorobowej, jeśli uwzględni się stopień zaawansowania i przebieg choroby oraz sytuację zawodową i rodzinną pacjenta, problemy każdego chorego będą nieco inne. Innymi słowy, psycholog, pracując z konkretnym pacjentem kardiologicznym, musi rozpatrywać jego trudności indywidualnie"[71].

Typ „B" określany jest jako nieobecność wzoru „A"[72]. Wśród charakterystycznych cech osobowości typu „C" badacze wyróżniają skłonność do zapamiętywania przykrych przeżyć, użalanie się nad sobą, małą zdolność do rozwijania i podtrzymywania przyjaźni, niezdolność do dzielenia się przeżyciami z innymi osobami, niską samoocenę i samoakceptację, tłumienie lęku i agresji. Z badań wynika też, że do najbardziej zagrożonych chorobą nowotworową zalicza się tych, którzy w dzieciństwie nie zaznali miłości, którzy oczekują od otoczenia ciągłej akceptacji, którzy nie mogąc założyć rodziny, żyją samotnie z uczuciem niespełnionych oczekiwań oraz, którzy sami siebie uważają za ludzi „śmiesznych", słabych i niezaradnych[73]. Łatwo podporządkowują się oni innym, unikają podejmowania decyzji i wszelkich konfliktów. W sytuacjach trudnych czują się zagubieni i łatwo popadają w depresję. Przeżyciom tym towarzyszą zaburzenia w układzie neuroendokrynologicznym oraz wtórnie, w immunologicznym, co zwiększa prawdopodobieństwo szybkiego powstawania komórek nowotworowych, rozwoju guza i wystąpienia przerzutów[74].

---

osobowości niemal dla każdej choroby psychosomatycznej, co nawet w bliskim tej autorce ruchu psychosomatycznym wzbudziło głosy powątpiewania i krytyki ze strony A. M. Mordkoff i O. A. Parsons. Jasne stanowisko zajął w roku 1952 F. Alexander stwierdzając, iż «tajemnicza i mglista korelacja pomiędzy osobowością a chorobą nie istnieje, lecz ma miejsce wyraźna zależność pomiędzy pewnymi układami emocjonalnymi a pewnymi reakcjami wegetatywnymi». [...] Na ogół nie wątpi się, że zachodzą pewne zależności między osobowością pacjenta a niektórymi cechami obrazu klinicznego i przebiegu choroby". – M. Jarosz, *Psychologia lekarska,* dz. cyt., s. 213-214; A. M. Mordkoff, O. A. Parsons, *The coronary personality:a critique,* art. cyt., ss. 1-14.

[70] „Julian B. Rotter definiuje sytuację psychologiczną jako złożony układ wzajemnie powiązanych bodźców działających na jednostkę przez określony czas. Bodźce te mogą mieć różny charakter. Mogą to być myśli, wyobrażenia, a także wewnętrzne stany organizmu, takie jak ból, podniecenie czy głód, i nie jest istotne, czy jednostka jest zdolna do ich zwerbalizowania. Ważne jest jedynie to, czy rzeczywiście reaguje ona na te bodźce". – B. Szmigielska, *Społeczno uczeniowa teoria osobowości Juliana B. Rotera,* w: *Klasyczne i współczesne koncepcje osobowości,* red. A. Gałdowa, Kraków 1999, s. 217.

[71] K. Wrześniewski, *O niektórych problemach pracy psychologa z pacjentami kardiologicznymi na przykładzie chorych z zawałem serca,* w: *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych,* red. I. Heszen-Niejodek Warszawa 1990, s. 110.

[72] L. Temoshok, *Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model.,* „Cancer Surveys" 6(1987) nr 3, ss. 721-734.

[73] T. Zakrzewska, *Psychologiczne czynniki ryzyka zachorowania na raka – przegląd badań,* „Przegląd Psychologiczny" 32(1989) nr 4, ss. 1025-1026; M. Wandrasz, dz. cyt., s. 29; M. Muc, K. Madej, J. Wierzgoń, *Choroby nowotworowe a osobowość,* „Magazyn Medyczny" 8(1997) nr 3, s. 43.

[74] M. Muc, K. Madej, J. Wierzgoń, art. cyt., s. 43.

Badania chorych na raka wykazują, że około 40 procent spośród nich, przyjmuje spokojnie wiadomość o chorobie[75]. P. Socha uważa, że trudno jest udzielić jednoznacznej odpowiedzi, co jest powodem tej odporności. Z pewnością na sposób reagowania ma wpływ ich osobowość, wsparcie najbliższych osób, wcześniejsze życiowe doświadczenia i głęboka wiara[76]. U pozostałych 60 procent występują różnego rodzaju zaburzenia emocjonalne i psychiczne. Wśród nich tylko niewielka grupa 12 procent przejawia niegroźne zaburzenia w przystosowaniu się do nowej sytuacji (lęk, obniżenie nastroju), które z upływem czasu mogą ustąpić. Natomiast pozostali cierpią na zaburzenia świadomości wywołane trwałym uszkodzeniem mózgu[77].

Choroba nowotworowa jest postrzegana przez większość chorych jako najwyższe zagrożenie ich życia. Przekonanie to jest fałszywe. Najczęstszą bowiem przyczyną śmierci wśród osób dorosłych są choroby układu krążenia. Strach przed nowotworem przejawia się często w odkładaniu wizyty u lekarza. Chory stojąc przed perspektywą bardzo długiego i niepewnego leczenia, które może zakończyć się śmiercią, ma prawo do głębokich emocjonalnych i duchowych przeżyć. Nie wszystkie więc zaburzenia towarzyszące tym tragicznym przeżyciom, powinny być rozpoznawane jako choroba psychiczna. Takie postępowanie byłoby zbyt dużym uproszczeniem, które w rzeczywistości, uważa K. de Walden-Gałuszko i H. Wikler, krzywdziłoby chorych. Niezależnie od tego, należy sobie uświadomić, że chorzy na chorobę nowotworową wymagają, w porównaniu z ogółem populacji, częstszych interwencji psychiatrycznych[78].

Reakcje psychiczne na wiadomości o własnej sytuacji są złożone. Z tej racji nie można jednoznacznie wskazać źródła zaburzeń emocjonalnych[79]. W czasie choroby nowotworowej występują m.in. dolegliwości nerwicowe, będące wyrazem załamania nerwowego. Zespół objawów, który temu towarzyszy nazywany jest „psychoterminalnym" lub „dezadaptacyjnym". Cierpiącemu na nie sprawia duże kłopoty wykonywanie zwykłych życiowych czynności i porozumiewanie się z innymi. W jego zachowaniu dominuje niepokój i smutek, które są odpowiedzią na przeżycia powodowane przez chorobę. Kiedy objawy te pojawiają się bez żadnej uchwytnej przyczyny, która je wywołała, przyjmują one formę obezwładniającego, długotrwałego lęku i smutku. Istnieją podstawy do rozpoznania zaburzenia nerwicowego lub choroby o wiele cięższej, zwanej depresją[80].

Depresja u chorych na raka jest czterokrotnie częstsza niż u ogólnej populacji i jest najczęściej występującym u nich zaburzeniem psychicznym[81]. Częstość jej występowania jest zróżnicowana i

[75] J. Barraclough, dz. cyt., s. 64.

[76] P. Socha**,** *Wiara jako podstawowy proces psychiczny,* „Sztuka Leczenia" 3(1997) nr 2, ss. 56-58.

[77] K. de Walden-Gałuszko, *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi,* Gdańsk 1996, s. 33; por. M. Jarema, A. Jarema, *Psychiczne aspekty choroby nowotworowej,* „Polski Tygodnik Lekarski" 30(1975) nr 49, ss. 2050-2052.

[78] K. de Walden-Gałuszko, *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi,* dz. cyt., s. 33; H. Wikler, *Medizinische Psychologie. Medizinische Soziologie,* München 1988, s. 199.

[79] „Do czynników prowokujących występowanie zaburzeń emocjonalnych i psychicznych należą stres psychiczny, zła kontrola objawów chorobowych (bólu, duszności, wymiotów), osobowość wrażliwa na zranienie, nie radząca sobie ze stresem, choroba psychiczna w wywiadzie, czynniki biologiczne bezpośrednio wpływające na pracę mózgu, złe stosunki międzyludzkie, utrata osób wspierających w chorobie, inne czynniki życiowe i socjalne nie związane bezpośrednio z chorobą (np. żałoba po bliskiej osobie)". – J. Barraclough, dz. cyt., s. 64.

[80] Tamże. s. 71.

[81] I. Trzebiatowska, *Zaburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej,* w: *Psychoonkologia,* red. K. de Walden-Gałuszko, Kraków 2000, s. 71; por. L. R. Derogatis, G. R. Morrow, J. Fetting, D. Penman, S. Piasetsky, Schmale A. M., *The prevelence of psychiatric disorders among cancer patients,* „Journal of the American Medical Association" (1983) nr 6(249), ss. 751-757.

zależy od rodzaju choroby oraz stopnia jej zaawansowania[82]. Rozpoznanie jej jest trudne. Toteż łatwo ulega przeoczeniu, szczególnie u dzieci. Chorzy bowiem zwierzają się niechętnie[83]. Pewna ich grupa ulega depresji już po pierwszej informacji o ich chorobie. U pozostałych (ponad 50 procent) występuje kilka objawów depresji jednocześnie, w różnym okresie jej trwania. Niewielka ilość chorych onkologicznie (10-20 procent) zapada na depresję utrwaloną[84].

Chorzy w obu rodzajach depresji, tzw. „reaktywnej" i „utrwalonej", cierpią na wzmożoną drażliwość, spowolnienie ruchowe, zaburzenia skupiania się i pamięci, na brak zainteresowań. Trapią ich myśli samobójcze. Myślą o eutanazji[85].

Myśli o odebraniu sobie życia najczęściej bywają połączone z uczuciem rozpaczy i zgorzknieniem. Chory jest przekonany, że w żaden sposób nie może wpłynąć na poprawę swojego zdrowia, w przeciwieństwie do chorego na przykład z chorobą niedokrwienną serca, który próbuje uregulować swój tryb życia. Czuje się on bezradny, a niekiedy nawet «zaznaczony» lub wyłączony ze społeczeństwa. Ma to szczególnie miejsce u kobiety po usunięciu piersi (mastectomia)[86]. Zmiany nastroju u takiego chorego są bardzo częste. W rozmowach zaś dominuje poczucie winy, bezsensu życia, doświadczenie upokorzenia i wstydu. Ocena własnej osoby i wszystkich dokonań życiowych jest negatywna[87]. Cechuje to szczególnie młodego chorego o skłonnościach do egocentryzmu, a także tego, który doświadcza wiele porażek życiowych[88].

Dotknięty chorobą, zagrażającą jego życiu, nie planuje swojej przyszłości, żyje z dnia na dzień idealizując przeszłość. Często można od niego usłyszeć „nic już nie będzie tak, jak dawniej". Odnosi on wrażenie, że czas zatrzymał się w miejscu, a on jest jakby inną osobą, dlatego musi się śpieszyć, by pokonać niewidzialną przeszkodę, która go ogranicza. Jego życie, pomimo olbrzymiego

---

[82] H. Minagawa, Y. Uchitomi, S. Yamawaki, K. Ishitani, *Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study,* „Cancer" (1996) nr 5(78), ss. 1131-1137.

[83] J. Rola, *Depresja u dzieci,* Kraków 2001, s. 52.

[84] J. Barraclough, *Rak i emocje,* dz. cyt. s. 93.

[85] Tamże, s. 97.

[86] I. Trzebiatowska, art. cyt., s. 72; P. Maguir, M. Brooke, A. Tait, C. Thomas, R. Sellwod, *Effect of counselling on physical disability and social recovery after mastectomy,* „Clinical Oncology" (1983) nr 9, ss. 319-324.

[87] „Sensem życia określana jest idea wyrażająca przeświadczenie, że istnieje odpowiedź pozytywna na podstawowe pytania człowieka. Czy życie ma jakiś rozumny cel, czy warto żyć i po co mimo cierpienia i śmierci, mimo nieszczęść, niesprawiedliwości i nienawiści. Pogląd przeciwny temu zamyka się w twierdzeniu, iż życie ludzkie jest absurdalne, gdyż niepodobna mu przypisać jakiejkolwiek zasadnej celowości. Upowszechniły go współcześnie niektóre zwłaszcza nurty egzystencjalizmu (J. P. Sartre). Świadomość sensu życia jest człowiekowi niezbędna do istnienia. Gdy wskutek tragicznych doświadczeń osobistych czy historycznych traci ją, zazwyczaj otwiera się przed nim myśl samobójcza. Przeżywa bowiem wówczas zagubienie wszelkiej racji bycia i znalezienie się w pustce egzystencjalnej. Nie każda jednak racja, utrzymująca człowieka przy życiu, gwarantuje mu rozwój godny jego człowieczeństwa. Są i takie, które je wręcz poniżają i niszczą, choć skądinąd rozbudzają naturalną zapobiegliwość o zachowanie biologicznej witalności organizmu. Wśród takich motywów wyróżniają się np. zdobywanie bogactw materialnych, karierowiczostwo, używanie świata cudzym kosztem, również oddawanie się namiętnościom, handel narkotykami, gry hazardowe, sutenerstwo... Tego rodzaju racje istnienia, jako przyczyniające się do szerzenia zła, w żadnym razie nie wchodzą w zakres idei sensu życia. Ta bowiem obejmuje swym zasięgiem wyłącznie najwyższe wartości Boga, ojczyznę, służbę ludziom... Towarzyszy jej przy tym niezłomna wiara w konieczność splecenia swego istnienia z owymi wartościami w każdej sytuacji, nawet wtedy, gdy miałoby to być połączone z ponoszeniem wielkich ofiar. Głównym zagadnieniem jest dzisiaj nie tyle pytanie, czy życie ma sens, ale jaki ma ono sens, jaki kształt powinno otrzymać, by spełnić głębokie aspiracje człowieka do osiągnięcia pełni człowieczeństwa". – T. Sikorski, *Sens życia,* w: *Słownik teologiczny,* dz. cyt., ss. 448-451.

[88] I. Trzebiatowska, art. cyt., s. 72; por. J. Harrison, P. Maguire, *Influence of age on psychological adjustment to cancer,* „Psychooncology" (1995) nr 4, s. 33-38.

wysiłku, staje się coraz bardziej nieuporządkowane. Z powodu jadłowstrętu traci wagę i siły fizyczne. Cierpienia dopełnia bezsenność z wczesnym porannym budzeniem się, złym samopoczuciem i dolegliwościami bólowymi, zwłaszcza w pierwszej połowie dnia[89].

Powodem smutku chorego bywa najczęściej zaskoczenie, gdy nikt wcześniej nie pomógł mu przygotować się na ewentualność takiej rzeczywistości. Reakcja ta uważana jest za normalną w przypadku ciężkiego zranienia emocjonalnego, jakim jest wiadomość o chorobie, najczęściej nowotworowej[90].

Pracownicy służby zdrowia uważają, że trudne zmagania wewnętrzne chorego sprzyjają przyjęciu samego siebie, dojrzewaniu wewnętrznemu, wybieraniu prawdziwych wartości. Przezwyciężone umacniają go. Stan ten jest o wiele bardziej nasilony i trudniejszy do opanowania, kiedy wyleczona choroba powraca. Nawroty zawsze sprawiają lekarzom, psychologom i duszpasterzom wiele kłopotów terapeutycznych. Jednak, nawrót choroby, choć jest poważnym zagrożeniem zdrowia i życia chorego, to przecież nie przekreśla jego szans na wyzdrowienie. Niektóre objawy fizyczne, typowe dla depresji, są często wynikiem daleko posuniętej choroby. Stąd nie mogą być zbyt pomocne w postawieniu właściwej diagnozy. Niezależnie od tego służba zdrowia winna podejrzewać depresję, jeśli objawy wydają się nieproporcjonalne do stadium zaawansowanej choroby[91].

Chory somatycznie może cierpieć również na zaburzenia psychiczne[92]. Jego reakcja na dolegliwości i całą sytuację choroby jest inna. Chory na schizofrenię jest przeważnie obojętny na swój los. W odróżnieniu do niego, cierpiący na chorobę maniakalno-depresyjną bardziej przejmuje się swoim stanem, więcej w nim lęku i rozpaczy, pogłębionej jeszcze poczuciem bycia ciężarem dla otoczenia, przeżywaniem własnej winy i małowartościowości. Wola życia jest u niego paradoksalnie silna, mimo typowych w tej chorobie tendencji samobójczych[93].

---

[89] I. Trzebiatowska, art. cyt., s. 72-71; por. J. Barraclough, *Rak i emocje*, dz. cyt. s. 93.

[90] G. Chojnacka-Szawłowska, *Kryzys w chorobie nowotworowej,* art. cyt., ss. 56-58; por. W. Breitbart, Suicide, w: *Handbook of psychooncology,* red. J. Holland, J. Rowland, Oxford 1999, ss. 291-300.

[91] G. Chojnacka-Szawłowska, *Kryzys w chorobie nowotworowej,* art. cyt., s. 58; por. G. Sędek, *Jak ludzie radzą sobie z sytuacjami na które nie ma rady?,* w: *Złudzenia, które pozwalają żyć,* red. M. Kofta, T. Szuster, Warszawa 1991, ss. 289-317.

[92] „Zespoły psychotyczne u pacjentów nowotworowych mogą występować w przebiegu towarzyszącej choroby psychicznej (na przykład schizofrenii), która zwykle występuje u pacjenta przed rozpoznaniem choroby nowotworowej. Współistnienie obydwu procesów znacznie utrudnia zarówno proces diagnostyczny, jak i leczniczy z uwagi na problemy ze współpracą chorego. Osoby te pozostają najczęściej pod stałą opieką psychiatryczną. Znacznie trudniejsze problemy medyczne występują w przypadku wystąpienia zaburzeń psychotycznych u osób z chorobą nowotworową, u których uprzednio nie stwierdzano choroby psychicznej. Czynnościowe zespoły psychotyczne najczęściej pod postacią objawów paranoidalnych (halucynacje typowo słuchowe, urojenia prześladowcze i ksobne, rozkojarzenie toku myślenia, pobudzenie psychoruchowe) mogą wystąpić w przebiegu ciężkiej choroby somatycznej bezpośrednio lub pośrednio wpływającej na ośrodkowy układ nerwowy. Także niektóre leki mogą indukować zespoły schizofrenopodobne. [...] W takich przypadkach powinno dążyć się przede wszystkim do wyeliminowania bezpośredniej przyczyny zaburzeń psychotycznych (na przykład odstawienia wywołującego je leku) lub poprawienia stanu somatycznego pacjenta (na przykład poprawy przepływu mózgowego). [...] Osobny problem stanowią psychotyczne zespoły depresyjne. Poza doraźną koniecznością stłumienia niepokoju lub pobudzenia, konieczne jest leczenie. Wspomnieć należy o zespołach paranoicznych z urojeniami hipochondrycznymi. Zdarzają się raczej rzadko w przebiegu choroby nowotworowej. Mogą jednak stanowić swoisty problem diagnostyczny dla lekarzy. Zgłaszający się do niego pacjent jest dogłębnie przekonany o prawdziwości swojej choroby. Przekonania chorego mają dużą dozę prawdopodobieństwa i całkowicie są oporne na perswazję".– I. Trzebiatowska, *Zaburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej,* art. cyt., s. 78.

[93] K. Walden-Gałuszko, *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi,* dz. cyt., s. 42-43.

W okresie poprzedzającym śmierć, u niektórych chorych można zaobserwować reakcję psychiczną, określaną mianem zespołu „majaczeniowo – zamroczeniowego". Stan ten pojawia się nagle. Zaostrza się wieczorem i nocą. W ciągu dnia mija zupełnie lub ustępuje częściowo, dając „przejaśnienia" świadomości. Po przeminięciu zaburzeń chory zwykle nie pamięta tego, co się z nim działo. Typowymi objawami są też zaburzenia postrzegania wydarzeń zewnętrznych (omamy wzrokowe, złudzenia), urojeniowa interpretacja otoczenia, która wynika między innymi z zaburzeń orientacji w czasie, miejscu i własnej sytuacji. Często nie rozpoznaje on najbliższych osób, miejsca w którym się znajduje, przejawia na przemian lęk i nieuzasadnioną agresję[94].

U osoby w starszym wieku mogą wystąpić objawy zespołu psychoorganicznego, otępiennego lub charakteropatycznego. Podłożem organicznym są zmiany degeneracyjne i zanikowe komórek nerwowych, a także przerzuty komórek nowotworowych do centralnego i obwodowego układu nerwowego. W obrazie klinicznym zespołu otępiennego dominuje, zgodnie z jego nazwą, obniżenie poziomu sprawności umysłowej (pojmowania, myślenia, wypowiadania się). W miarę postępu zmian, kontakt z otoczeniem zawęża się do kręgu konkretnych spraw dnia codziennego lub nawet ogranicza się do czynności fizjologicznych. Starsza osoba staje się mało krytyczna w stosunku do własnej sytuacji życiowej[95].

Zaburzenia charakteru, głównie uczuć i woli, występują w zespole charakteropatycznym. Najczęściej występujące objawy to drażliwość, wybuchowość, posunięta czasem do całkowitej utraty samokontroli, duża zmienność nastrojów. Chory z tymi zaburzeniami cierpi na obniżoną zdolność kontroli uczuć własnego zachowania. Z powodu rozluźnienia hamulców moralnych, zmienia się jego zachowanie, czego powodem jest lekceważenie uznawanych norm moralnych. Poziom umysłowy chorego może być zachowany lub obniżony. Krytycyzm w stosunku do swego stanu z reguły jest obniżony[96].

3. Przeżycia związane z informacjami o stanie choroby

Pierwsza wiadomość o własnej chorobie, która może być śmiertelna, budzi przeważnie emocje i powoduje głębokie przeżycia duchowe. Tymczasem stan psychiczny chorego ma niekwestionowany wpływ na przebieg choroby i na leczenie. Według niektórych autorów, 20-30 procent leczonych wymaga pomocy psychologa[97] z powodu zdarzających się stanów lękowych i depresji98. W takich

[94] Tamże.

[95] I. Trzebiatowska, *Zaburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej,* art. cyt., s. 77; por. K. de Walden-Gałuszko, *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi,* dz. cyt., ss. 42-45.

[96] K. de Walden-Gałuszko, *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi,* dz. cyt., s. 44.

[97] L. Mellibruda wyjaśnia, że pomoc psychologiczna najczęściej rozumiana jest jako „terapia psychologiczna". Termin ten „dotąd nie zyskał sobie w fachowej literaturze medycznej należytego miejsca i statusu, co jest zaskakujące w zestawieniu z jego długą historią i powszechnością stosowania. Jeśli przez «terapię psychologiczną» rozumieć wszelkie zamierzone działania lecznicze wykorzystujące bezpośrednio lub pośrednio środki psychologiczne w celu przywracania zdrowia lub zmniejszania ludzkiego cierpienia, to okazuje się, że historia takich form pomocy drugiemu człowiekowi sięga najwcześniejszych okresów rozwoju wspólnoty ludzkiej (Homo sapiens)". – tenże, *Terapia psychologiczna w chorobach somatycznych,* w: *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych,* red. I. Heszen-Niejodek Warszawa 1990, s. 66; por. H.W. Hagard, The doctor in history, New Haven 1934, s. 23; W. Bromberg, *Man above humanity. A history of psychoterapy,* Philadelphia 1954, s. 10.

[98] M. Szeja, *Problemy psychologiczne w chorobach nowotworowych,* „Polski Przegląd Chirurgiczny" 70(1998) nr 5, s. 542; por. L. Fallowfield, *Improving the quality of life in cancer care,* „Cancer Forum" (1995) nr 19, s.129.

chwilach nikt nie powinien pozostać sam[99]. Tym bardziej, że to bolesne doświadczenie zazwyczaj poprzedza długa droga od pierwszego kontaktu z lekarzem do skomplikowanych klinicznych badań[100]. Niemniej wyczerpujące są też dla chorego zmagania duchowe z myślą o konsekwencjach, jakie niesie choroba[101].

Pełne rozpoznanie w niektórych rodzajach chorób trwa tygodniami, chociaż już w ciągu pierwszych kilku dni stawiana jest wstępna diagnoza[102]. Czas ten, pełen wewnętrznych zmagań, najczęściej niewidocznych dla najbliższych, decyduje o dalszej postawie chorego wobec Boga, samego siebie, służby zdrowia, bliskich i procesu leczenia. W chorobie jest on bardziej wrażliwy na docierające do niego informacje niż człowiek zdrowy[103]. Powodem tego jest najczęściej jego osamotnienie, utrata kontaktu z bliskimi i ból somatyczny. Jeszcze do niedawna najbliższe osoby były zaufanymi powiernikami jego tajemnic. W chorobie powoli oddala się on od zdrowych. Problemy, które przeżywa są tak różne od tych, którymi zajmował się do tej pory, że trudno jest mu znaleźć słuchaczy wśród aktywnych, pełnych życia kolegów i koleżanek, rodziny i bliskich. Bliscy mu i przyjaciele, choć próbują go zrozumieć, nie potrafią poznać wszystkich tajników jego serca. W jego życiu

[99] I. Heszen-Niejodek, analizując przeżycia pacjentów leczonych chirurgicznie twierdzi, „że psycholog na terenie chirurgii jest specjalistą bardzo potrzebnym, mającym do wykonania wiele zadań, których tylko część stanowi przygotowanie pacjentów do operacji. Wiadomo jednak, że psycholodzy pracujący na terenie chirurgii wciąż stanowią grupę bardzo nieliczną. Trudno tu rozstrzygać, jakie są tego przyczyny, prawdopodobnie jednak jedną z nich jest postawa chirurgów, którzy niekiedy mając bardzo uproszczone czy wręcz mylne poglądy na temat psychoterapii, uważają, że może być ona prowadzona przez osoby nie mające w tym kierunku żadnego specjalistycznego przygotowania". – tenże, *Problemy psychologiczne i zadania psychologa w chirurgii, w: Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*, red. tenże, Warszawa 1990, s. 139-140.

[100] Jan Paweł II przypomina, że „w pracy służby zdrowia nie wystarcza sama terapia medyczna i środki techniczne, nawet jeśli są stosowane z wzorową kompetencją zawodową. Potrzebna jest umiejętność ofiarowania choremu także owego szczególnego lekarstwa duchowego, którym jest autentyczna, serdeczna relacja międzyludzka. To ono jest w stanie na nowo rozbudzić w pacjencie miłość do życia, skłaniając go do walki o nie i uzdalniając do wewnętrznego wysiłku, który czasem jest decydującym warunkiem wyzdrowienia. Należy pomagać choremu nie tylko w odzyskaniu zdrowia fizycznego, ale także psychologicznego i moralnego". – tenże, *Medycyna a prawa człowieka. Przemówienie do uczestników Jubileuszu Lekarzy Katolickich,* L'Osservatore Romano (wyd. pol.) 21(2000) nr 9(226), s. 35-36.

[101] J. R. Kowalczyk, *Dziecko z chorobą nowotworową,* Warszawa 1998, s. 37.

[102] J. Wróbel spostrzega, że medyczne rozumienie choroby wskazuje na dwa inne jej stany, a mianowicie na stan dolegliwości oraz choroby. W przypadku dolegliwości chodzi o swoiste doświadczenie zaburzenia zdrowia, które jest zasadniczo nieprzekazywalne i w pełni indywidualne. Towarzyszy ono przeważnie chorobie, chociaż jest ona trudna do zweryfikowania czy też jest dopiero w stadiach początkowych. Nie brak jednak przypadków, kiedy w ogóle nie można wykazać związku dolegliwości z jakąś chorobą. Należy jednak zaznaczyć, że z punktu widzenia medycznego występowanie dolegliwości, za którymi nie kryje się określona choroba i które nie mają wyraźnego kształtu, jest czymś nie do przyjęcia. Stąd w przypadku braku wyraźnych przyczyn i jasnego obrazu dolegliwości, ich źródeł szuka się w psychice, łącząc je z „nieadekwatną osobowością". – tenże, *Człowiek i medycyna..,* dz. cyt., s. 162-163.

[103] Pacjenci na ogół „chcą być informowani o rozpoznaniu i przyczynach choroby. Informacje takie, prócz tego, że stanowią spełnienie życzeń pacjentów, odsuwają często nieuzasadnione obawy, że może wchodzić w grę choroba bardzo poważna i rozpraszają poczucie winy spowodowane przypuszczeniami, że choroba jest następstwem własnego niewłaściwego postępowania. Również informacje o dalszym przebiegu choroby i rokowaniu zapobiegają często niepotrzebnym obawom, a ponadto pełnią funkcję pragmatyczną stanowiąc przesłankę do ustalenia planów życiowych chorego na najbliższą przyszłość". – I. Heszen-Klemens, M. Jarosz, *Psychologia lekarska,* dz. cyt., s. 311; por. J. Łuczak, *Cierpienia ciała, psychiki i duszy*, „Magazyn Medyczny" 8(1997) nr 12, s. 37.

bowiem jawi się nieprzyjemne uczucie lęku[104], którego do tej pory nie znał i nie potrafi się nim podzielić[105].

W takiej sytuacji bliskim, a nawet przyjacielem, często staje się drugi chory. Między nimi powoli wytwarza się silna więź uczuciowa. Tym, co ich łączy jest wiara, że wyzdrowieją oraz przeżywane podobne doświadczenia i kłopoty. W obliczu choroby zarówno wierzący, jak i niewierzący znajdują wspólny język. Wrogowie polityczni potrafią przełamać swoje uprzedzenia, ponieważ dzielą jednakowy los. Intuicja podpowiada im, że muszą być razem, choć czasem nie lubią się i z trudem akceptują wzajemne przyzwyczajenia i wady charakteru. Chorzy pomagają sobie wzajemnie, angażują w to nawet swoje rodziny i przyjaciół. Interesują się problemami innych chorych i znają wiele ich tajemnic. Przy korzystaniu z krótkich przepustek, utrzymują ze sobą telefoniczną łączność[106].

Chory po okresie złego samopoczucia, po kolejnych próbach nieudanego leczenia i bagatelizowania objawów przez najbliższych, uświadamia sobie, że jego choroba musi być zapewne bardzo groźna. Gdy przyjęty jest do szpitala, wszystko w nim jest obce i tak niepodobne do rodzinnego środowiska. Służba zdrowia posługuje się specjalistycznym językiem, niezrozumiałym dla niego. Wymiana negatywnych doświadczeń ze współchorymi nie zmniejsza poczucia zagrożenia, lecz je nasila[107].

K. Wrześniewski opisuje sytuację chorego, przyjętego do szpitala z zawałem serca, w następujący sposób: „Duża liczba nie znanych aparatów, pospiesznie działający personel, koncentrujący się wyłącznie na czynnościach instrumentalnych, podanie suchej diagnozy – «ma pan zawał serca»– może uruchomić wiele skojarzeń, prowadzących do niewłaściwej percepcji własnej sytuacji. W powszechnym przekonaniu serce stanowi najważniejszy narząd decydujący o życiu. Z pojęciem «serce» wiąże się również wiele symbolicznych znaczeń. Wszystko to sprawia, że ograniczenie się tylko do podania krótkiej diagnozy, chory może przyjąć jako wyrok. Poczucie to może nie opuszczać go nawet wtedy, gdy bezpośrednie realne zagrożenie utraty życia minęło. Dosyć często w społe-

---

[104] „«Strach» jest emocją występującą zwłaszcza w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia, np. w chwili nagłej utraty równowagi, w momencie zetknięcia się z groźnym przeciwnikiem, przed skokiem z wysokości itp. «Lęk» natomiast ogarnia człowieka przede wszystkim wobec sytuacji, które mogą nastąpić, a więc wobec sytuacji przewidywanych a zarazem ocenianych jako niebezpieczne, groźne, bolesne itp. Na przykład człowieka ogarnia lęk na myśl o zbliżającym się terminie decydującego egzaminu. W szeregu przypadków przyczyna lęku pozostaje nieuświadomiona, tzn. że lęk, wg subiektywnej oceny, jest bezprzedmiotowy; człowiek doznaje lęku, ale nie potrafi wskazać ani określić jego przyczyny". – M. Jarosz, *Psychologia lekarska*, dz. cyt., s. 72; por. I. Satora, *Lęk przed chorobą w ujęciu koncepcji psychologicznych człowieka,* „Pielęgniarstwo 2000 (1996) nr 3, ss. 11-13.

[105] Z. Juczyński, *Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową,* w: *Psychoonkologia*, art. cyt., ss. 23-44; por. Ch. M. Courbasson, N. S. Endler, A. J. Cunningham, *Coping with stress, how do people with cancer do it?*, w: *Advances in health psychology research*, red. W. R. Schwarcer, Berlin 1998, ss. 1-10; I. Heszen-Niejodek, *Radzenie sobie z konfrontacją stresową,* art. cyt., s. 13-26; Z. Juczyński, J. Szamburska, E. Czechowicz, *Informowanie pacjenta o chorobie nowotworowej w opinii i praktyce lekarskiej*, art. cyt., ss. 43-57; W. Terlecka, *Światło życia,* dz. cyt., s. 129.

[106] M. Adamczak spostrzega, że chory często nie może liczyć na pomoc ze strony pracowników służby zdrowia, gdyż koncentrują się oni głównie na biologicznych aspektach choroby. Jego rodzina i przyjaciele przeżywają swoje własne trudności i dylematy związane z opieką nad nim. Stąd w niewystarczającym stopniu są gotowi wspierać chorego. Dostępność, znaczenie i skuteczność pomocy pochodzącej od innych chorych jest zróżnicowana i zmienna. Tymczasem potrzebuje on pomocy i fachowego wsparcia. Wzajemna pomoc pomiędzy chorymi i ich solidarność dostarcza poczucia bezpieczeństwa wynikającego z posiadania wspólnych norm i oczekiwań oraz wzajemnych zobowiązań. – tenże, *Rola stowarzyszeń samopomocy pacjentów z chorobą nowotworową,* w: *Psychoonkologia,* red. K. de Walden-Gałuszko, Kraków 2000, s. 117-118.

[107] K. Wrześniewski*, O niektórych problemach pracy psychologa z pacjentami kardiologicznymi na przykładzie chorych z zawałem serca,* art. cyt., s. 112-113.

czeństwie istnieje bowiem jeszcze przesąd, że człowiek po zawale jest skazany na egzystencję inwalidzką. Przekonanie takie ma również wielu pacjentów, szczególnie w pierwszym okresie zawału, kiedy jest konieczne unieruchomienie. W tym czasie pacjent otrzymuje od lekarza same zakazy. [...] Jeżeli wszystkie te nakazy i zakazy są podawane bez uzupełniającego wyjaśnienia, np. na temat okresowego charakteru niektórych ograniczeń. Jeżeli choremu nie wskaże się odpowiednich perspektyw, to w tych warunkach będzie istniała diametralna różnica w percepcji sytuacji choroby, dokonywanej przez zespół leczący i pacjenta. Zniekształcenie percepcji sytuacji choroby może być pogłębione u pacjenta przez jego pełne uzależnienie od otoczenia szpitalnego"[108].

Chory najczęściej trafia do szpitala z niewłaściwie ukształtowanym obrazem własnej choroby. Przypuszcza, jakie jest rozpoznanie, choć w początkowej fazie leczenia, kiedy diagnoza jest niepewna, nie jest jeszcze w pełni poinformowany przez lekarza. Bywa, że o jej szczegółach dowiaduje się na podstawie wnikliwej obserwacji, a nawet lektury książek medycznych[109].

Przeżycia psychiczne związane z leczeniem chirurgicznym zajmują wyjątkowe miejsce. Wpływa na nie niewłaściwa relacja służby zdrowia do chorego, który w pewnych okolicznościach staje się podporządkowany jej całkowicie. Najczęściej jest on zaniepokojony swoim stanem, ponieważ obawia się zabiegu chirurgicznego i ewentualnych jego powikłań[110]. Warto nadmienić, że również obserwacja cierpienia innych chorych stanowi dla niego poważne obciążenie emocjonalne. „Dowodzą tego badania przeprowadzone w roku 1979 przez K. French. Wśród badanych przez nią chorych czynnik ten jest uznany za zdecydowanie najbardziej nieprzyjemną stronę pobytu w oddziale chirurgicznym. Przy tym nie tylko nie stwierdza przyzwyczajenia do widoku cudzego cierpienia, ale wręcz zależność przeciwną"[111]. Okoliczności te mają tak duży wpływ na chorego, ponieważ jego odporność psychiczna jest zmniejszona wskutek dotkliwego cierpienia lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia[112].

---

[108] K. Wrześniewski, *O niektórych problemach pracy psychologa z pacjentami kardiologicznymi na przykładzie chorych z zawałem serca,* art. cyt., s. 112-113; por. Z. Juczyński, *Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową,* art. cyt., ss. 24-26; M. Jarema, A. Jarema, *Psychiczne aspekty choroby nowotworowej,* „Polski Tygodnik Lekarski" 30(1975) nr 49, ss. 2050-2052.

[109] J. Łuczak, A. Roszak, *Co wiedzą o swojej chorobie pacjenci leczeni w szpitalu onkologicznym,* „Nowotwory", 40(1990) nr 1, s. 66.

[110] „Informacje mogą mieć szczególnie duży wpływ na chorego w przypadku zabiegów chirurgicznych wykonywanych w ginekologii. Sugestia usunięcia narządów rodnych, a mianowicie macicy i przydatków jest powodem niepokoju u kobiety. Perspektywa utraty możliwości rodzenia najczęściej wywołuje wstrząs psychiczny. Na przeżycia te ma również duży wpływ powszechne przeświadczenie o utracie fizycznych cech kobiecości, a co za tym idzie utracie atrakcyjności i możliwości pożycia seksualnego. Na podstawie badań przeprowadzonych w roku 1980 przez W. Kokoszkę w grupie 100 kobiet przygotowywanych do zabiegów ginekologicznych prawie wszystkie wyrażają głęboki żal powodowany utratą narządów rodnych. Wśród nich około 90% obawia się o swoje zdrowie, a także o szybsze starzenie się i zdolność do współżycia płciowego. Większość z nich nie życzyła sobie, aby informowano męża o wielkości zabiegu. Postawa ta wskazuje na duży lęk i niepewność chorych. Informowanie kobiet o tego rodzaju okaleczających zabiegach wymaga szczególnego przygotowania ze strony służby zdrowia i taktu. Ogólnie ujmując, w przypadku zabiegów ginekologicznych obowiązują te same zasady, co w innych zabiegach chirurgicznych, jednak ze szczególnym uwzględnieniem wrażliwości kobiety". – M. Motyka, *Niektóre aspekty pracy psychologa w ginekologii i położnictwie,* w: *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych,* red. I. Heszen-Niejodek Warszawa 1990, s. 148-149; tenże, *Zapotrzebowanie chorych przebywających w szpitalu na informacje o własnej chorobie i stosowanym leczeniu,* „Polski Tygodnik Lekarski" 39(1984) nr 3, ss. 75-77; G. Dolińska, *Poradnictwo psychologiczne dla pacjentek oddziałów ginekologicznych,* „Acta Universitatis Wratislaviensis" (1980) nr 608, ss. 109-126; W. Kokoszka, *O konieczności zapobiegania urazom psychosomatycznym spowodowanym dużymi operacjami ginekologicznymi,* „Polski Tygodnik Lekarski" 35(1980) nr 3, ss. 89-91.

[111] I. Heszen-Niejodek, *Problemy psychologiczne i zadania psychologa w chirurgii,* art. cyt., ss. 128-129.

[112] Tamże.

Oprócz problemów emocjonalnych chorego, związanych z informacjami dotyczącymi jego stanu zdrowia, wyróżniane są również te, które dotyczą zaburzeń płodności i trudności w donoszeniu ciąży przez kobietę. W takich sytuacjach występuje obawa o trwałość związku małżeńskiego. Niezdolność do urodzenia dziecka jest przeżywana, przez prawie wszystkie kobiety, jako niemożność kochania i realizowania swoich potrzeb uczuciowych. Ponadto brak potomstwa nasila niepokój związany z poczuciem własnego przemijania[113].

Źródłem informacji dla chorego bywa skierowanie do szpitala lub karta informacyjna. O swojej chorobie dowiaduje się także od innych chorych. Często jednak „społeczny informator" nie jest kompetentny i nie przyczynia się do przekazania rzetelnej wiedzy o tym, co może spotkać nowoprzyjętego chorego, tak ze strony służby zdrowia, jak i innych chorych. Przekazuje więc wszystkie dostępne mu dane, bez żadnych ograniczeń, jakie uzyskuje od personelu szpitala o własnej chorobie[114].

Pracujący w szpitalu znają dziecięce opowiadania pełne fantazji, snute przed nowicjuszem szpitalnym. Informacje przekazywane dziecku wyciszają je albo wzbudzają strach. Dobre i złe wiadomości powinni przekazywać mu rodzice po wcześniejszej rozmowie z lekarzem. Istotna jest zgodność otrzymywanych informacji z odczuciami młodego chorego[115].

Niestety, błędy popełnia także personel medyczny. Do nich należy przede wszystkim pochopne udzielanie rad, zamiast stworzenia warunków do spokojnego zastanowienia się, co dalej ma czynić chory. Również błędne jest pomniejszanie jego uczuć i zdawkowe uspakajanie[116]. W przypadku dziecka, nie do rzadkich należy sytuacja, w której przez lekko uchylone drzwi słyszy ono naradę na korytarzu, jaką zastosować dla niego terapię. Chory obserwując otoczenie jest wyczulony na gesty, mimikę, a nawet milczenie tych, którzy zazwyczaj są rozmowni. Przypadkowo słyszane fragmenty rozmów na temat własnej choroby lub choroby innych, zapamiętuje i interpretuje niekorzystnie dla siebie. Choć nie okazuje tego, zdaje sobie sprawę z powagi własnej choroby. Zna swoje rozpoznanie i jest w stanie przewidzieć przyszłość. Niedopuszczalne jest, aby dziecko pod nieobecność rodziców, dowiadywało się o swojej chorobie i sposobie leczenia, nawet od lekarza. W tej sytuacji ostrożności nigdy nie jest zbyt wiele. Wtargnięcie w intymny świat dziecka, bez uprzedniego przygotowania, a być może odkrycie kłamstwa, zwykle powoduje długotrwałą, czasami nieodwracalną utratę zaufania[117].

Zjawisko nadużywania słownej informacji nie jest wadą zastrzeżoną tylko dla społeczności szpitala. W środowisku ludzi zdrowych może nie wywołuje ono tak zdecydowanie przykrych konsekwencji dla ducha i ciała, jak wśród chorych. Kiedy organizm chorego jest osłabiony, nie wolno go narażać na dodatkowe stresy. Nie powinno się go obciążać ponad jego możliwości fizyczne i psychiczne. Nawet gdy jest to prawda, pociąga to za sobą poważne szkody, a nawet pośrednio przyczyni się do jego śmierci.

Osobowe relacje chorego ze służbą zdrowia mają ogromny wpływ na postawę wobec własnej choroby. Pomoc ze strony pielęgniarek, które są najbliżej, ułatwi „zgodę" na nią i zmniejsza lęk[118].

Dodatkowe badania, niektóre bolesne i naruszające intymność (biopsje węzłów chłonnych, kości, szpiku, punkcje lędźwiowe, cewnikowanie pęcherza, badanie przez odbytnicę, badania ginekolo-

[113] M. Motyka, *Niektóre aspekty pracy psychologa w ginekologii i położnictwie,* art. cyt., s. 152-153.

[114] J. Łuczak, A. Roszak, *Co wiedzą o swojej chorobie pacjenci leczeni w szpitalu onkologicznym,* art. cyt., s. 66-67.

[115] St. Zdebska, J. Armata, *Udział dziecka i jego zadania w leczeniu nowotworowej choroby krwi,* art. cyt., s. 912.

[116] K. de Walden-Gałuszko, *Problemy komunikacji,* w: *Psychoonkologia,* red. K. de Walden-Gałuszko, Kraków 2000, s. 48-49.

[117] Tamże.

[118] T. Ślusarska, *Stosunki społeczne w środowisku pacjentów szpitalnych,* „Szpitalnictwo Polskie" 26(1982) nr 3, s. 79.

giczne itp.), bez wcześniejszego wyjaśnienia mogą powodować nasilanie się lęku i podejrzeń sugerujących, że choroba musi być bardzo ciężka[119].

Zrozumienie przez chorego, czym jest choroba w jego życiu i jakie stanowi zagrożenie, ma wielkie znaczenie dla dalszego leczenia i współpracy z medycznym zespołem. Zależy ono jednak od wielu czynników, a mianowicie od wieku chorego, od stanu świadomości, od inteligencji, od wcześniejszych doświadczeń choroby, od rodzinnych nawyków, od współpracy z zespołem medycznym, a także od stopnia religijności[120].

Unikanie w rozmowach z chorym tematu jego choroby, a skupianie się tylko na leczeniu, odbierane jest przez niego jako złe rokowanie. Uważa on bowiem, że powodem, dla którego unika się z nim rozmowy, jest słaba nadzieja na wyleczenie. Sytuację tę pogłębia porozumiewanie się lekarza z rodziną bez udziału chorego[121].

Rozmowa z chorym na temat jego choroby nie musi być jednoznaczna z określeniem jego aktualnego stanu zdrowia. O chorobie należy rozmawiać, nawet o jej rokowaniu, ale nie można mu odbierać nadziei. Nikt bowiem nie jest upoważniony do rozstrzygania o życiu i śmierci. Informacje, które otrzymuje chory, powinny ułatwić mu współpracę z zespołem leczącym i mobilizować do trwania w czasie bardzo trudnego leczenia. Wyjaśnienie procesu leczenia i powikłań, które mogą ewentualnie się pojawić, zmniejsza u niego lęk i wzbudza zaufanie do lekarza[122].

4. Wzajemna współpraca chorego i zespołu leczącego

Medycyna w wielu wypadkach potrafi przyjść z pomocą choremu. Jest jednak bezradna wobec takiego, który nie potrafi współpracować z zespołem leczącym[123]. Już Hipokrates (460-377 rok przed Chrystusem) ostrzega przed tego rodzaju postawą ze strony chorego: „Uważaj także na oszustwa chorych, którzy często kłamią co do zażywania przepisanych im leków”[124]. Nie należy więc spodziewać się współpracy z każdym chorym, nawet wówczas, gdy jej brak może zagrażać jego zdrowiu lub życiu[125]. P. Kardas i E. Ratajczyk-Pakalska podają, że według badań około 5-10 procent chorych przyjętych jest do szpitala, ponieważ nie przestrzega zaleceń lekarskich. Dotyczy to szczególnie chorych w podeszłym wieku[126]. W USA nie stosowanie się chorego do wskazań lekarza

[119] Z. Juczyński, *Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową,* art. cyt., s. 25; por. I. Heszen-Niejodek, *Problemy psychologiczne i zadania psychologa w chirurgii,* art. cyt., ss.133-135; K. Wrześniewski, *O niektórych problemach pracy psychologa z pacjentami kardiologicznymi na przykładzie chorych z zawałem serca,* art. cyt., s. 128; M. Motyka, *Niektóre aspekty pracy psychologa w ginekologii i położnictwie,* art. cyt., s. 143-144; T. Turuk-Nowakowa, *Postępowanie psychologa w chorobach nowotworowych,* w: *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych,* red. I. Heszen-Niejodek Warszawa 1990, ss. 166-170.

[120] Z. Juczyński, *Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową,* art. cyt., s. 32.

[121] J. Łuczak, A. Roszak, *Co wiedzą o swojej chorobie pacjenci leczeni w szpitalu onkologicznym,* art. cyt., s. 66; por. T. Turuk-Nowakowa, *Postępowanie psychologa w chorobach nowotworowych,* art. cyt., s. 164.

[122] K. Wrześniewski, *O niektórych problemach pracy psychologa z pacjentami kardiologicznymi na przykładzie chorych z zawałem serca,* art. cyt., s. 115-116; por. tenże, *Wpływ oddziaływania psychoterapeutycznego na zmianę postaw wobec choroby pacjentów po zawale serca,* „Polski Tygodnik Lekarski” 35(1980), s. 1145.

[123] M. Nesterowicz, dz. cyt., s. 92.

[124] P. Kardas, E. Ratajczyk-Pakalska, *Przestrzeganie zaleceń lekarskich,* w: *Komunikowanie się lekarza z pacjentem,* red. J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwki, Wrocław 2000, s. 105.

[125] Tamże; por. N. Col, J. E. Fanale, P. Kronholm, *The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly,* „Archives of Internal Medicine” (1990) nr 150, ss. 841-845; L. H. Epstein, *The direct effects of compliance on health outcome,* „Health Psychology” (1984) nr 3, ss. 385-393.

[126] P. Kardas, E. Ratajczyk-Pakalska, art., cyt., s. 106; por. R. E. Grymonpre, P.A. Mitenko, D.S. Sitar,

jest powodem 125 tysięcy zgonów w ciągu roku[127]. Ich zdaniem „nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich jest zjawiskiem powszechnym. Wbrew pozorom występuje ono nie tylko w chorobach o niewielkim stopniu zagrożenia dla życia pacjenta, jak choćby infekcje dróg oddechowych czy w chorobach skąpoobjawowych, jak nadciśnienie, lecz także w chorobach potencjalnie groźnych dla życia. Jedną z takich chorób jest gruźlica, która w latach powojennych stanowiła istotny problem epidemiologiczny. Mimo dostępności skutecznych leków przeciwprątkowych, jej leczenie było jednak często nieskuteczne, a jednym z wyjaśnień okazało się nieprzestrzeganie przez chorych zaleceń lekarskich. Problem ten jest zresztą nadal jedną z najważniejszych przyczyn nieskuteczności leczenia tej choroby. Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich zaobserwowano także wielokrotnie w chorobach bezpośrednio zagrażających życiu, takich jak rak sutka czy jajnika oraz chorobach przebiegających z uciążliwymi objawami podmiotowymi, jak astma, choroba wieńcowa czy padaczka. Ograniczone przestrzeganie zaleceń lekarskich notuje się u pacjentów dializowanych z powodu zaawansowanej niewydolności nerek. Brak przestrzegania zaleceń lekarskich jest również jedną z istotnych przyczyn odrzucania przeszczepów czy niepowodzenia leczenia przeciwwirusowego w AIDS. Wszystko to są przykłady ciężkich chorób, w których pacjenci nie przestrzegając zaleceń lekarskich, działają niewątpliwie na własną szkodę”[128].

W Polsce, w wyjątkowych wypadkach, prawo przewiduje przymusowe leczenie. Dzieje się tak wówczas, gdy chory stwarza zagrożenie dla samego siebie lub otoczenia[129]. Przymusowe leczenie może mu uratować życie. Jednak w takiej sytuacji trudno jest osiągnąć pełny efekt leczniczy.

Odmowa przyjęcia lekarstw jest najczęstszą, ale nie jedyną formą braku współpracy chorego z lekarzem. Chory, niezależnie od wskazań, które otrzymał, u niego szuka pomocy i rady u innych pracowników służby zdrowia, (m.in. pielęgniarek, dietetyczek lub rehabilitantów). Informacje, które od nich otrzymuje, najczęściej są sprzeczne z tymi, których udziela mu lekarz. Przyczynia się to do jego wewnętrznych rozterek, osłabienia zaufania do zespołu medycznego, a nawet braku postępu w leczeniu. Wskazówki dotyczące leczenia, któremu podlega chory, pochodzą również od przedstawicieli niekonwencjonalnej medycyny, członków rodziny, przyjaciół, a także środków społecznego komunikowania (telewizja, prasa, radio)[130].

Niechęć do leczenia spotykana u chorego powodowana jest wieloma czynnikami. Najczęściej są to przykre doświadczenia w kontaktach z lekarzem. Brak zgody z jego decyzją. Zwlekanie z wykonaniem otrzymanych od niego wskazań[131]. Wśród innych czynników wpływających na brak współpracy wymieniany jest wstyd, depresja, niewłaściwe nawyki zdrowotne, uprzedzenia spowodowane

---

Drug-assciated hospital admissions in older medical patients, „Journal of the American Geriatrics Society” (1988) nr 36, ss. 1092-1098; N. Col, J. E. Fanale, P. Kronholm, art. cyt., ss. 841-845; M. Levy, L. Mermelstein, D. Hemo, *Medical admissions due to noncompliance with drug therapy,* „International Journal of Clinical Pharmacology. Therapy and toxicology” (1982) nr 20, ss. 600-604.

[127] P. Kardas, E. Ratajczyk-Pakalska, art., cyt., s. 107; por. P.R.A. Ettlinger, G.K. Freeman, *General practice compliance study: is it worth being a personal doctor?,* „Annals of the Rheumatic Diseases” (1981) nr 282, ss. 1192-1194; D.A. Sclar, T.A. Tartaglione, M. J. Fine, *Overview of issues related to medical compliance with implications for outpatient management of infectious diseases,* „Infectious Agents and Disease” (1994) nr 3, ss. 266-273; J. Stopyra, H. Szulc-Stopyrowa, *Laboratoryjna kontrola pobierania PAS w moczu u chorych leczonych ambulatoryjnie,* „Gruźlica” (1963) nr 31, ss. 809-812.

[128] P. Kardas, E. Ratajczyk-Pakalska, art., cyt., s. 107.

[129] J. Bogusz, *Czy może być uzasadniony przymus poddania się chorego operacji?* w: *Etyka i deontologia lekarska,* red. T. Kielanowski, Warszawa 1985, Warszawa 1985, s. 11; por. Rada Ministrów, *Dekret o zwalczaniu chorób wenerycznych,* „Dziennik Ustaw” (1946) nr 51, poz. 394; *Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych,* „Dziennik Ustaw” (1963) nr 50, poz. 279.

[130] B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz – pacjent w perspektywie socjologii medycyny,* Kraków 2002, s. 59.

[131] Tamże.

wyznawaną religią, a w niektórych wypadkach (obecnie coraz częściej) brak środków finansowych[132].

M. Kulczycki spostrzega, że wpływ na podjęcie decyzji o współpracy z zespołem medycznym lub zaniechaniu jej przez chorego, mają pierwsze jego szpitalne doświadczenia. Zdobycie się na nią jest bardzo trudne dla tych, którym brakuje szerszego doświadczenia w kontaktowaniu się z różnymi ludźmi. Podobne trudności występują, gdy chory musi zmienić swoje przyzwyczajenia. Często jest on zagubiony. Nie wie również, jak dokonać tych zmian, aby dostosować się do podstawowych wymogów szpitala. Stąd słusznie oczekuje pomocy ze strony pracowników służby zdrowia. Od ich wrażliwości zależy dalsza jego współpraca z nimi[133]. P. Kardas i E. Ratajczyk-Pakalska podają także inne czynniki mające wpływ na jakość współpracy chorego opiekunami medycznymi. Należą do nich jego zadowolenie z leczenia, spełnienie jego oczekiwań, poczucie bezpieczeństwa wynikające z częstego kontaktu z członkami służby zdrowia, częstość stosowanych lekarstw i innych zabiegów leczniczych oraz jego stopień niesprawności. Natomiast, wbrew powszechnej opinii, nie mają wpływu na jakość tej współpracy wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, zawód, czy też pozycja społeczna[134].

Brak współpracy jednak nie musi być powodowany obiektywną sytuacją chorego. W głównej mierze zależy ona bowiem od jego subiektywnych spostrzeżeń. Dopiero po dłuższym czasie, w wyniku zdobywania doświadczenia w chorowaniu, a nawet i uodpornienia się na trudne sytuacje, chory postrzega szpital takim, jaki jest rzeczywiście. Odkrywa on jego służebną funkcję wobec niego. Wszystkie zauważone niedostatki w opiece medycznej, nie są już przeszkodą w nawiązaniu pozytywnej relacji ze służbą zdrowia[135]. Przyczynia się ona do właściwego korzystania z tego, co szpital może swym chorym ofiarować. Jedynie właściwe zrozumienie sposobu leczenia szpitalnego stwarza korzystną sytuację do podjęcia leczenia, przezwyciężenia jej i powrotu do zdrowia[136].

Według H. Wrony-Polańskiej, około 1/3 chorych podejmuje współpracę z zespołem leczącym. Wówczas chory szuka w nim wsparcia i fachowej pomocy. Dodatkowym źródłem otuchy jest dla niego rodzina, przyjaciele i współchorzy. Nawiązanie pozytywnej relacji z wszystkimi, którzy pomagają w jego leczeniu, jest ochroną przed rezygnacją. Chory, który czynnie uczestniczy w swoim leczeniu, znacznie przyczynia się do jego poprawy. Pogłębia on również swoje życie duchowe przez cierpliwe znoszenie wszystkich trudów opieki szpitalnej[137].

W przeciwieństwie do dorosłych, dziecku aby współpracowało z zespołem leczącym, nie jest potrzebna wiedza o istocie choroby i sposobie funkcjonowania szpitala. Powinno ono być z cierpliwością uczone, że od jego pomocy zależy powodzenie leczenia, nieraz bardzo długiego. W dużym stopniu jego udział w leczeniu zależy od umiejętności zorganizowania mu zabawy. Jej konieczność

---

[132] H. Wrona Polańska, *Człowiek wobec poważnej choroby somatycznej*. *Próba syntezy,* „Sztuka Leczenia" 6(2000) nr 3, s. 80; por. tenże, *Zmiana samopercepcji w procesie zmagania się z chorobą o niepomyślnym rokowaniu,* w: *Zmagając się z chorobą nowotworową,* red. D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak, Kraków 1999, ss. 197-223; tenże, *Zmiany obrazu samego siebie u pacjentów z chorobą białaczkową,* „Zeszyty Naukowe UJ. Prace Psychologiczno-Pedagogiczne" (1984) nr 1, ss. 137-161.

[133] M. Kulczycki, *Pacjent w szpitalu,* art. cyt., s. 279.

[134] P. Kardas, E. Ratajczyk-Pakalska, *Przestrzeganie zaleceń lekarskich,* art. cyt., s. 108-109; por. B. S. Hulka, J. C. Cassel, L. L. Kupper, *Communication. Compliance and concordance between physicians and patients with prescribed medications,* „American Journal of Public Health" (1976) nr 66, ss. 847-853.

[135] „Badania przeprowadzone w roku 1996 przez B. Jugowar i M. Skommer przedstawiają między innymi przyczyny trudności w relacji pielęgniarki z pacjentem. Podstawowymi trudnościami są poczucie nadmiernej odpowiedzialności, własny system wartości, obniżony poziom empatii, trudności w pogodzeniu się z porażką w pracy pielęgnacyjnej i rzutowanie własnych problemów na chorego". – J. Binnebesel, *Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową. Aspekt pozamedyczny,* Toruń 2000, s. 38.

[136] M. Kulczycki, Pacjent w szpitalu, art. cyt., s. 275.

[137] H. Wrona-Polańska, *Człowiek wobec poważnej choroby somatycznej. Próba syntezy,* art. cyt., s. 80.

wyraża się w dopominaniu się pomocy u starszych. Miejsce i czas nie są w zabawie istotne. Ono potrafi się bawić wszędzie, wszystkim i prawie bez przerwy[138].

Niektóre dzieci długo nie podejmują współpracy ze swoimi opiekunami, gdyż przystosowanie się do warunków leczenia szpitalnego przebiega opornie. W ich zachowaniu dominuje smutek, bierność, czasem negowanie wszystkiego lub złość. Niekiedy trudności przystosowawcze przyjmują postać „mutyzmu"[139]. Dziecko przestaje mówić, zachowuje się tak, jakby wcale ludzkiej mowy nie rozumiało. Trzeba wówczas zaniechać uporczywych rozmów i narzucania mu swojego nim zainteresowania. Bliższe mu jest zapoczątkowanie jakiejś zabawy.

W leczeniu chorób o długim przebiegu, szpital staje się drugim domem dziecka. W takiej sytuacji współpraca z nim w dużym stopniu zależy od zorganizowania mu zabawy i zajęć przedszkolnych. Potrzeby te muszą być doceniane na równi ze stosowanym leczeniem. Uczestnicząc w zabawie, bierze ono udział w leczeniu w sposób najbardziej naturalny. To, co dla dorosłych jest koniecznością, postrzega ono zupełnie inaczej. Biorąc udział w różnych formach zabawy, zapomina o przykrościach. Jego udział w zabawie jest w istocie udziałem w leczeniu, którego zamiarem jest osiągnięcie dobrych wyników klinicznych, psychoterapeutycznych i wychowawczych[140].

J. Wróbel zauważa, że do odpowiedzialności za zdrowie i współpracę w jego ratowaniu zobowiązany jest zarówno chory, jak i służba zdrowia. „Nie można bowiem zapominać o fakcie, że tak jak dobro wspólne społeczności ludzkiej jest ukonstytuowane nie tylko przez dobra materialne, ale nade wszystko przez wartości osobowe poszczególnych członków, tak również zdrowie i życie człowieka nie jest wyłącznym dobrem indywidualnym, ale jako dobro osoby ludzkiej, stanowi jednocześnie najcenniejsze dobro wspólne tejże społeczności"[141].

W ratowaniu zdrowia i życia chorego bierze udział zespół leczący, rodzina i on sam. Jego udział jest ważny na równi z leczeniem. J. Kowalski jest przekonany, że zanim jednak chory podejmie decyzję o współpracy w procesie leczenia, powinien najpierw dojść do bardzo trudnej decyzji przyjęcia swojego stanu. Sprawia ono najwięcej kłopotów. Dlatego zgoda na własną chorobę pozwala mu na „ułożenie właściwych relacji ze środowiskiem medycznym. Daje ona przede wszystkim możliwość właściwej postawy, gdy zachodzi potrzeba korzystania ze szpitala lub porad lekarzy różnych specjalności"[142].

W czasie pobytu w szpitalu, pomiędzy chorym a personelem medycznym, powinna powstać więź międzyosobowa. Osiąga ona swoją pełnię w miłości, której celem jest dobro człowieka[143], jako dobro wspólne osób[144]. Troska ta wymaga wzajemnej pomocy[145]. Kongregacja Nauki Wiary przypo-

---

[138] St. Zdebska, J. Armata, *Percepcja choroby i leczenia u starszych dzieci chorych na nowotwory krwi,* art. cyt., s. 971.

[139] „Mutyzm", to zaburzenie psychiczne objawiające się brakiem reakcji słownych ze strony chorego. Może on być uogólniony lub wybiórczy, tzn. ograniczony do pewnych osób lub sytuacji. – [b.a.], *Mutyzm,* w: *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN,* dz. cyt., t. IV, s. 341.

[140] St. Zdebska, J. Armata, *Psychologiczno-wychowawcza opieka nad dzieckiem przedszkolnym z nowotworową chorobą krwi,* art. cyt., s. 917.

[141] J. Wróbel, *Człowiek i medycyna…* dz. cyt., s. 195-196.

[142] J. Kowalski, *Współczesne wyzwania stawiane teologii moralnej,* dz. cyt., s. 200.

[143] „Życie i zdrowie fizyczne są cennymi dobrami powierzonymi nam przez Boga. Mamy się o nie rozsądnie troszczyć, uwzględniając potrzeby drugiego człowieka i dobra wspólnego". – KKK nr 2288.

[144] J. Wróbel, definiując zdrowie chorego jako dobro wspólne, przedstawia „dwie koncepcje «instrumentalno-instytucjonalną» oraz «esencjalną». Podczas gdy w przypadku pierwszego ujęcia zwraca się uwagę na środki i narzędzia, w tym zwłaszcza natury instytucjonalnej, które jako konstytuujące dobro wspólne służą rozwojowi i doskonaleniu się osób żyjących w ramach konkretnej społeczności, to w przypadku drugim podkreśla się przede wszystkim elementy immanentne, samą doskonałość, integralnie rozumiany rozwój członków społeczności, ich partycypację w wartościach zbiorowych i nadrzędnych czy też sam ideał dobra wspólnego urzeczywistniany w działaniu wspólnotowym osób. Ponieważ ujęcia te (ich rozróżnienie i określenie) są niekiedy przedmiotem poważnego sporu, podkreśla się, że dopiero co wspomniane dwa wymiary

mina, że „każdy ma obowiązek troszczyć się o swoje zdrowie i podejmować leczenie. Ci, którzy troszczą się o chorych, powinni z wielką pilnością wypełniać swoje czynności i stosować środki, które uznają za konieczne lub pożyteczne”[146].

Miłość chrześcijańska zobowiązuje personel medyczny, by nie był obojętny w sprawie dla niego najważniejszej, zdrowia i życia chorego[147]. „Konsekwentnie już od wczesnego chrześcijaństwa działalność lekarska jest rozumiana jako akt miłosierdzia, a terapia jest związana nierozłącznie z opieką i pomocą okazaną będącemu w potrzebie” (por. 1 Kor 12,5; Rz 16,1)[148]. Zobowiązanie to dotyczy także chorego. Kościół zaczerpnął ją z nauki Chrystusa, Jego słów i czynów w duchu miłości (por. Łk 10,29- 37; Mt 25,40). S. Olejnik podkreśla, „że istotną cechą chrześcijańskiej miłości bliźniego jest braterska życzliwość wrażliwa na dobro innego człowieka, na jego potrzeby. Jako cnota, czyli duchowa postawa życzliwości dysponuje i usprawnia, jako zaś przykazanie zobowiązuje, aby rozszerzyć swe życzliwe działanie ku wszystkim ludziom”[149].

Wzajemna współpraca dla zachowania wspólnego dobra, jakim jest zdrowie, staje się również „probierzem” wielkości powołania medycznego, spostrzega J. Nagórny. Wynika to stąd, że miłość jest możliwa jedynie w relacji o charakterze osobowym. Troska o nią jest najlepszą gwarancją i zabezpieczeniem dla godności tego powołania. W tym kontekście podkreślić należy szczególne znaczenie współpracy między chorym a pracownikami służby zdrowia. Odnosi się to zwłaszcza do tych, którzy są najbliżej chorego[150]. Wymaga to z jego strony przygotowania zawodowego i uważnego analizowania potrzeb chorego. Zaniedbanie współpracy ze strony personelu, jak i samego chorego, jeśli jest świadome i dobrowolne, winno być kwalifikowane jako wykroczenie moralne[151].

---

niekoniecznie stoją w stosunku do siebie w opozycji, ale wzajemnie się zakładają i dopełniają, jako że dobro wspólne immanentne jest warunkowane przez realizację właściwych mu wartości również w kręgu tego, co stanowi dobro wspólne instrumentalno-instytucjonalne, a więc dzięki temu, co pełni rolę nadrzędną w stosunku do dobra pierwszego, a tym samym też przynależy do niego”. – J. Wróbel, Człowiek i medycyna…, dz. cyt., s. 203.

[145] KKK nr 1509.

[146] Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji,* dok. cyt., s. 3.

[147] Dzięki wzajemnej miłości „całe nasze istnienie będzie się stawać autentycznym i odpowiedzialnym przyjmowaniem daru życia oraz szczerym i wdzięcznym chwaleniem Boga, który ofiarował nam ten dar. To właśnie dokonuje się w tak wielu gestach ofiary, często niepozornej i ukrytej, spełnianej przez mężczyzn i kobiety, dzieci i dorosłych, młodych i starszych, ludzi zdrowych i chorych”. – EV nr 86.

[148] J. Wróbel, *Idee centralne chrześcijańskiego rozumienia etosu lekarskiego,* art. cyt., s. 431.

[149] S. Olejnik, *Etyka lekarska,* Katowice 1995, s. 89-90; por. T. Ślipko, *Granice życia,* Kraków 1994, s. 269; C.J. Wichrowicz, *Zarys teologii moralnej w ujęciu tomistycznym,* Kraków 2002, ss. 160-169;

[150] J. Nagórny, *Godność powołania medycznego,* „Roczniki Teologiczne” 44(1997) z. 3, s. 19-20; por. KPSZ nr 75.

[151] S. Olejnik, *Teologia moralna życia społecznego,* Włocławek 2000, t. III, s. 95; por. J. Nagórny, *Zaniedbanie i przemoc. U źródeł współczesnych zagrożeń życia i zdrowia,* w: *„Ad libertatem in veritate”. Księga pamiątkowa dedykowana ks. prof. A. Marcolowi, red. P. Morciniec,* Opole 1996, ss. 285-305.

ROZDZIAŁ TRZECI

WSPÓŁPRACA RODZINY I WOLONTARIUSZY ZE SŁUŻBĄ MEDYCZNĄ W OPIECE NAD CHORYM W STANIE TERMINALNYM

Opieka nad chorym terminalnie wymaga połączonego wysiłku lekarza, służby medycznej, członków rodziny i wolontariuszy, którzy pojawiają się w szpitalach coraz częściej[1]. W sytuacji największego stresu, jakim jest zbliżająca się śmierć, chory i jego rodzina wymaga szczególnej opieki[2] (par. 1). Współczujący im i trwający z nimi do końca, są dla nich źródłem nadziei. Towarzyszenie choremu w szpitalach jest wielką sztuką, której wciąż trzeba się uczyć[3]. Nie jest łatwo towarzyszyć zarówno jemu, jak i jego rodzinie. Rozmowa z nim nie jest tylko przywilejem, lecz również obowiązkiem lekarza i zespołu medycznego[4] (par. 2). Dialog ten jest możliwy, choć wciąż napotyka liczne trudności. Największym sprawdzianem szczerości rozmów są pożegnania z umierającym[5] (par. 3). Jedyną pomocą w sytuacji, gdy nie można go uchronić przed śmiercią, jest nauczenie go umiejętności pożegnania się z bliskimi i pogłębienie przyjaźni z Bogiem. Prowadzone od pewnego czasu badania wskazują, że nie ma skutecznych metod przygotowujących do dramatu utraty ukochanej osoby, zwłaszcza dziecka[6] (par. 4). Postęp w tej dziedzinie może nastąpić wówczas, gdy poświęci się więcej czasu na refleksję nad celem życia, nad jego wartością i przemijaniem[7].

1. Towarzyszenie chorym terminalnie i ich rodzinom

Niektórzy przedstawiciele świata medycznego drugiej połowy XX wieku i początku wieku XXI ulegają wciąż powracającemu złudzeniu, że człowiek może skutecznie przeciwstawić się wszystkim chorobom i oddalić śmierć[8]. Zgodnie z tą koncepcją, lekarz specjalista powinien zapewnić zdrowie,

---

[1] Jan Paweł II, *Miłość najwspanialszą formą ewangelizacji. Przesłanie na zakończenie Międzynarodowego Roku Wolontariatu,* OsRomPol. 23(2002) nr 3(241), s. 8-9.

[2] T. Dangel, *Opieka paliatywna nad dziećmi,* „Pediatria Polska" 74(1999) nr 8, ss. 735-743.

[3] B. Zaorska, *Towarzyszenie umierającym,* „Pielęgniarka i Położna" 33(1991) nr 10, s. 17-18.

[4] M. Antonowicz, *Wsparcie rodziny dziecka terminalnie chorego,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, ss. 150-153.

[5] I. Namysłowska, *Żałoba,* w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 54-64.

[6] A. Widera-Wysoczańska, *Świat dziecięcych doświadczeń związanych ze śmiercią,* „Nowiny Psychologiczne" (1995) nr 2, ss. 93-104; por. tenże, *Spojrzenie dziecka na zagadnienia umierania i śmierci,* „Przegląd Psychologiczny" (1990) nr 3, ss. 541-556.

[7] K. Meissner, *Naczelna wartość, sens życia a etyka lekarska,* w: *Wybrane problemy deontologii lekarskiej,* red. R. Szulc, Poznań 1999, ss. 37-41; por. B. Zaorska, *Potrzeby i doświadczenia osób opiekujących się umierającymi,* „Magazyn Medyczny"4(1993) nr 2, s. 50-51.

[8] J. Ratzinger snuje refleksję, że „w odnoszeniu się [...]społeczeństwa do śmierci spostrzegamy na pierwszy rzut oka znamienną sprzeczność. Z jednej strony traktuje się śmierć jako tabu, jako coś wstydliwego, co należy ukrywać i wyprzeć z ludzkiej świadomości. Z drugiej strony robi się z śmierci widowisko, co zresztą znajduje swój odpowiednik w zatracie poczucia wstydu we wszystkich innych dziedzinach życia. Jak wytłumaczyć tę dwoistość? Rozpatrzywszy rzecz bliżej, należałoby mówić o rozwoju w dwóch fazach, przenikających się wzajemnie, ale dających się też wyraźnie rozróżnić. Środowisko «mieszczańskie» stara się śmierć ukryć. Szereg znamiennych faktów mówiących o tym zestawił Josef Pieper w swej książce «Tod und Unsterblichkeit» (Śmierć i nieśmiertelność). Podaje tam m.in., że w jednym z poważnych dzienników amerykańskich nie drukuje się z zasady słowa «śmierć». Nawet niektóre przedsiębiorstwa usług pogrzebowych próbują przez zastosowanie odpowiedniego słownictwa nie wspominać w ogóle faktu śmierci. Z podobnym nastawieniem spotykamy się w naszych szpitalach, gdzie śmierć i umieranie należą do «rzeczy», o których

zaś śmierć jest najgorszą rzeczą, jaka może spotkać człowieka. Obawa przed nią staje się powodem unikania refleksji na jej temat. Ten sposób myślenia udziela się społeczeństwu. Publiczne okazywanie żałoby staje się „nietaktem”[9].

Często służba zdrowia przedłuża nie tylko życie, ale i sam proces umierania. Spośród dwu i pół miliona osób umierających każdego roku w USA, około dwie trzecie kończy życie po długim czasie zmagań z chronicznymi schorzeniami (choroba serca czy rak)[10]. W Polsce rocznie umiera około 400 tysięcy osób, z czego u ponad 300 tysięcy proces umierania jest wydłużony[11]. Wzrastająca liczba zgonów spowodowanych chorobami przewlekłymi, skłania do refleksji na temat opieki terminalnej[12].

W ostatnich latach zmieniają się okoliczności umierania. Intymną atmosferę rodzinnego domu, gdzie umierający żegnał się z otoczeniem najbliższych, zastępuje sala szpitalna, często wieloosobowa[13] . Chory terminalnie wyrwany ze środowiska, które zna i gdzie czuje się u siebie, w nowej sytuacji staje się zupełnie zagubiony. Obawia się samotnego przeżywania bólu, upokorzenia, zależności od obcych, braku kontroli nad fizjologicznymi potrzebami, rozłąki z najbliższymi. W przypadku utraty nadziei na możliwość wyleczenia, staje nawet przed realną groźbą rozpaczy. Jak tu nie rozpaczać, skoro wszystko, co kocha musi pozostawić. W takiej sytuacji trudno jest nie robić bilansu swojego życia. Wołanie o pomoc do Boga i szukanie zrozumienia u ludzi, jest w takich sytuacjach aż nazbyt częste. Uświadomienie sobie stanu terminalnego jest jednym z najpoważniejszych stresów, który potrafi zmienić życie osobiste chorego i jego rodziny[14].

Obecnie kształtuje się nowa tradycja medyczna, sprzeczna z postawą, którą zalecają już lekarze starożytności greckiej. Umierający jest pozostawiony przez najbliższych w szpitalu. Jest to powodowane ich lękiem przed umierającym. Nie wiadomo bowiem, jak z nim postąpić. Szpital niechętnie godzi się na długotrwałą opiekę nad nieuleczalnie chorym[15]. W ten sposób współczesny człowiek oddala się od Boga i samego siebie. Bowiem „nieelegancką” nazywa śmierć angażującą najbliższych, lekarzy, pielęgniarki i księdza. Nie należy już ona do umierającego, który w wielu wypadkach nie zdaje sobie z niej sprawy, ani nie należy do rodziny przekonanej o swej niemocy. W krajach z wysoko rozwiniętą służbą zdrowia tylko niewielu chorych ma zapewnioną spokojną i godną śmierć w domu[16]. W tej sytuacji lekarz i służba zdrowia częściej zmuszona jest dostrzegać problem godnego umierania. Chory na nowo staje się dla nich osobą, a nie tylko jednostką chorobową[17].

W czasie pobytu w szpitalu, chory wciąż doświadcza śmierci. Żyje pod jej silnym wrażeniem, kiedy dowiaduje się o odejściu drugiego chorego. Doznaje zawodu i lęku, bowiem możliwości służby medycznej są ograniczone. Lęka się samotnej śmierci. Służba szpitalna jednak w tej sytuacji nie powinna pozostawić go samemu sobie, a to ze względu na swoje powołanie, jakiemu stara się

---

możliwie się nie mówi. Tendencję do ukrywania śmierci wspiera skutecznie struktura współczesnego społeczeństwa. Więź rodzinną zastępuje w niej logika produkcji i wynikająca stąd specjalizacja. Rodzina bywa już tylko środowiskiem noclegowym i rozpływa się całkowicie w ciągu dnia. Nie jest już tym miejscem schronienia, które skupia ludzi sobie bliskich przy narodzinach i śmierci, w zdrowiu i chorobie. Choroba i śmierć stają się szczególnymi problemami technicznymi, którymi zajmują się powołane do tego instytucje. W ten sposób marginalizuje się podstawowe fenomeny bytowania ludzkiego i to nie tylko w sferze świadomości, ale i w życiu społecznym i jego strukturach”. – tenże, *Śmierć i życie wieczne,* Warszawa 2000, s. 70-71.

[9] Jantos M., *Rozmowy z dziećmi o śmierci i cierpieniu,* „Sztuka Leczenia” 4(1998) nr 1, s. 23.

[10] J. Horgan, *W poszukiwaniu godnej śmierci,* „Świat Nauki” (1997) nr 7, s. 68.

[11] J. Łuczak, *Lekarz wobec umierającego,* w: *Wybrane problemy deontologii lekarskiej,* red. R. Szulc, Poznań 1999, s. 80.

[12] K. Kocińska, *Terminalna faza choroby nowotworowej,* „Pielęgniarka i Położna” 38(1996) nr 10, s. 8.

[13] S. Spinsanati, *Etica bio-medica,* dz. cyt., s. 188-189.

[14] B. Pecyna, *Stres a choroba w rodzinie,* „Pielęgniarka i Położna” 35(1993) nr 11-12, s. 22.

[15] M. Komorska, art. cyt., s. 122.

[16] E. Hirsch, *Médicine et éthique. Le devoir d’humanité,* Paris 1990, ss. 314-320.

[17] M. Wałęska-Siempińska, art. cyt., s. 63.

sprostać. J. Wróbel zauważa, że jest ona jednym z tych zawodów, w którym refleksja teologiczno-moralna odgrywa szczególnie doniosłą rolę. Posiada ona kilka ważnych aspektów. „Wśród nich jawią się dwa najważniejsze. Pierwszy z nich zwraca uwagę na fakt, że posługa lekarska w sposób nieporównywalny wiąże się bezpośrednio z odpowiedzialnością za człowieka w całej rozciągłości jego natury. ... Drugi ze wspomnianych aspektów uwzględnia fakt, że refleksja teologiczno-moralna stanowi ważne przedłużenie etyki lekarskiej. Nie ogranicza się więc ona wyłącznie do pewnych zasad tradycyjnych, związanych z wypełnianiem posługi lekarskiej (klasycznie rozumiana «etyka lekarska») oraz imperatywów podyktowanych przez «recta ratio», ale próbuje odczytać posłannictwo tegoż zawodu w kontekście przesłania ewangelicznego”[18].

„Gdyby medycyna nie posiadała żadnego skutecznego środka w walce z chorobami, to wtedy lekarze byliby potrzebni jako pocieszyciele w chorobie, w tej wielkiej niedoli ludzkości”, zauważa prawie przed stu laty W. Biegański[19]. Myśl ta jest rozwinięciem postulatu: „Wyleczyć czasem, przynosić ulgę często, pocieszać zawsze”, czyli nie ustawać w trosce o chorego. Przesłanie to niezmiennie towarzyszy lekarzowi na różnych etapach rozwoju u chorego jego choroby, zwłaszcza w okresie terminalnym, kiedy stan jego zdrowia staje się krytyczny, a racjonalne metody leczenia zawodzą. Ujawnia się natomiast nieporadność medycyny jako skutecznego narzędzia w walce z chorobą[20].

Wciąż zbyt mało poznane przez świat dorosłych są przeżycia dziecka związane ze śmiercią. Niestety, nie rozumieją tego także ich rodzice. Trudno im wytłumaczyć, że powinno się z nim rozmawiać o cierpieniu i śmierci. Jest to jedyna droga, aby było przygotowane do znoszenia największych zranień, jakie może spotkać w swoim życiu. Postawa rodziców stosujących wobec dziecka metodę „parasola ochronnego”, charakteryzuje przede wszystkim ludzi, którzy unikają konfrontacji z cierpieniem. H.E. Richter uważa, iż obecne czasy „chorują” na nieumiejętność cierpienia. Badania przeprowadzone w roku 1983 przez S. Zdebską i J. Armatę wykazują, że chore dziecko rzadko wprost ujawnia lęk przed śmiercią[21]. Nie oznacza to jednak, że nie przeczuwa ono zbliżającego się końca. Potrafi ono doskonale wczuć się w sytuację finału swojego życia, choć ma więcej „do stracenia” od dorosłych, stoi bowiem na początku swojego życia. Jednak łatwiej godzi się na śmierć[22].

Dziecko do 2 lat nie rozumie, czym jest choroba i śmierć. Odczuwa jedynie dotkliwy brak matki. W fazie zatem terminalnej obecność rodziców a szczególnie matki, jest istotna. Można mu pomóc przez działanie przeciwbólowe i zapewnienie dobrej opieki[23].

---

[18] J. Wróbel, *Idee centralne chrześcijańskiego rozumienia etosu lekarskiego,* art. cyt., s. 428.

[19] Biegański Władysław (1857–1917), lekarz internista, logik i filozof, założyciel Towarzystwa Lekarskiego w Częstochowie (1901) i Towarzystwa Naukowego Warszawskiego (1907), zajmował się głównie problemami chorób zakaźnych, metodologią wiedzy medycznej, klasyfikacją chorób i diagnostyką. W filozofii głosił pogląd o celowości poznania, przy czym za jego główny cel uważał przewidywanie. Zajmował się też on badaniem genezy moralności (Etyka ogólna 1918). – [b.a.], *Biegański Władysław,* w: *Nowa Encyklopedia Powszechna,* dz. cyt., t. I, s. 455.

[20] M. Wałęska-Siempińska, art. cyt., s. 61.

[21] St. Zdebska, J. Armata, *Pojęcie i lęk śmierci u dzieci w świetle ich wypowiedz*i, art. cyt., ss. 63-69; por. R. Sauer, dz. cyt., ss. 11-14.

[22] H. Tristram, Jr. Engelhard*, Etyczne aspekty wspomagania śmierci małych dzieci,* „Teofil” 15(2001) nr 1, ss. 18-27.

[23] „We wczesnej fazie rozwojowej obserwuje się co najmniej dwie formy koncepcji śmierci. Koncepcję śmierci innego człowieka oraz koncepcję śmierci własnej. Uważa się, że poznanie faktu «ty jesteś nieżywy» rozwija się znacznie wcześniej niż ustosunkowanie się do własnego niebytu. Śmierć fizyczną osoby posiadającej dla dziecka znaczenie poprzedzają w ciągu życia liczne chwile śmierci psychologicznej, podczas których doznaje ono poczucia czasowej lub stałej rozłąki. Prototyp żałoby, czyli psychicznych występujących wskutek utraty jakiegoś ukochanego przedmiotu, umieszcza się we wczesnym stadium życia człowieka (pierwsze trzy lata życia). Fizyczna nieobecność w zasięgu wzroku i słuchu dziecka osoby, do której jest ono przywiązane, równoznaczna jest z całkowitą jej utratą. Towarzyszy temu mieszanina nadziei, lęku i rozpaczy. Począwszy od trzeciego roku życia dziecko potrafi radzić sobie z rozłąką trwającą kilka godzin. Przyjmuje bez trwogi coraz to dłuższe okresy odłączenia od bliskiego człowieka. Wówczas zdolność przetrwania rozłąki czy utraty zależy od istnienia szeregu doświadczeń dających poczucie bezpieczeństwa w radzeniu

Dziecko przedszkolne (2-5 lat) także nie posiada pełnego zrozumienia, czym jest śmierć. Bawi się ono w zabawy, gdzie bohaterowie umierają na niby. Nie jest ono świadome zagrożenia, jeśli nie zauważa niepokoju u swoich rodziców. Dziecko w wieku szkolnym (6-12 lat) postrzega śmierć jako karę za złe postępowanie i myśli. Doświadczeni opiekunowie służą mu pomocą, z cierpliwością znoszą jego agresywne zachowanie i cierpliwie odpowiadają na zadawane pytania. Reakcje emocjonalne opiekujących się dzieckiem, są tutaj niezwykle istotne. Obawy matki nieumiejętnie skrywane, z pewnością pogłębiają cierpienie dziecka[24].

Dzieci starsze i młodzież, w swoich przeżyciach, pod wieloma względami przypominają dorosłych. Śmierć jest dla nich przekreśleniem wszystkich życiowych planów. Choć z drugiej strony, do ostatniej chwili nie wyzbywają się nadziei[25]. Stanowi to dodatkowe cierpienie dla bliskich, którzy świadomi zbliżającego się końca nie wytrzymują psychicznie ich opowiadań o przyszłości. Otoczeni opieką swych bliskich, nieco lepiej znoszą stan terminalny, niż ci którzy cierpią w samotności[26].

Obecność rodziców przy dziecku ciężko chorym, nie jest dla nich taka oczywista, jakby mogło się to wydawać. Zmiany w obowiązujących przepisach następują szybciej, niż w świadomości pracowników służby zdrowia. Również część społeczeństwa nadal jest przekonana, że oddanie dziecka do szpitala, zawsze musi być związane z ich rozłąką. Nawet rodzice, którzy pragną być ze swoim dzieckiem, nie wiedzą w jakim stopniu zależy to od przepisów, a w jakim od dobrej woli personelu[27]. Najbardziej niebezpieczne jest długotrwałe pozostawienie w szpitalu dziecka w wieku około dwóch lat. Wówczas występują u niego stany lękowe. Psycholodzy uważają, że pozbawienie go opieki matki, naraża je na zaburzenia emocjonalne więzi nie tylko z nią, ale także z innymi ludźmi[28].

Lepsze znoszenie przez dziecko pobytu w szpitalu, nie oznacza mniejszego cierpienia. Zbliżająca się śmierć jest dla niego zawsze niesprawiedliwa. W trudnej sytuacji psychicznej są także osoby mu towarzyszące. Przeżywają one bowiem bezradność wobec stanu śmierci, która nieuchronnie zabiera im kogoś bliskiego. Stan ich ducha najlepiej oddają słowa psalmu: „Ogarnęły mnie fale śmierci i zatrwożyły mnie odmęty niosące zagładę, oplątały mnie pęta Szeolu, zaskoczyły mnie sidła śmierci" (Ps 18, 5-6). Znane są jednak wyjątki, kiedy umierające dziecko, czy też osoba w podeszłym wieku dodaje otuchy najbliższym. Potwierdza to Jan Paweł II: „Wszyscy znamy ludzi [...], którzy potrafią słowem pobudzać do działania, dodając otuchy własnym przykładem. Oby społeczeństwo umiało w pełni docenić ludzi starych, którzy [...] słusznie są darzeni szacunkiem jako «żywe biblioteki» mądrości, strażnicy bezcennego dziedzictwa ludzkiego i duchowego. Choć to prawda, iż w

---

sobie podczas samotnego trwania". – A. Widera-Wysoczańska, *Świat dziecięcych doświadczeń związanych ze śmiercią,* art. cyt., s. 94.

[24] St. Zdebska, J. Armata, *Udział rodziców w leczeniu ich dziecka z chorobą nowotworową,* „Pediatria Polska" 53(1978) nr 5, s. 622; por. B. Kulczyński, J. Mansterski, J. G. Wójtowicz, *Zachowanie rodziny dzieci chorych na nowotwory złośliwe,* „Otolaryngologia Polska" 50(1996) nr 5, s. 516.

[25] M. Samardakiewicz, *Psychologiczne aspekty dziecka w obliczu śmierci. Zagadnienia etyczne opieki paliatywnej dzieci,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, s. 155.

[26] M. Posłuszna, Wsparcie społeczne rodzin pacjentów z chorobą nowotworową, „Pielęgniarka i Położna" 39(1997) nr 2, ss. 6-8.

[27] B. Sikorska, Szpitale, rodzice i dzieci, „Magazyn Medyczny"7(1996) nr 6, s. 55.

[28] W roku 1979 w Niemczech przeprowadzono badania na temat wpływu odwiedzin rodziców na psychikę dziecka hospitalizowanego. Wykazały one, że wśród 400 dzieci (do 3 lat), nie odwiedzanych przez rodziców, 97 procent po powrocie do domu przejawiało stany lękowe, zaburzenia snu, łaknienia, różne zmiany w zachowaniu i nastroju, a niektóre moczyły się w nocy. Dzieci odwiedzane codziennie nie przejawiały takich zaburzeń i tylko co dziesiąte z nich, przez pierwsze dziesięć dni, czuło się w domu nieswojo. – tamże; por. G. Masera, J. Spinetta, M. Jankovic, Guidelines for assistance to terminally ill children with cancer. A report of the SIOP Working Committe on Psychosocial Issues in Pediatric Oncology, Medical and Pediatric Oncology 32(1999) nr 1, ss. 32-44.

wymiarze fizycznym zazwyczaj potrzebują pomocy, prawdą jest też, że nawet w podeszłym wieku, mogą być oparciem dla młodych, którzy stawiają pierwsze kroki w życiu i szukają swojej drogi”[29].

Wobec postępu w rozwoju nieuleczalnej choroby, chory powoli poddaje się jej. Nie ma już dość sił, aby pozostać z tymi, których kocha. Niektórzy, dla określenia tej sytuacji, używają terminu „przystosowanie”[30]. Wyrażają w ten sposób przekonanie, że chory przyjmuje śmierć jak każdą inną niedogodność życia. Tymczasem opisywane „przystosowanie” jest niczym więcej, jak tylko rezygnacją. Trafnie tę sytuację oddaje autor natchniony, gdy pisze, że „gdy walą się fundamenty, cóż może zdziałać sprawiedliwy?” (Ps 11, 3).

Nie każdy umiera świadomie. Jeśli tak się dzieje, niekoniecznie musi mu pozostać czas na ocenę sytuacji, w której się znalazł. Choć stan terminalny zazwyczaj trwa długo, to sama agonia może być dla niego zaskoczeniem[31]. Najczęściej jest to spowodowane oddalaniem myśli o śmierci[32]. Osłabienie sił witalnych sprawia, że umierający zdany jest na pomoc opiekunów także chorych, co dodatkowo staje się źródłem jego niepokoju i upokorzenia[33].

Jan Paweł II przypomina istotne znaczenie osób, „które potrafią stanąć u boku chorego, czy są to przyjaciele, lekarze czy opiekunowie społeczni. Powinni oni dodawać mu otuchy, aby umieli stawić czoło sytuacji z pewnością niełatwej, nie zamykając się przy tym na innych. Ważne jest, aby problem stał się sprawą nie tylko najbliższej rodziny, ale także ludzi kompetentnych i życzliwych. To oni są «dobrymi samarytanami» obecnych czasów, bo przez swoją ofiarną i przyjazną obecność powtarzają gest Chrystusa, który zawsze niósł pociechę i umocnienie chorym i ludziom w trudnych sytuacjach. Kościół jest wdzięczny tym ludziom, którzy każdego dnia i wszędzie na ziemi starają się nieść ulgę w cierpieniu”[34].

Na tę umiejętność zwracają szczególną uwagę psychologowie już w latach siedemdziesiątych minionego stulecia. Istnieje bowiem wzajemne oddziaływanie na siebie chorego i jego opiekunów[35]. Jednak pracownicy oddziałów szpitalnych, gdzie często chorzy terminalnie umierają, podkreślają,

---

[29] Jan Paweł II, List do moich Braci i Sióstr, ludzi w podeszłym wieku, OsRomPol. 20(1999) nr 12(218), s. 8-9.

[30] „Zarówno chory, jak i najbliższe otoczenie, od momentu rozpoznania nowotworu poprzez wszystkie etapy i sposoby leczenia, balansują niejako [...] pomiędzy dwoma biegunami nadziei i walki a rezygnacji i rozpaczy psychicznej”. – G. Chojnacka-Szawłowska, Kryzys w chorobie nowotworowej, art. cyt., s. 64.

[31] J. Ratzinger wyjaśnia, że „wszystko to rzutuje decydująco na stosunek człowieka do samego siebie i do całej rzeczywistości. Postawę wierzącego chrześcijanina wobec śmierci wyraża prośba z Litanii do Wszystkich Świętych «A subitanea morte, libera nos Domine»: Od nagłej a niespodzianej śmierci, wybaw nas Panie. Nagłe odejście ze świata, bez przygotowania i zaopatrzenia na drogę, jawi się tu jako właściwe zagrożenie dla człowieka, od którego pragnie być wybawiony, chce przejść świadomie swój ostatni etap, chce sam kształtować swoje umieranie. Tymczasem gdyby trzeba było dzisiaj ułożyć jakąś litanię dla niewierzących, dawna prośba zmieniłaby się niewątpliwie w swoje przeciwieństwo. «O śmierć nagłą i niezauważalną prosimy Cię, Panie». Śmierć ma nastąpić możliwie błyskawicznie, nie pozostawiając czasu na refleksję i cierpienie. Okazuje się, że człowiek nie jest w stanie wyzbyć się całkowicie metafizycznego lęku. Chciałby zatem rzecz rozwiązać inaczej. Chciałby on stać się sam producentem śmierci i w ten sposób sprowadzić ją do kwestii czysto technicznej, nie pozostawiającej miejsca na wielkie pytanie o człowieczeństwo. Rosnące zainteresowanie kwestią eutanazji bierze się stąd, że człowiek chce umknąć śmierci jako spotykającego go fenomenu i chce ją zastąpić śmiercią techniczną, którą on sam nie będzie musiał umierać. Usiłuje się zatrzasnąć drzwi przed metafizyką, nim jeszcze zdoła przez nie wkroczyć. Cena, jaką za to płacimy, jest wysoka. Nieuniknionym następstwem dehumanizacji śmierci jest dehumanizacja życia. Jeżeli chorobę i śmierć sprowadza się na płaszczyznę kwestii czysto technicznych, to i sam człowiek staje się tylko taką kwestią. Gdzie przyjęcie śmierci po ludzku staje się rzeczą zbyt niebezpieczną, tam niebezpieczny staje się sam fakt bycia człowiekiem”. – tenże, Śmierć i życie wieczne, dz. cyt., s. 72-73.

[32] B. Wasiak, J. Pruszyński, R. Gross, *Pomoc psychologiczna osobom w terminalnej fazie choroby,* „Postępy Nauk Medycznych” 9(1996) nr 4, s.180.

[33] J. Barraclough, dz. cyt., s. 96.

[34] Jan Paweł II, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Przemówienie do uczestników kongresu Papieskiej Rady ds. Rodziny*, przem. cyt., s. 33; por. EV nr 27.

[35] D. Ochojska, art. cyt., s. 19.

że to wyczerpujące trwanie w ciągłej gotowości do służby, jest nieraz nie do zniesienia. Zdaniem A. Stedeford i K. de Walden-Gałuszko „wynika to z faktu, że społeczeństwo nie akceptuje cierpienia. Nie widzi jego pozytywnej, niekiedy twórczej roli w życiu. Stąd chęć natychmiastowej likwidacji wszelkich przejawów przykrych uczuć, niezależnie od ich rodzaju i przyczyny, a także niepokój i dyskomfort opiekuna, gdy to się nie udaje”[36].

Towarzyszenie choremu polega na stworzeniu mu takich warunków, w których życzliwość i miłość najbliższych da mu poczucie bezpieczeństwa. Domaga się ono czynu w postaci wsparcia materialnego, konkretnej pracy czy też stałej pomocy[37]. Stąd też Jan Paweł II zachęcając wolontariuszy do opieki nad chorym przypomina im, że „nie wystarczy zaradzić potrzebom kogoś, kto znajduje się w trudnej sytuacji materialnej, należy jednocześnie zaspokoić jego pragnienie wartości i głębokich odpowiedzi. Ważny jest rodzaj pomocy, którą się oferuje, ale jeszcze ważniejsze od tego jest serce, z jakim się jej udziela. Zarówno gdy chodzi o projekty na małą skalę, jak i o wielkie przedsięwzięcia, wolontariat w każdym przypadku powinien być szkołą życia, zwłaszcza dla ludzi młodych, przyczyniając się do ich wychowania w kulturze solidarności i otwartości, w gotowości do dania daru z siebie”[38].

Najkorzystniejsza dla chorego jest sytuacja, kiedy zespół wspierający złożony jest z lekarza, psychologa, duchownego, pielęgniarek, pedagogów, najbliższej rodziny a także tych, którzy kiedyś doświadczyli podobnego dramatu i gotowi są wykorzystać swoje umiejętności[39]. Jego głównym zadaniem jest troska o obecność kogoś z zespołu przy chorym i jego rodzinie, a przynajmniej dyspozycyjność, o każdej porze dnia i nocy. Jest to zgodne z zasadą Kodeksu Etyki Lekarskiej. „Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego” (Salus aegroti suprema lex est)[40]. Świadomość czyjejś obecności umacnia w chorym wiarę i przeświadczenie, że jest szanowany, kochany, a opieka nad nim jest możliwie najlepsza. Opieka ta jest wówczas dobrym „świadectwem cywilizacji”[41]. W Polsce taki sposób pomocy jest w praktyce trudny do zrealizowania. Zbyt wielu chorych przypada na osoby, które się nimi opiekują[42].

---

[36] K. de Walden-Gałuszko, *Stres pracy personelu medycznego,* w: *Psychoonkologia,* red. K. de Walden-Gałuszko, Kraków 2000, ss. 123-128.

[37] B.B. Satterwhite, J. Belle-Isle, B. Condrat, *Grupa wsparcia dla rodziców jako pomoc w radzeniu sobie z żałobą,* w*: Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 214-218.

[38] Jan Paweł II, *Miłość najwspanialszą formą ewangelizacji. Przesłanie na zakończenie Międzynarodowego Roku Wolontariatu,* przem. cyt., s. 8.

[39] J. Wróbel jest zdania, że „posługa życiu pełniona przez służbę zdrowia nie wyczerpuje się [...] w samej opiece przenikniętej nawet najwyższym profesjonalizmem lekarskim. Służba życiu widziana z perspektywy ewangelicznej musi obejmować to życie w pełnym wymiarze, a tym samym uwzględniać również ten delikatny wymiar relacji między pracownikami służby zdrowia i pacjentem, który pozwala mu odkryć sens życia, a także pomaga przeżyć sens choroby i cierpienia. Zwyczajowo upraszcza się ten wymiar służby pełnionej przez placówki opieki medycznej, stwierdzając krótko, iż zadaniem lekarza jest leczenie ciała, a osoby duchownej, zazwyczaj kapelana, leczenie ducha. Nie negując słuszności tego stwierdzenia w tym, co dotyczy zakresu kompetencji poszczególnych posług, należy jednak zwrócić uwagę na konieczność ich dopełniania się oraz przenikania, gdyż obowiązek służby życiu spoczywa na wszystkich i na każdym z nas. Jest to zadanie w ścisłym sensie «eklezjalne», wymagające zgodnego i ofiarnego działania wszystkich członków i wszystkich środowisk chrześcijańskiej wspólnoty. Wspólnotowy charakter tego zadania nie pozbawia ani nie umniejsza jednak odpowiedzialności osoby, do której skierowany jest nakaz Chrystusa, by stawała się bliźnim” każdego człowieka: „Idź i ty czyń podobnie!(Łk 10, 37)”. – J. Wróbel, *Idee centralne chrześcijańskiego rozumienia etosu lekarskiego,* art. cyt., s. 435.

[40] KEL 2.

[41] Jan Paweł II, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Przemówienie do uczestników Kongresu Papieskiej Rady ds. Rodziny,* przem. cyt., s. 33; por. J. Kowalski, *Wyzwania stawiane Kościołowi o zmierzchu drugiego i na progu trzeciego tysiąclecia,* „Chrześcijanin w Świecie” 26(1997) nr 4(205), ss. 3-22.

[42] A. Dubowska, G. Franek, G. Leszczyńska, *Ocena przygotowania pielęgniarek do opieki nad chorymi w stanach terminalnych,* „Pielęgniarka i Położna” 38(1996) nr 2, ss. 4-6; por. K. Meissner, *Naczelna wartość, sens życia a etyka lekarska,* art. cyt., s. 38-39.

Podstawowym zadaniem towarzyszącego ciężko choremu i umierającemu nie jest tłumaczenie sytuacji, w jakiej się znalazł, ale świadectwo solidarności z nim do samego końca. „Dla chrześcijan w szczególności solidarność jest cnotą, która wyraża się w miłości i z niej się wywodzi, a w konsekwencji także, w zakresie opieki nad chorym, rodzi postawy otwarcia i gotowości do pomocy”[43]. Zbyt wiele słów, argumentów, nawet religijnych, odsłania tylko bezradność. Umierającemu nie trzeba odpowiedzieć na zadane przez niego najtrudniejsze pytanie, dlaczego to właśnie on musi odchodzić[44]. Podobnie rzecz się ma z najbliższymi. Nikt nie przekona matki, w ramionach której gaśnie dziecko, że to ma jakiś sens. Wszelkie próby argumentacji zawodzą, z wyjątkiem miłości, którą trzeba jej okazać[45]. Psycholodzy radzą też pomoc w opanowaniu jej emocji[46]. Jest ona skuteczna wówczas, gdy sam opiekun potrafi je opanować i dzielić się duchowym doświadczeniem.

Chory, podobnie jak każdy człowiek, ma swoją osobistą historię i uwarunkowania rodzinne. Rzadko kiedy są one wolne od przynajmniej drobnych konfliktów. Zagrożenie kogoś bliskiego śmiercią zaostrza nieporozumienia wśród najbliższych, a także autoagresję z powodu popełnionych lub tylko domniemanych win. Obciążenie ich psychiki jest bowiem tak duże, że nie są oni zdolni unieść go. Oczekiwanie, że współmałżonkowie jednakowo przeżywać będą stan zagrożenia życia ich dziecka jest niemożliwe do zrealizowania i stanowi dodatkowe źródło nieporozumień. Każdy człowiek jest inny. Posiada odmienne reakcje na stres[47].

Uczucia gniewu, żalu, strachu, obrzydzenia itp. nie są chciane przez cierpiących i upokarzają ich. Usiłowanie przekazania informacji, że opiekun rozumie ich stan, jeśli nie kryje się za nim osobiste dramatyczne przeżycie, jest tylko czystym zabiegiem słownym. Trudno jest odważyć się powiedzieć matce umierającego dziecka, że się ją rozumie, nawet temu, który przy agonii był dziesiątki razy[48]. Trzeba natomiast stworzyć atmosferę zaufania i łatwego ze sobą kontaktu. Jeśli jest to osoba

---

[43] Jan Paweł II, *Ekonomia i zdrowie. Przemówienie do uczestników XIV Międzynarodowej Konferencji Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia,* OsRomPol. 21(2000) nr 2(220), s. 44.

[44] L. Salvino uważa, że na wiele pytań chorego „nie powinno się odpowiadać w sposób «dolorystyczny». Groziłoby to nie tylko udaremnieniem kontaktu, ale i każdej ostatniej próby doceniania czasu choroby. Bóg nie chce jego cierpienia ani cierpienia jego bliskich i dlatego jest z nim, pomagając mu w staraniu, by walczył, jeśli nie o uzdrowienie, to przynajmniej o przeżycie tej resztki w możliwie najłatwiejszym do zaakceptowania stanie”. – tenże, *Śmiertelnie chory,* Kraków 2000, s. 89-90.

[45] S. Mojek wyjaśnia, „że jeżeli centralną treścią Ewangelii jest miłość, to prawda chrześcijańska nie jest jakąś abstrakcyjną teorią. Jest ona przede wszystkim żywą osobą Jezusa Chrystusa (J 14, 6), który żyje jako Zmartwychwstały pośród swoich (Mt 18, 20; Łk 24, 13-35). Może być ona zatem pojmowana, rozumiana i przekazywana tylko w integralnym ludzkim doświadczeniu konkretnym i praktycznym, w którym świadomość prawdy znajduje swe potwierdzenie w autentyczności życia”. – tenże, *Czynna miłość bliźniego w służbie nowej ewangelizacji,* „Roczniki Teologiczne” 45(1998) nr 3, s. 44.

[46] T. Turuk-Nowakowa, *Model pracy psychologa w klinice onkologicznej,* „Polski Tygodnik Lekarski” 48(1993) nr 23-24, s. 535.

[47] „Jako regułę można przyjąć, że członkowie rodziny, których cechują głębokie wzajemne więzi emocjonalne, pod wpływem choroby jeszcze bardziej te więzi zacieśniają, natomiast gdy więzi są pozorne, powierzchowne lub oparte na wyliczaniu własnych korzyści, choroba powoduje ich znaczne osłabienie i w efekcie rozpad rodziny. O sposobie reagowania rodziny na chorobę decyduje także jej model. Uważa się na ogół, że każda rodzina funkcjonuje w obszarze między biegunem rozwoju, a biegunem równowagi i stabilności. Jeśli w funkcjonowaniu rodziny przeważają tendencje rozwojowe, rodzinę taką charakteryzuje chaotyczność i brak planów, a pojawienie się choroby może wzmóc jeszcze dezorganizację. Przy przewadze stabilności rodzina jest tradycyjnie «sztywna», schematyczna i również mało zdolna do przystosowania się do zmian. Optymalną sytuacją jest usytuowanie pośrednie. Rodzina jest wtedy zorganizowana na partnerskich warunkach, realizuje plany, a zarazem przestrzega reguł postępowania oraz wypełniania ról”. – K. de Walden–Gałuszko, *Problemy psychoonkologiczne rodziny,* w: *Psychoonkologia,* red. K. de Walden-Gałuszko, Kraków 2000, s. 85.

[48] Przekonanie własne autora rozprawy, jako kapelana Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie od roku 1995.

wierząca, trzeba odnieść jej przeżycia do tajemnicy Chrystusa. Najczęściej skuteczną okazuje się pomoc w wykonaniu drobnych posług[49].

J. Makselon uważa, że „gotowość bycia z cierpiącym nie oznacza ani szczególnej formy protekcjonizmu ani też wyższości wobec cierpienia jak i cierpiącego, która to wyższość mogłaby mieć swe źródło na przykład w fachowej wiedzy lub przeżytych doświadczeniach. Trzeba powiedzieć wprost, że w spotkaniu z cierpiącym chodzi przede wszystkim o ciepłą obecność i niczym nie uwarunkowaną akceptację osoby taką, jaką w danym momencie jest. Ta medyczno-psychologiczna prawda pokrywa się zresztą z najgłębszym sensem czynu Dobrego Samarytanina, który daje siebie, ale nie zmusza do przyjęcia daru. W geście darowania siebie cierpiącemu zawarty jest także szacunek dla jego wolności, gdyż ostatecznie nie musi on przyjąć ani naszej bezwarunkowej akceptacji jego bólu, ani zwyczajnej obecności. Co więcej, niekiedy wydaje mu się, że zainteresowanie jego cierpieniem to z naszej strony gra. W tej sytuacji chrześcijaninowi, będącemu w kontakcie z cierpiącym, pozostaje także cierpienie. Jest ono o tyle nietypowe w stosunku do innych jego rodzajów, że w zasadzie nie jest zawinione przez żadną ze stron, lecz rodzi się jako uboczny skutek dobrych intencji"[50].

Próby rozwiązywania konfliktów wewnętrznych lub rodzinnych, w sytuacji zbliżającej się śmierci chorego, jest bezcelowe a nawet szkodliwe. Naraża bowiem chorego na dodatkowe cierpienie. W takich sytuacjach, pomoc powinna zmierzać w kierunku stworzenia warunków do wypowiedzenia wszystkich krzywd. Czasami doświadczona osoba wspierająca może pomóc cierpiącemu zrozumieć uczucia, a przynajmniej wskazać źródło ich pochodzenia[51]. Jednak nie należy obwiniać się, gdy ten cel nie zostanie osiągnięty. Opiekunowie nie są innymi ludźmi niż chory i jego rodzina. Wielokrotnie sami nie rozumieją swoich reakcji emocjonalnych i nad nimi nie panują. Istnieje niebezpieczeństwo, iż zajmą się oni tak swoimi sprawami, że umierający pozostanie sam sobie. Najtrudniej jest okazać wsparcie ludziom, którzy zawodowo opiekują się chorymi. W takiej sytuacji odwoływanie się do wszelkich argumentów medycznych i usiłowanie budowania na nich silnej nadziei, jest niezwykle skomplikowane. Doświadczenie zawodowe, tylko w niektórych wypadkach staje się sprzymierzeńcem[52].

Pomocy nie można udzielać „na siłę" , jeśli chory lub jego rodzina nie życzą jej sobie. Dzieje się to wówczas, kiedy opiekunowie nie wzbudzają zaufania swoim postępowaniem lub je utracili na początku choroby, która stała się terminalną. Przyczyn utraty zaufania bywa wiele. Jednak niektóre spośród nich, są bardzo istotne. Stworzenie nadziei na wyleczenie, kiedy przesłanki racjonalne są wątpliwe, staje się źródłem kryzysu[53]. Również brak czasu na rozmowę z chorym i jego rodziną

[49] J. Makselon, *Z psychologii cierpienia,* „Homo Dei" 56(1987) nr 1(203), s. 47.

[50] Tamże.

[51] „Współpraca, z nieuleczalnie chorymi różni się od pracy z chorymi somatycznie aktywnie leczonymi. Wydaje się, że elementarną zasadą jej powinno być nienarzucanie niczego, co jest ponad siły fizyczne i psychiczne chorego, raczej cierpliwe podążanie za nim i bycie z nim, proponowanie rozwiązań co do nie zaspokojonych potrzeb, przepracowanie ważnych problemów utrudniających akceptacje siebie swojego stanu. W postępowaniu z nieuleczalnie chorymi liczy się doświadczenie i rozwaga". – T. Turuk-Nowakowa, *Postępowanie psychologa w chorobach nowotworowych,* s. 199.

[52] M. Durbin, *From both, sides now a Parent-Physician's View of Parent-Doctor Relationships During Pediatric Cancer Treatment,* „Pediatrics" 100(1997) nr 2, ss. 263-267.

[53] „Stan kryzysu psychicznego pacjenta, pisze G. Chojnacka-Szawłowska, związany z nowotworem złośliwym, który może pojawić się na różnych etapach postępowania diagnostycznego bądź terapeutycznego staje się sytuacją wyjątkowo trudną, ponieważ dotyczy zagrożenia największej wartości, jaką jest życie, chociaż, zawsze należy liczyć się z możliwością odbudowania utraconej chwilowo nadziei. Nadzieja to nie tylko wiara w przeznaczenie, Boga, los szczęścia. To coś więcej, to struktura psychiczna, od której może zależeć przeżycie lub śmierć. To znalezienie sobie czegokolwiek, co złagodzi rozpacz, choćby w najdrobniejszej mierze, znalezienie czegoś, dla czego warto żyć, czego się warto trzymać, co jest cenne lub sprawia radość. Walka o przetrwanie w chorobie nowotworowej jest w zasadzie walką między dawnymi, złymi nawykami a nawykami zdrowszymi, a zmiana trybu życia na zdrowszy nie zawsze bywa nagradzana od razu. W takim momencie pewność siebie i wola przetrwania mogą słabnąć, a chory, mimo szansy przeżycia, załamuje się. Niektórzy pacjenci dokonują radykalnych przeobrażeń w swoim życiu, zaczynają nagle dostrzegać swoje po-

oraz lekceważący stosunek do ich obaw, zawsze powoduje ochłodzenie relacji z opiekunami chorego.

W opiece terminalnej nad dzieckiem, oprócz troski okazywanej mu przez rodziców, ważna jest pomoc jego rodzeństwu. Skupianie się na cierpiącym dziecku jest czasem tak duże, że opiekunowie nie mają już dość sił, by zająć się pozostałymi dziećmi, których zdrowie, zwłaszcza psychiczne, także jest zagrożone. Najczęstszym problemem, z którym zdrowe rodzeństwo nie może się uporać, jest poczucie winy wynikające z wcześniejszych kłótni i nieporozumień rodzinnych. Wspierający rodziców powinien mieć czas na wysłuchanie dziecka zdrowego i pomóc mu w jego trudnej sytuacji[54].

W towarzyszeniu choremu terminalnie i jego rodzinie istnieje potrzeba wzajemnej współpracy opiekunów medycznych (zwłaszcza psychologów) i wolontariuszy z kapelanami szpitalnymi, spostrzega R. Jaworski. Według niego religia ma wartość czynnika „terapeutycznego", zwłaszcza tam, gdzie trzeba na nowo odkryć sens życia i umocnić nadzieję. Jawi się jednak pewna trudność, którą jest niewłaściwe sprowadzenie jej wyłącznie do roli narzędzia psychoterapii. Zsekularyzowana świecka psychologia pomaga uwolnić się człowiekowi ze swojego „ja". Jednak zadając pytanie o sens życia, nie potrafi wskazać na jego źródło. Stąd też jest ona różna od chrześcijańskiego kierownictwa duchowego, które odkrywa człowiekowi, że jest kochany i zbawiony przez Boga. W sytuacji, kiedy poszukuje on samopotwierdzenia, z pomocą śpieszą mu opiekunowie medyczni. Gdy jednak potrzebuje rady duchowej, przebaczenia grzechów, modlitwy konieczna jest mu pomoc duszpasterza[55].

Wzajemną relację współdziałania duszpasterza i opiekunów medycznych (zwłaszcza lekarzy

---

trzeby i przesadnie się na nich koncentrują, zmieniają tryb życia, a potem po prostu kapitulują. Wysiłek niezbędny do dokonania zmian wydaje się zbyt wielki, łatwo natomiast wraca się do starych nawyków. Problem polega na tym, że w tym krytycznym momencie nowe nawyki nie są jeszcze utrwalone. Chory nie zdążył zbudować odpowiedniej psychicznej i emocjonalnej struktury, która by je podtrzymała. Perspektywa lepszego, dłuższego i zdrowszego życia jest tylko niejasną wizją, która świta gdzieś w nieokreślonej przyszłości. Dokonywanie zmian może sprawić, że chory poczuje się bardziej nieszczęśliwy, bardziej winny, [...] a może też bardziej świadomy, jak wiele wewnętrznych problemów pozostało nie rozwiązanych". – G. Chojnacka-Szawłowska, *Kryzys w chorobie nowotworowej,* art. cyt., s. 67-68; por. D. Kaplan, *Intervention strategies for families,* w: *Psychosocial aspects of cancer,* red. J. Cohen, New York 1982, ss. 221-234; W. Breitbart, W. Sucide, w: *Handbook of psychooncology,* art. cyt., ss. 291-300.

[54] „Od momentu zachorowania dziecka, rodzeństwo przeżywa silny lęk wynikający z niewiedzy, czym jest choroba nowotworowa, co jest jej powodem, czy można się tą chorobą zarazić od rodzeństwa. Im mniej informacji, tym bardziej odpowiedzi na postawione pytania pochodzą ze świata wyobraźni i często wywołują większy lęk. Blokada informacyjna, jaką niekiedy stosują rodzice, aby uchronić dziecko przed złymi wiadomościami, powoduje większe obciążenie u dziecka niż w sytuacji, gdy rodzice, stosownie do wieku rozwojowego i możliwości poznawczych, wprowadzą zdrowe rodzeństwo w problematykę choroby, wyjaśniając jej genezę i podstawowe procedury medyczne. Okazuje się, że najgorsze dostosowanie stwierdza się u zdrowego rodzeństwa, które nie ma możliwości swobodnej rozmowy o chorobie ani możliwości zadawania pytań dotyczących zmieniającego się stanu chorego rodzeństwa. Zdrowe rodzeństwo często czuje się odrzucone przez rodziców. Czasami zdarza się, że opieka nad nim sprawowana jest przez dalszą rodzinę, niekiedy nawet u tej rodziny mieszka, widując się z rodzicami sporadycznie i za krótko. Kochać to, w rozumieniu małego dziecka, nie znaczy mówić, że się kocha, ale poświęcać czas i uwagę. Gdy dziecko nie otrzymuje tego od rodziców, ma poczucie, że nie jest kochane. Staje więc przed rodzicami bardzo ważne zadanie, by zdrowe rodzeństwo doświadczało bliskości i miłości z ich strony, a nie widziało ich tylko jak wracają do domu, często smutnych i przerażonych. Potrzebne są więc rozmowy, fizyczna bliskość, zainteresowanie się uczuciami dziecka, wspólna z nim zabawa. Im młodsze są to dzieci, tym więcej powinno być w okazywaniu uczuć czułości i ciepła". – F.L. Buczyński, *Rodzina z dzieckiem chorym na białaczkę,* Lublin 1999, s. 85; por. M. Posłuszna, art. cyt., s. 6; M. Samardkiewicz, *Psychologiczne aspekty dziecka w obliczu śmierci. Zagadnienia etyczne opieki paliatywnej dzieci,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, ss. 154-157; T.A. Gonda, J.E. Ruark, *Psychosocial consideration in the treatment of leukemia,* „Comprehensive Therapy" (1985) nr 11, ss. 44-49.

[55] R. Jaworski, *Miejsce spotkania duszpasterstwa i psychoterapii,* „Studia Płockie" 19-20(1991-1992), ss. 171-191.

i psychologów) w towarzyszeniu chorym, dobrze określa G. Allport: „Jeżeli te trzy specjalistyczne drogi będą ze sobą rywalizowały i nawzajem się izolowały, przeszkodzi to sprawie zdrowia psychicznego. W pewnych przypadkach ten separatyzm może poważnie zaszkodzić danej osobie potrzebującej jednego typu porady, jeżeli znajdzie się w rękach wyłącznie drugiego specjalisty. Na szczęście w ostatnich latach jesteśmy świadkami początków współpracy dla wspólnej sprawy”[56].

Objawienie Boże nie przynosi treści bezpośrednio związanych z problematyką tej najtrudniejszej z posług, jaką jest wsparcie i solidarność z umierającym i jego bliskimi. J. Wróbel uważa, że treści związane z solidarnością najszerzej wyraża określenie „koinōnia”, zaczerpnięte z greckiego języka obiegowego[57]. Idea solidarności jest wyrażana także w Piśmie świętym przez termin „chäsäd”, który oznacza „społeczną postawę, wyrażającą zaangażowanie w stopniu daleko przekraczającym to, co wynikałoby z obowiązku. Postawę, która wyraża się i zostaje potwierdzona w konkretnych aktach. Czynami ukierunkowanymi na umożliwienie, wsparcie czy też promocję życia ludzkiego”[58].

Z punktu widzenia teologii biblijnej, wsparcie umierającego i jego bliskich podyktowane jest przez powszechne braterstwo, którego źródłem jest boskie ojcostwo wszystkich ludzi. Księgi Starego Testamentu przeniknięte są wezwaniem do praktykowania solidarności i wsparcia człowieka znajdującego się w nieszczęściu (Księga Rut, Księga Tobiasza, Księga Hioba, Księga Eklezjastesa, Księga Przysłów, Księga Izajasza)[59].

W Nowym Testamencie wyrazem solidarności z umierającym i jego bliskimi jest dzieło Odkupienia, które ogarnia wszystkich ludzi, czyniąc ich „dziećmi Boga” – Jedynego Ojca. Stąd też Jan Paweł II przypomina, że „ Jezus składając samego siebie w ofierze za nas na krzyżu, ustanowił zasady sądu zbawienia, objawiając zamysł miłosierdzia Ojca. Ten sąd zapowiada już dzisiaj: utożsamiając się z „najmniejszym z braci”. Jezus żąda od nas, byśmy go przyjęli i służyli mu z miłością. W dniu ostatecznym powie nam: „Byłem głodny, a dałeś mi jeść” (Mt 25, 35) i zapyta nas, czy głosiliśmy Ewangelię miłości, czyśmy nią żyli i dawali o niej świadectwo. Jakże wymownie brzmią dziś dla nas te Twoje słowa, Panie życia i nadziei! W Tobie każda ludzka ułomność zostaje ocalona i odkupiona. Dzięki Tobie niepełnosprawność nie jest ostatnim słowem w życiu. Ostatnim słowem jest miłość, Twoja miłość, która nadaje sens życiu. Pomagaj nam zwracać serca ku Tobie; pomagaj nam

[56] G.W. *Allport, osobowość i religia,* Warszawa 1988, s. 181.

[57] „Rzeczownik „koinōnia” pochodzi od czasownika „koinōneō” (posiadać coś wspólnie, czynić coś wspólnie lub być uczestnikiem czegoś). W Starym Testamencie powyższa grupa pojęciowa występuje prawie wyłącznie w księgach starszych (Koh, Prz, Mdr, l-4, Mch; „koinōnia” – 3 razy; „koinōneō” – 14 razy), najczęściej jako tłumaczenie hebrajskich słów związanych z rdzeniem „khābar” (jednoczyć – jednoczyć się, połączyć – połączyć się, zestawić). [...] Analogicznie w Nowym Testamencie „koinōnia” oraz „koinōneō” wyraża wszelkiego rodzaju najściślejsze więzi międzyludzkie, jak więź małżeńska, więź rodzinna, partnerstwo, itp. Jego formalnym odpowiednikiem w języku polskim jest termin „wspólność” czy „wspólnotowość”, ale w zależności od różnych znaczeń czasownika „koinōneō” występuje on w Nowym Testamencie w trzech podstawowych odcieniach znaczeniowych: l. wspólnota, zjednoczenie (l Kor 1,9; 2 Kor 6,14; 13,13; Rz 15,26; Ga 2,9; Flp 1,5; 2,1; 3,10; 1 J 1,3.6.7); 2. uczestnictwo w czymś, stowarzyszenie dla posiadania czegoś lub działania (l Kor 10,16; 2 Kor 8,4; Flp 3,10; Flm 6); 3. uczestnictwo, współudział, dzielenie się dobrami (2 Kor 9,13; Flp 2,1; Ga 6,6; Hbr 13,16). Jednocześnie u Św. Pawła Apostoła „koinōnia” otrzymuje znaczenie głęboko teologiczne. Związane z nim treści zostaną rozwinięte nieco dalej. Tutaj warto podkreślić, mając na uwadze temat centralny, że wspólnotowość ta otrzymuje swoje zasadnicze znaczenie od związku człowieka oraz społeczności uczniów z Chrystusem, ale także uczniów między sobą jako związanych wzajemną miłością (por. J 17,21). Wyrażona przez „koinōnia” wspólnotowość jest więc komunią wiary i bycia w Chrystusie, ale także uczestniczenia w Jego Ciele i Krwi, w życiu, śmierci i zmartwychwstaniu. Święty Paweł wyrazi ten związek przy pomocy takich słów jak „współżyć” (por. Rz 6,8; 2 Kor 7,3), „współcierpieć” (por. Rz 8,17), „być współukrzyżowanym” (por. Rz 6,6), „współzmartwychwstać” (por. Kol 2,13; Ef 2,6), „mieć współudział w chwale” (por. Rz 8,17), „współdziedziczyć” (por. Rz 8,17), „współkrólować” (por. 2 Tm 2,12)”. – J. Wróbel, *Człowiek i medycyna…,* dz. cyt., s. 302-303.

[58] Tamże.

[59] Tamże.

rozpoznawać Twoje oblicze, które jaśnieje w każdej ludzkiej istocie, nawet najbardziej znękanej zmęczeniem, problemami i cierpieniem”[60].

Wsparcie okazane przez służbę szpitala i najbliższych ma na celu pomnożenie nadziei, szczególnie wówczas, kiedy choremu i najbliższym wydaje się, że nie ma już ratunku i chciałby krzyczeć: „Dni moje podobne są do wydłużonego cienia, a ja usycham jak trawa” (Ps 102, 12)[61]. Bóg posługując się ofiarnymi ludźmi sprawia, że chory zbliżając się do śmierci nie pogrąża się w rozpaczy, choć niejednokrotnie jego cierpienie jest ogromne[62].

Kościół, „tych [...], którzy wierzą miłości Bożej, upewnia, że droga miłości otwiera się dla wszystkich ludzi, oraz że nie jest daremny wysiłek skierowany ku przywróceniu powszechnego braterstwa. Zarazem upomina, żeby szukać tej miłości, nie w samych tylko wielkich sprawach, lecz również, i to przede wszystkim, w powszednich okolicznościach życia. Ponosząc śmierć za wszystkich nas grzeszników, uczy nas swoim przykładem, że trzeba tak nieść krzyż, który ciało i świat nakłada na ramiona tym, którzy dążą do pokoju i sprawiedliwości” (KDK 38).

W przypowieści o miłosiernym Samarytaninie (Łk 10, 30-37) Chrystus wskazuje, jaki powinien być stosunek do cierpiących bliźnich. Nie można ich mijać i nie dostrzegać ich cierpienia. Słuszną postawą, która wymaga odwagi i miłości jest zatrzymanie się przy chorym, licząc się ze wszystkimi konsekwencjami tego czynu. Być może, że trzeba będzie zrezygnować z realizacji planów osobistych, uszczuplić swoje dobra materialne, czy nawet zaryzykować utratę zdrowia. Opiekujący się umierającym powinien być, jak miłosierny Samarytanin, wrażliwy na cierpienie. Nie powinien wstydzić się wzruszenia i łez. Czasem współczucie jest jedynym przejawem solidarności wobec cierpienia, którego nie sposób złagodzić. Powinien on pielęgnować w sobie ową wrażliwość, czyniącą go podobnym do Chrystusa pochylonego nad człowiekiem, którego ukochał do szaleństwa Swojego krzyża[63]. Uczy on, że nie należy poprzestawać na współczuciu. Trzeba okazać czynną pomoc na miarę sił i środków, którymi się dysponuje. Nigdy nie zdarza się tak, aby cierpiącemu nie można było ulżyć choćby odrobinę.

Towarzyszenie choremu terminalnie i jego rodzinie wynika z solidarności[64], jako podstawy moralnej i społecznej oraz jako cnoty[65]. Rozumiane jest ono jako współodpowiedzialność „in solidum”, to znaczy jednego za wszystkich oraz wszystkich za każdego, spostrzega J. Kowalski. „Nie

---

[60] Jan Paweł II, *Kościół jest dla was „ gościnnym domem”. Przemówienie z okazji jubileuszu niepełnosprawnych,* OsRomPol. 22(2001) nr 2(230), s. 44.

[61] EV nr 46.

[62] Przykładem tego jest wypowiedź młodej kobiety chorej na nowotwór złośliwy: „Gdybym miała teraz wybierać pomiędzy mną zdrową (w potocznym rozumieniu zdrowia) a mną w chwili obecnej, to wybrałabym siebie taką, jaką jestem teraz. Zrobiłabym tak, ponieważ będąc zawsze zdrową, nigdy nie doświadczyłabym tego, co doświadczam. Nie oddałabym poczucia jedności z Bogiem, wewnętrznej dojrzałości, poczucia radości i wszystkich doświadczeń związanych z chorobą. Choroba była dla mnie próbą wytrzymałości, rozwojem, doświadczeniem i umocnieniem jedności z Bogiem”. – M. Chodak, A. Komornicki, *Przykład współpracy pacjenta, psychologa i lekarza w przypadku młodej kobiety chorej na nowotwór złośliwy,* „Psychoterapia” 84(1993) nr 1, s. 27.

[63] SD nr 28.

[64] „Solidarność w ujęciu Jana Pawła II jest cnotą chrześcijańską związaną ściśle z miłością. Przez jej praktykowanie wspólnota chrześcijańska może stać się żywym obrazem Boga, tak jak obrazem jest każdy bliźni odkupiony Krwią Chrystusa i poddany działaniu Ducha Świętego. Może ona stać się nowym wzorem jedności rodzaju ludzkiego, sposobem realizacji tej «Komunii», która jest jednością wszystkich w miłości Chrystusowej. Solidarność proponowana przez Jana Pawła II ma charakter ściśle religijny. Podobną rolę ma Kościół. Jest to rola nauczycielska i duszpasterska oraz prorocza. Mieści się w niej także budowanie struktur czynnej miłości bliźniego, a także naprawy struktur niesprawiedliwości. W tym sensie Kościół jest znakiem naprawy, sakramentem świata”. – J. Kowalski, *Współczesne wyzwania stawiane teologii moralnej*, dz. cyt., s. 31.

[65] Jan Paweł II, *Encyklika Sollicitudo rei socialis. Z okazji dwudziestej rocznicy ogłoszenia Populorum Progressio,* Watykan 1991, nr 38; por. J. Kowalski, *Duchowe potrzeby chorego w stanie terminalnym i jego otoczenia,* w: *Humanizacja opieki medycznej nad człowiekiem w terminalnym okresie choroby nowotworowej*, Częstochowa 2000, ss. 37-54.

jest ono tylko sympatią, współczuciem, zainteresowaniem losem bliźniego, lecz realnym zobowiązaniem ściśle określonym. Jest ono mocną i trwałą wolą angażowania się na rzecz dobra wspólnego”[66].

Jan Paweł II zachęca wspierających chorego i jego bliskich, czy też cierpiącego z innej przyczyny: „Jesteście znakiem nadziei w naszych czasach. Wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia z brakiem nadziei i cierpieniem, otwieracie niewyczerpane źródła poświęcenia, dobroci posuniętej aż do heroizmu, które wypływają z ludzkiego serca. [...] Kroczcie odważnie obraną drogą, niech was nigdy nie powstrzymują trudności. Chrystus, Miłosierny Samarytanin (Łk 10, 30-37), niech będzie najlepszym przykładem do naśladowania dla każdego wolontariusza. Naśladujcie także Maryję, która wybierając się „z pośpiechem”, aby pomóc swej krewnej Elżbiecie, stała się zwiastunką radości i zbawienia (por. Łk 1, 39-45). Niech Ona nauczy was pokornej i czynnej miłości i wyprosi dla was u Boga łaskę dostrzegania Go w ubogich i cierpiących”[67].

2. Trudności w prowadzeniu dialogu z chorym

W ostatnich dziesiątkach lat medycyna odnotowuje ogromny postęp, który ułatwia ustalanie przyczyn chorób i wybrania właściwego sposobu ich leczenia. J. Kowalski spostrzega, „że modyfikacji ulega samo jej pojęcie. Rozszerza się też jej rola. Od podstawowej i pierwotnej jej funkcji, walki z chorobami, na ogólną profilaktykę. Z drugiej jednak strony ten dokonujący się w medycynie postęp, jest głęboko ambiwalentnym z punktu widzenia moralnego. Niesie on ze sobą, obok wartości moralnie pozytywnych, także negatywne. Wartości, które nie zawsze można jednoznacznie ocenić, zwłaszcza, gdy chodzi o przypadki szczegółowe”[68]. Toteż m.in. badanie palpacyjne chorego przez dotyk ciała i rozmowa z nim nie straciły wartości oraz swojego pierwotnego znaczenia. Mowa wyróżnia człowieka spośród wszystkich istot żywych. Zwierzęta wydają głos, czasami nawet wypowiadają poszczególne słowa. Nie potrafią jednak mówić, jak człowiek[69].

Obok postawy ciała, gestów i wyrazu twarzy, charakterystyczny dla człowieka sposób mówienia decyduje o nawiązaniu kontaktu z innymi. Od wieków rozmowa lekarza z chorym stanowi nieodłączny element sztuki leczenia. Postawienie diagnozy, bez możliwości rozmowy z nim a tymi, którzy go znają, jest utrudnione a w niektórych nawet wypadkach niemożliwe. Jest ona nie tylko źródłem informacji o jego chorobie i sytuacji życiowej, lecz posiada także ukrytą moc terapeutyczną. Głos rozmówcy i treść wypowiadanych słów oddziaływuje przyjemnie lub nieprzyjemnie, uspokajająco lub denerwująco, cieszy lub smuci. Wiele dolegliwości psychosomatycznych można zmniejszyć lub uleczyć całkowicie poprzez życzliwą rozmowę, która rozładowuje napięcie psychiczne[70].

Pierwsze słowa służby zdrowia, jeśli są proste, zrozumiałe, dostosowane do wieku, poziomu wykształcenia i pochodzenia chorego, budzą w nim zaufanie i przynoszą ulgę. Język szorstki, niezgodny z potrzebami chorego, bogaty w niezrozumiałą terminologię medyczną, niepokoi a nawet utrudnia zrozumienie tego, co pragnie przekazać lekarz[71].

Rozmowa z chorym jest nie tylko przywilejem lekarza, ale również jego obowiązkiem, podobnie jak i całego zespołu opieki medycznej i wszystkich mających z nim łączność. Jest ona dla zespołu

---

[66] J. Kowalski, *Współczesne wyzwania stawiane teologii moralnej,* dz. cyt., ss. 29-31.

[67] Jan Paweł II, *Miłość najwspanialszą formą ewangelizacji. Przesłanie na zakończenie Międzynarodowego Roku Wolontariatu,* przem. cyt., s. 9.

[68] J. Kowalski, *Obrona życia ludzkiego w praktyce lekarskiej w świetle Magisterium Kościoła,* art. cyt., s. 19.

[69] Z.J. Ryn, *Sztuka rozmowy – sztuka milczenia,* w: *Sztuka rozmowy z chorym,* red. A. Grajcarek, Kraków 2001, s. 61.

[70] M. Rogiewicz, K. Buczkowski, *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i pacjenta z lekarzem,* w: *Komunikowanie się lekarza z pacjentem,* red. J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwki, Wrocław 2000, s. 57-58.

[71] J. Lipiec, *Teoria rozmowy z chorym. Prolegomena filozoficzne,* w: *Sztuka rozmowy z chorym,* red. A. Grajcarek, dz. cyt., s. 27; por. Ph. Mayerscough, M. Ford, *Jak rozmawiać z pacjentem. Psychologia dla lekarzy,* Gdańsk 2001, s. 57.

leczącego ważnym środkiem wykonywanego zawodu[72]. Rodzina chorego i odwiedzający go nie mają takiego obciążenia psychicznego, dlatego rozmawiają z nim z potrzeby serca. Najkorzystniejsze warunki stwarza rozmowa połączona z życzliwością, z miłością do człowieka cierpiącego[73].

Rozmowa z chorym miewa i to nierzadko, bezosobowy charakter, pozbawiony uczuć. Ogranicza się tylko do uzyskania potrzebnych informacji. Bywa, że lekarz narzuca choremu swój sposób widzenia i traktuje go przedmiotowo. Taka postawa określana jest mianem „paternalizmu"[74]. Jest ona ograniczeniem wolności człowieka dla powodów mających na celu wyłącznie jego dobro. Przykładem takiego postępowania jest relacja ojca do dziecka. Przez wieki obowiązujący model stosunku lekarza do chorego akcentuje wielki autorytet lekarza, przy jego biernym podporządkowaniu się. W środowisku lekarskim istnieje obecnie przekonanie, że taka relacja nie jest właściwa. Niedopuszczalne jest uniemożliwienie choremu współdecydowania o własnym zdrowiu i życiu[75].

---

[72] „Właściwy wywiad medyczny jest rozmową, w której pytający (lekarz, pielęgniarka) zdobywa od chorego informacje pozwalające skutecznie udzielić mu pomocy. W zależności od etapu choroby wywiad może przebiegać różnie. W etapie diagnostycznym wówczas, gdy chory zgłasza się po raz pierwszy i rozpoznanie stanu nie jest ustalone ważne jest, by poza ustaleniem faktów «medycznych» (rodzaju, nasilenia dolegliwości itp.) stwierdzić, ile czasu upłynęło od chwili zauważenia zmian do momentu zgłoszenia się do lekarza, a w przypadku opóźnień w kontakcie z lekarzem i jakie były tego powody. W dalszych etapach choroby [...] rozmowa rozpoczyna się od propozycji, by chory opowiedział od początku o swojej chorobie. Pozwala to na ustalenie wielu ważnych spraw. Co chory wie o swojej chorobie. Jakie problemy (somatyczne, psychiczne, życiowe) powoduje dotychczasowa choroba lub jej leczenie. Czy ma oparcie psychiczne w swoim otoczeniu i czy odczuwa jego potrzebę. Po wyczerpaniu treści tej części rozmowy drugą część stanowi wypowiedź chorego na temat aktualnego stanu zdrowia. Tu znowu, poza informacjami czysto medycznymi ustala się rodzaj spraw, które obecnie stanowią dla pacjenta problem. Sposób, w jaki sobie z nimi radzi (walczy, poddaje się, wypiera itp.). Jakie są jego reakcje emocjonalne na sytuację (czy np. lęk, przygnębienie, rozdrażnienie, zdarzają się okazjonalnie, czy też nasilenie ich i częstość występowania jest tak duża, że wymaga interwencji). O ile stosunkowo łatwo można określić problemy pacjentów i sposób ich rozwiązywania, o tyle rozpoznanie reakcji emocjonalnych wyłącznie na podstawie wypowiedzi pacjenta może okazać się trudne i mylące. Celem dobrego wywiadu jest zatem uzyskanie informacji ważnych i dla chorego, i dla lekarza". – K. de Walden-*Gałuszko, problemy komunikacji,* art. cyt., s. 46-47.

[73] Tamże.

[74] „Zasada paternalistyczna określa sposób postępowania ograniczający wolność ludzi bez ich zgody, usprawiedliwiając to obawą, by nie uczynili sobie krzywdy lub chęcią zapewnienia im korzyści, których w przeciwnym wypadku by nie osiągnęli. J. Zembaty ukazuje paternalizm jako ograniczenie niezależności osoby dla powodów mających na celu wyłącznie jej dobro, szczęście, potrzeby, interes lub wartości. Na polu medycyny paternalizm oznacza takie podejście lekarza do chorego, które wymaga podporządkowania się propozycjom lekarza. Tradycyjne zasady postępowania lekarskiego wyrażone w kodeksach etyki lekarskiej minimalizują rolę chorego w procesie leczenia. Przysięga Hipokratesa wskazuje na powinności lekarza. Nic jednak nie wspomina o prawach chorego. Obowiązujący zatem przez wieki model stosunku lekarza do chorego podkreśla wielki autorytet lekarza przy biernym podporządkowaniu się chorego, wyrażając często w praktyce skrajnie paternalistyczną postawę. Paternalistyczny model odniesienia lekarza do chorego znajduje ciągle wielu zwolenników. F.J. Ingelfinger zauważa, że jeśli zgodzić się, że podstawowym zadaniem lekarza jest poprawa samopoczucia chorego, to pewna doza autorytaryzmu, paternalizmu i dominacji jest istotą skuteczności jego działania". – M. Wrężel, *Partnerski charakter relacji między lekarzem i chorym. Aspekt moralny,* Kraków 2000, s. 52-53; por. F. J. Ingelfinger, *Arrogance,* „New England Journal of Medicine" (1980) nr 26, s. 1509-1510; por. E. Emanuel, L. Emanuel, *Four Models of Physician-Patient Relationship,* „Journal of the American Medical Associalion" (1992) nr 16, s. 2221-2222.

[75] K. de Walden-Gałuszko, *Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej,* w: *Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych,* red. M. Hebanowski, K. de Walden-Gałuszko, Z. Żylicz, Warszawa 1998, s. 38. W 1957 r. londyński lekarz i psychoanalityk Michael Balint (1896-1970) publikuje swe główne dzieło „Lekarz, jego chory i choroba". W swojej pracy próbuje on uwrażliwić lekarzy na interakcje z pacjentem. – [b.a.], *Balint – współdziałanie z pacjentem,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 508; F. Zerbe, *Paternalizm w stosunkach lekarz – chory,* w: *Wybrane problemy deontologii lekarskiej,* red. R. Szulc, Poznań 1999, s. 48-49.

Rozmowa lekarza z chorym powinna być serdecznym dialogiem dwóch osób, które mają równe prawa. Monolog jest tego zaprzeczeniem i rzadko kiedy przynosi terapeutyczny skutek. W rozmowie lekarza z chorym powinna być zachowana równowaga pomiędzy przekazem informacji, a umiejętnością słuchania. Zadaniem lekarza słuchającego chorego jest pomoc w ujawnianiu swoich dolegliwości i związanych z nimi przeżyć. Dotyczy to szczególnie tematów mogących wywołać zakłopotanie. Prawdziwy dialog jest długim procesem, w trakcie którego obie strony nabierają do siebie zaufania i próbują odsłonić swoje tajemnice. Nie można wymagać od chorego, aby w rozmowie zaufał lekarzowi bez zastrzeżeń, jeśli lekarz też nie jest szczery[76].

Lekarz nie może być wyłącznie biernym odbiorcą informacji przekazywanych przez chorego. Powinien on wysłuchać go uważnie, używając przy tym „mowy" ciała. Istotną rolę odgrywa tu postawa słuchającego lekarza. Jeśli stoi on nad łóżkiem chorego i unika spojrzenia chorego, raczej nie wzbudza jego zaufania. Swoim zachowaniem sugeruje mu, że jest nieprzystępny i bardzo „ważny". A z taką osobą nie można porozmawiać serdecznie. Przekazanie informacji, bez wypowiedzenia słów, odbywa się również wówczas, gdy lekarz nie potrafi ukryć swoich emocji wobec chorego[77].

Słuchanie „aktywne" jest sztuką, której lekarz i wszyscy pracownicy służby medycznej powinni wciąż się uczyć. Polega ono nie tylko na odbiorze tego, co chory przekazuje, ale także na analizie jego gestów. Każde zachowanie chorego ma dla niego istotne znaczenie[78]. Wartość poznawczą dla niego ma również milczenie chorego, zwłaszcza gdy dotknięty jest on depresją. W takiej sytuacji jego milczenie powinno być przyjęte przez słuchającego życzliwie. W tej sytuacji sama obecność przy nim, drobny gest życzliwości, okazują się najczęściej o wiele cenniejsze niż nadmiar słów[79]. A. Kępiński wyjaśnia studentom i lekarzom, że „najważniejszym lekiem w medycynie jest sam lekarz. Działa on na chorego całą swoją osobowością. Już samo zetknięcie z nim przynosi choremu ulgę"[80].

Rozmowa lekarza z chorym wymaga szczególnych umiejętności. Nawet jeśli posiada on duże doświadczenie, natrafia na wiele przeszkód. Pierwszą z nich jest brak czasu[81]. Chory szuka informacji, gdy lekarz przychodzi na tzw. „wizytę". Cechuje ją najczęściej pośpiech. Nie zawsze również w swoim gabinecie poświęca mu więcej czasu. Rodzi się wtedy u chorego poczucie osamotnienia, na skutek braku powiernika swych zmartwień w szpitalu. Wywołuje to też u niego stan zagrożenia bezpieczeństwa. Stąd poszukuje, on i jego rodzina, ochrony[82].

---

[76] J. Meyza, *O porozumiewaniu się lekarza z chorym na raka,* „Nowotwory" 46(1996) nr 2, ss. 225-230; por. R.G. Twycross., M.S House, *Problem porozumiewania się z chorym i jego rodziną,* w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 166-177.

[77] A. Kępiński uważa, że „rytuał stosunku chory – lekarz przewiduje dla roli lekarza postawę opanowania, tolerancyjną, życzliwą, dominującą, z poczuciem pewności siebie i wiary w autorytet wiedzy, a dla chorego – postawę uległą (wiary w autorytet lekarza i instytucji, którą on reprezentuje, tj. medycyny), w zamian za co daje mu dużą swobodę w ekspresji swych uczuć (bólu, lęku, niepewności itp.)". – tenże, *Autorytet człowieka. Myśli – aforyzmy,* Kraków 2001, s. 269.

[78] Ph. Mayerscough, M. Ford, *Jak rozmawiać z pacjentem. Psychologia dla lekarzy,* dz. cyt., s. 58; por. R. Szulc, *Wprowadzenie do deontologii lekarskiej,* w: *Wybrane problemy deontologii lekarskiej,* red. R. Szulc, Poznań 1999, s. 21-22.

[79] Z. J. Ryn, *Sztuka rozmowy – sztuka milczenia,* art. cyt., s. 71.

[80] A. Kępiński, *Autoportret człowieka. Myśli – aforyzmy,* dz. cyt., s. 270.

[81] M. Sych podaje wyniki swoich badań, z których wynika, że średni czas przeznaczony na rozmowę z chorym w szpitalu wynosił 1 minutę i 20 sekund dziennie. Natomiast C. Wilkinson podaje jeszcze bardziej alarmujące wyniki. Średnia porada u lekarza ogólnego trwa 43 sekundy, a konsultacja 1 minutę 40 sekund. – tenże, *Jak pokonać lęk i bezradność wobec choroby,* w: *Sztuka rozmowy z chorym,* red. A. Grajcarek, Kraków 2001, s. 13; M. Szałankiewicz, *Miłość, medycyna i cuda, czyli psychologiczna anatomia choroby,* „Problemy Rodziny" 29(1990) nr 5(173), s. 4.

[82] Brak czasu obserwuje się szczególnie w takich dziedzinach medycyny, gdzie dużo czasu pochłania praca przy stole operacyjnym. 98 procent chorych będących u lekarza ogólnego i 70 procent chorych podczas specjalistycznych konsultacji szpitalnych, potrzebuje mniej niż 2 minuty na opisanie swojego problemu. Nawet podczas konsultacji szpitalnych tylko jeden na pięciu chorych wymaga na to cztery minuty lub więcej. – M. Sych, *Jak pokonać lęk i bezradność wobec choroby,* w: *Sztuka rozmowy z chorym,* red. A. Grajcarek, Kra-

Choć cierpienie, ból i śmierć są doświadczeniami, które spotyka każdy człowiek, nie każdy potrafi o nich rozmawiać. J. Łuczak wskazuje na niedostateczną wiedzę i umiejętności młodych lekarzy w prowadzeniu rozmowy z chorymi. Wielu z nich odczuwa bezradność wobec napotkanych problemów. Dotyczy to również lekarzy i pielęgniarek o dużym stażu pracy, jednak dotychczas nie pracujących z chorymi, bliskimi śmierci. Pragnąc zaoszczędzić sobie bolesnych przeżyć, unikają sytuacji budzących niepokojące skojarzenia[83].

P. Maguire wyraża przekonanie, że często lekarz obawiając się emocjonalnego zaangażowania, traktuje skargi chorego, zwłaszcza ciężko, jako „normalne" wydarzenia. Zapomina o powadze sytuacji, zbywa go pustymi frazesami[84]. Chcąc ochronić siebie zapomina, że szczere współczucie działa skuteczniej niż lek uspakajający[85].

Wewnętrzny niepokój lekarza, jak zauważa A. Kępiński, jest kolejnym czynnikiem, który negatywnie wpływa na jego jakość rozmowy z chorym. Łatwo przyjmuje on fałszywe założenie, że chory oczekuje od niego rozwiązania wszystkich problemów. Większość lekarzy pragnie pomóc choremu. Stąd niechętnie przyznają się, że czegoś nie wiedzą. Często tworząc wokół siebie atmosferę nieomylności, łatwo usprawiedliwiają swoją postawę. Niestety pragnienie, by nigdy nie zawieść chorego, nierzadko przeszkadza im w nawiązaniu z nim szczerego, otwartego i pełnego zaufania kontaktu. Lekarzowi z dużą praktyką łatwiej jest przyznać się, że nie umie znaleźć natychmiastowej odpowiedzi na każdy problem, z którym się styka w swej pracy klinicznej. Stanowi to znak jego zawodowej mądrości. Natomiast w sytuacji lekarza młodszego, jest to postrzegane jako przyznanie się do niewiedzy i braku doświadczenia[86].

Doświadczenia zawodowe i osobiste lekarza wpływają na jakość jego posługi. Czasem zetknięcie się w życiu prywatnym z chorobą, kalectwem, czy cierpieniem wywołującym emocje, daje mu lepszy wgląd w podobne problemy chorego. Jeśli jest silny psychicznie i umie podzielić się z nim własnymi doświadczeniami, takie osobiste otwarcie się na ogół wzmacnia wzajemne porozumienie się. Natomiast, jeśli własne przeżycia zostawiły w jego psychice jeszcze „nie zagojone rany", które wciąż nie chcą się zagoić, prawdopodobnie nie jest on w stanie zareagować ze współczuciem na podobne problemy chorego[87].

Lekarz często staje w obliczu sytuacji, wobec której czuje się całkowicie bezradny. Zdaje sobie sprawę ze swej niewiedzy i ograniczenia własnych możliwości. Mimo to powinien sprostać zadaniu, wierzyć w swoje umiejętności. Jego niepokój i brak wiary udziela się bowiem choremu.

J. Nagórny snuje refleksję, że rozwój specjalizacji i technicznych możliwości medycyny, nie może naruszyć tradycji personalistycznego podejścia do chorego. Jego rozmowa z lekarzem i każdym pracownikiem służby medycznej, powinna ponownie stać się dialogiem. Ma to miejsce wówczas, kiedy przywracane jest całościowe widzenie osoby chorego, z wszystkimi jego uwarunkowaniami duchowymi, psychicznymi, społecznymi i zdrowotnymi. W istocie sprowadza się to uznania dogłębnej jedności osoby ludzkiej[88]. J. Wróbel, dodaje, że „człowiek pozostaje osobą, której godność, podmiotowość i prawa pozostają niezbywalne". Jeśli w relacjach między chorym i pracownikami służby szpitalnej mają być uszanowane podstawowe dobra i jakości tej natury, „ten status musi być w pełni respektowany. W przeciwnym wypadku nie można już mówić o szanowaniu jej podmiotowości i praw"[89].

---

ków 2001, s. 13.

[83] J. Łuczak, *Czy tylko słowa?,* art. cyt., s. 97.

[84] Ph. R. Mayerscough, M. Ford, dz. cyt., s. 92.

[85] A. Kępiński, *Autoportret człowieka, Myśli – aforyzmy,* dz. cyt., s. 272.

[86] Ph. R. Mayerscough, M. Ford, *Jak rozmawiać z pacjentem,* dz. cyt., s. 99-100.

[87] Tamże.

[88] J. Nagórny, *Godność powołania medycznego,* art. cyt., s. 21; por. J. Kowalski, *Obrona życia ludzkiego,* art. cyt., s. 23.

[89] J. Wróbel, *Człowiek i medycyna…,* dz. cyt., s. 109. „Osoba ludzka potrzebuje życia społecznego. Nie jest ono dla niej czymś dodanym, lecz jest wymaganiem jej natury. Przez wymianę z innymi, wzajemną służbę i dialog z braćmi człowiek rozwija swoje możliwości; w ten sposób odpowiada na swoje powołanie". – KKK nr 1879.

Jan Paweł II przypomina służbie zdrowia o konieczności personalizacji medycyny: „Wasze zadanie [...] nie może ograniczać się tylko do poprawnej sprawności zawodowej, ale musi znaleźć oparcie w postawie wewnętrznej, która słusznie nazywana jest „duchem służby". Albowiem chory, któremu ofiarujecie Waszą troskę i studia, nie jest anonimową jednostkę, której aplikujecie to, co stanowi owoc Waszej wiedzy, lecz jest osobą odpowiedzialną, która winna być wezwana do współuczestnictwa w poprawie własnego zdrowia i powrocie do zdrowia. Powinien on mieć takie warunki, w których będzie mógł osobiście wybierać, nie być skazanym na ponoszenie konsekwencji decyzji i wyborów podejmowanych przez innych"[90].

Stąd wynika konieczność przywrócenia w środowisku służby zdrowia umiejętności prowadzenia dialogu z chorym. Jest on możliwy tylko wówczas, kiedy opiekunowie medyczni opierają go na szacunku dla chorego. Postawa ta jest autentyczna wówczas, gdy cechuje ją zaufanie do chorego, zdolność do słuchania go i zainteresowanie jego sprawami, nie tylko w wąskiej perspektywie medycznej[91].

3. Pożegnania służby szpitalnej i bliskich z umierającymi

Posługa lekarza chrześcijanina ma swój cel. Jest nim dobro człowieka, którego najcenniejszą wartością jest zdrowie i życie oraz zbawienie. Dzięki nim może on w pełni rozwijać swoją osobowość. Tym samym lekarz jest sługą życia, nie tyle jako zjawiska biologicznego, ale jako osobowego istnienia człowieka, które jednoczy w sobie wartości duchowe i cielesne[92]. Nie zawsze jednak życie może być uratowane. Często, mimo usilnych wysiłków, badania diagnostyczne wskazują, że dla chorego nie ma ratunku[93]. Po długiej i wyczerpującej walce o jego zdrowie i życie nadchodzi ten dzień, kiedy lekarz i personel medyczny musi się poddać. Wszystkie bowiem środki ratowania życia chorego zostały wykorzystane i jest on bliski śmierci. Ostateczne rozstanie z życiem może nastąpić w każdej chwili. Do tej pory umierali obok niego inni, obecnie kolej przyszła na niego[94].

W tym najtrudniejszym pożegnaniu z chorym powinna się znaleźć służba medyczna oraz najbliżsi. Zwłaszcza cierpienie bliskich choremu jest ogromne. Nie potrafią mu pomóc. Często obwiniają siebie, że nie zrobili wszystkiego. Przypominają sobie zdarzenia, kiedy relacje z umierającym nie były najlepsze. Chcieliby to wszystko zmienić, naprawić, szczerze porozmawiać, lecz nie potrafią. Niekiedy wskazane jest, aby wypowiedzieli swoje poczucie winy. W takich właśnie chwilach oczekują oni pomocy od personelu medycznego i kapelana szpitala[95]. Brak im bowiem doświadczenia i

---

[90] Jan Paweł II, *Podstawy deontologii lekarskiej. Przemówienie do uczestników Zjazdu Światowego Towarzystwa Lekarskiego,* OsRomPol. 4(1983) nr 10(46), s. 22.

[91] J. Nagórny, *Godność powołania medycznego,* art. cyt., s. 22.

[92] J. Wróbel, *Idee centralne chrześcijańskiego rozumienia etosu lekarskiego,* art. cyt., s. 433.

[93] M. Wałęska-Siempińska, *Moralne problemy śmierci i umierania. Opieka paliatywno-hospicyjna wobec ideologii szpitalnej i eutanazji,* „Sztuka Leczenia"3(1997) nr 1, s. 61; por. H. Feifel, *Psychologia śmierci,* w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 7-22.

[94] B. Wasiak, J. Pruszyński, R. Gross, *Pomoc psychologiczna osobom w terminalnej fazie choroby,* „Postępy Nauk Medycznych" 9(1996) nr 4, s. 180.

[95] „Istotą opieki hospicyjnej jest praca zespołowa, w skład której wchodzą lekarz, pielęgniarki, duchowni oraz wolontariusze zawodów pozamedycznych. Stanowią oni grupę ludzi pragnących służyć osobom umierającym oraz ich rodzinom. Wszystkich ich łączy wspólny cel pomocy chorym w ostatnim stadium choroby nowotworowej. Każdy z członków zespołu ma do wypełnienia sobie właściwą rolę wynikającą z nabytych kompetencji oraz osobistego charyzmatu. Pierwszorzędnym zadaniem zespołu wobec chorych terminalnie jest dostarczenie fizycznej i duchowej ulgi, zmniejszenie fizycznego bólu do minimum oraz zapewnienie wewnętrznego wsparcia. Pełnienie funkcji kapelana zakłada wkroczenie, w pewnej mierze, w zakres kierownictwa duchowego oraz poradnictwa indywidualnego. Pierwszy z nich, określany również jako dialog duchowy, pomoc duchowa, poradnictwo duchowe, czy przewodnictwo duchowe, jest sztuką prowadzenia człowieka w życiu duchowym aż do szczytów doskonałości chrześcijańskiej. Kierownictwo duchowe powinno opierać się na praktycznej wiedzy pozwalającej, poprzez nadprzyrodzoną roztropność, aplikować do konkretnego człowieka, z jego słabościami i szansami, zasady teologii życia duchowego. Kierownictwo ducho-

sił wytrwania do końca. Są zagubieni, dlatego oczekują życzliwości i pomocy[96]. Pomoc, jaką można ofiarować bliskim, to nauczenie ich pożegnania z odchodzącym. Wszystko inne nie ma już większego znaczenia. Wiadomo, że w grę nie wchodzi wyjaśnianie prawdy. Na ogół sytuacja jest oczywista. Jeśli sam chory zna prawdę, kontakt z nim jest ułatwiony. Natomiast, gdy nadal zaprzecza złej prognozie, należy uszanować tę postawę i zachować powściągliwość. Decyzja o podjęciu kolejnego sposobu leczenia, nie jest już brana pod uwagę. Pozostaje pożegnanie z nim. Jest ono dla umierającego i jego bliskich największą próbą człowieczeństwa i wiary w Boga. Kontakt z chorym, w ostatnich chwilach jego życia, wymaga podjęcia wysiłku zrozumienia jego stanu psychicznego. Trzeba jednak pogodzić się z faktem, że towarzyszący mu nie zrozumieją w pełni jego przeżyć wewnętrznych[97].

Doznania umierającego i najbliższych mu osób nie są czymś jednoznacznym. Charakteryzuje je pewna dynamika, którą opisuje E. Kübler-Ross (1970)[98]. „Etapy" doświadczeń wewnętrznych nie muszą występować w opisanej przez nią kolejności, ani też jednocześnie. Każdy człowiek bowiem posiada inną psychikę. Inaczej też przeżywa odejście swoje lub swoich bliskich. Kiedy na nic zdają się wszelkie formy protestu i ucieczki przed śmiercią, chory poddaje się. Nie ma on innego wyboru. W takiej sytuacji jedynym jego pragnieniem są momenty bez cierpienia, aby mógł spotkać się z najbliższymi. Szacunek dla umierającego wymaga również ochrony przed niewłaściwymi wiadomościami[99].

Aby nieść prawdziwą pomoc umierającemu, należy uporać się z własnym lękiem przed śmiercią i umieraniem. Nabycie tej umiejętności pozwala opanować uczucia oraz nawiązać z chorym i jego rodziną szczery i dojrzały kontakt. Życzliwość ta ma duży wpływ na ich poczucie bezpieczeństwa. W tych najtrudniejszych chwilach chory powinien mieć swobodny wybór kogoś spośród personelu szpitalnego, z którym mógłby rozmawiać na tematy dręczących go obaw. Chorzy obdarzają zaufaniem tylko niektórych. Przed innymi ujawniają «dobre samopoczucie» . Badania wskazują, że le-

---

we jest pomocą świadczoną człowiekowi dążącemu do świętości życia chrześcijańskiego. Jego przedmiotem i celem jest rozwój życia duchowego człowieka, który o tę pomoc prosi. Kierownictwo duchowe we właściwym znaczeniu dokonuje się poprzez osobę działającą z upoważnienia Kościoła. W ten sposób działają nie tylko kapłani i zakonnicy, ale i chrześcijańscy rodzice wobec swych dzieci". – M. Kalinowski, *Posługa kapelanów hospicyjnych wśród chorych w terminalnym stadium choroby nowotworowej,* „Studia Warmińskie" 37(2000), s. 566.

[96] B. Wasiak, J. Pruszyński, R. Gross, art. cyt., s. 180.

[97] „Jakiekolwiek nie byłyby odmiany śmierci i obecność przy niej przyjaciół i krewnych, w każdym przypadku pozostaje ona wydarzeniem, które przeżywa się samotnie. Choćby nie wiem jak bliscy i aktywni byli inni, nigdy nie potrafią oni w pełni zrozumieć konającego, nawet jeśli towarzyszyli przy śmierci wielu innym osobom. Mogą być doświadczeni we współuczestnictwie, psychologicznie przydatni, bogaci uczuciowo, ale nigdy nie potrafią zmniejszyć nieodłącznej od śmierci samotności chorego. Każdy człowiek wobec tego wydarzenia jest sam i nie może w żaden sposób skorzystać z własnego ani z cudzego doświadczenia; w odróżnieniu od wszelkich innych wydarzeń w życiu, gdzie opowiadanie może odgrywać konstruktywną i decydującą rolę w tworzeniu mentalności, postawy, stanu ducha, w przypadku śmierci nie ma to znaczenia. To całkowity brak doświadczenia, tak zupełny, że nie pozostaje nam już nic innego, prócz jednej próby własnej śmierci. A to jeszcze raz przypomina o obowiązku wcześniejszego przygotowania się". – L. Salvino, *Śmiertelnie chory,* dz. cyt., s. 78-79.

[98] E. Kübler-Ross (ur. 1926), Amerykanka pochodzenia szwajcarskiego, psychiatra, przyjmuje na podstawie prowadzonych wywiadów z umierającymi, hipotezę o typowym przebiegu procesu umierania. Wyróżnia pięć etapów: 1. Nie przyjmowanie do wiadomości (zaprzeczenie), 2. Gniew (bunt), 3. Pertraktacje (daj mi jeszcze trochę czasu), 4. Przygnębienie (uświadomienie sobie, że to sytuacja bez wyjścia), 5. Pogodzenie się ze śmiercią (zgoda). – [b.a.], *Badaczka śmierci Kübler-Ross,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 580; D. Zagajewska, *Recenzja książki Elisabeth Kübler-Ross „On death and dying",* w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 65-71.

[99] T. Turuk-Nowakowa, *Model pracy psychologa w klinice onkologicznej,* „Polski Tygodnik Lekarski" 48(1993) nr 23-24, s. 534-535.

karz prowadzący nie powinien uchylać się od takich rozmów. To on może dać największe poczucie bezpieczeństwa. Nikt w tym go nie zastąpi[100].

Poznawanie osobowości chorego oraz jego uczuć w ostatnim okresie choroby, a także sposobów ważnych dla psychicznego wsparcia dla niego, stanowi klucz do efektywnej opieki paliatywnej. Tymczasem człowiek chory dorosły najczęściej nie jest do śmierci przygotowany. Jest ona dla niego zaskoczeniem, mimo że jego choroba trwa dłuższy czas[101]. Wcześniej nigdy nie starał się nad jej problemem zastanawiać, odsuwał myśl o niej. Nikt też nie pomógł mu zrozumieć właściwego jej sensu. A przecież dobrze pojęte zjawisko przemijania, wpływa na sposób myślenia i wartościowania[102]. Tymczasem śmierć odarta zostaje często z tego, co nadaje jej sens, a człowiekowi godność, jako osobie stworzonej przez Boga[103].

Każdy ma prawo do w pełni godnego odejścia z tej ziemi. Wiedza bowiem medyczna, jak dotąd, jest bezsilna wobec coraz to nowych nieuleczalnych chorób. Lekarze przyznają się do tego niechętnie. Tymczasem dla wielu z nich chory jest „przypadkiem klinicznym", jakby przedmiotem, a nie osobą (podmiotem)[104]. Są oni przekonani, że choremu będącemu w stanie agonii, nie można już nic pomóc. Pozostawiają go z rodziną, jeśli ona przy nim się zjawi i z personelem pielęgniarskim. Czasami przychodzi też kapłan[105]. Czują się pokonani przez śmierć i wolą się z nią nie konfrontować. Tym bardziej, że przypomina im ona kruchość życia i własne przemijanie[106]. Ci, którzy powinni trwać do końca, najczęściej opuszczają konającego człowieka i jego najbliższych, co nigdy nie po-

---

[100] Tamże.

[101] M. Komorska, *Postawy wobec śmierci w społeczeństwie polskim,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, s. 122.

[102] A. Wysoczańska, *Psychologiczny wymiar umierania i śmierci,* „Przegląd Psychologiczny" 31(1988) nr 4, s. 1053.

[103] Ph. Cormier, *«Ta choroba nie zmierza ku śmierci» (J 11, 4),* „Communio" 9(1989) nr 2(50), s. 124-125.

[104] W. Chrostowski spostrzega, że „szpitale i hospicja to nie tylko miejsca kontaktu lekarzy i pielęgniarek z pacjentami, lecz również miejsca prawdziwego i osobistego spotkania, z którego obydwie strony nigdy nie wychodzą takie same jak przedtem. Również ten aspekt posłannictwa powinien być czytelny od samego początku. Ktoś, kto decyduje się na pomoc chorym, a już szczególnie na pomoc terminalnie chorym dzieciom, powinien w znacznej mierze przynajmniej przeczuwać dylematy, którym trzeba będzie sprostać. W przeciwnym razie położenie i los tych dzieci mogą go zastać kompletnie nieprzygotowanym, zaś w tym nieprzygotowaniu będzie się przejawiała nie tylko niezdolność do podjęcia konkretnych zadań medycznych, lecz głębsza jeszcze i trudniejsza do przezwyciężenia niedojrzałość duchowa i osobowa, która w kontakcie z chorymi nie tyle się rodzi, ile znajduje swój wyraz". – tenże, *Duchowe aspekty paliatywnej opieki pediatrycznej,* „Collectanea Theologica" 69(1999) nr 3, s. 105.

[105] „Głównym celem rozmowy duszpasterskiej jest przygotowanie człowieka na spotkanie z Bogiem. Kapelan udzielający porad pełni w tej rozmowie rolę pomostu. Jest pośrednikiem ułatwiającym człowiekowi kontakt z Bogiem. Podstawowa przyczyna, dla której człowiek szuka kontaktu z duszpasterzem, a nie z psychologiem, tkwi w tym, że psycholog świecki nie zawsze potrafi zrozumieć jego problemy egzystencjalne, odnoszące się do sfery duchowej. Dotyczy to przede wszystkim wartości religijnych, moralnych i spraw sumienia. Dzieje się to szczególnie w przypadku, gdy dana osoba nie wie, jaką postawę religijno-moralną prezentuje psycholog-terapeuta jako człowiek. Osoba szukająca pomocy wybiera kapelana-duszpasterza, słusznie spodziewając się rozwiązania swoich wewnętrznych problemów za pomocą stosowania środków nadprzyrodzonych, które proponuje duszpasterstwo. Pomoc kapelana powinna dotyczyć problemów związanych z odkrywaniem u rozmówcy sensu życia. Jest to szczególnie trudne w terminalnych stanach choroby, wśród ludzi przykutych do łóżka, z nikłą nadzieją uleczenia choroby, a także w odniesieniu do osób z długoletnimi wyrokami odosobnienia. Należy jednak w każdej sytuacji podejmować próby odkrywania sensu życia, cierpienia i śmierci poprzez ukazywanie znaczenia wiary chrześcijańskiej jako podstawy i celu życia człowieka. Pomoc kapelana sprowadza się do uzdalniania władz psychicznych i duchowych człowieka cierpiącego do przyjęcia Boga". – M. Kalinowski, *Posługa kapelanów hospicyjnych wśród chorych w terminalnym stadium choroby nowotworowej,* art. cyt., s. 567; por. I. Lazari-Pawłowska, Schweitzer, Warszawa 1976, s. 234.; J. Brehant, Thanatos, *Chory i Lekarz w obliczu śmierci,* Warszawa 1993, s. 101.

[106] J. Ruszkowska, *Ostatnia choroba – „Hospicjum",* w: *Refleksje nad etyką lekarską,* Warszawa 1990, s. 143; por. V.E, Frankl, Homo patiens, Warszawa 1984, s. 259.

winno mieć miejsca[107]. Obecność lekarza na oddziale szpitalnym, nie jest tym samym, co trwanie z umierającym do ostatniej chwili jego życia. Zawsze powinien on odczuwać niepokój sumienia, że powinien okazać człowieczeństwo w chwili jego agonii i śmierci. Natomiast nie powinien on obawiać się oskarżeń rodziny, że nie potrafi uratować drogiej im osoby. Nie posiada przecież mocy Bożej[108].

Medycyna współczesna zagubiła umiejętność towarzyszenia umierającemu, w przeciwieństwie do tego, co miało miejsce w wiekach poprzednich, gdy świat medyczny był w rękach zakonów męskich i żeńskich oraz diecezji i parafii. Nie było to znowu tak dawno. Na szczęście pojawia się w medycynie prąd, który obejmuje coraz szersze kręgi lekarzy, traktujących umierającego w sposób godny i pełen szacunku. Do takich należy między innymi T. Kielanowski (1905-1992)[109], który pragnąc pomóc studentom medycyny zdobycie szacunku dla terminalnie chorego, głosi ideę powrotu lekarza do łoża umierającego. Jego zdaniem jest ona zdolna ochronić środowisko lekarskie przed dewaluacją godności ludzkiej i śmierci. J. Łuczak[110] przytacza przypadek chorej na raka, która skarży się, że „nikt z lekarzy nie chce usiąść przy niej i wysłuchać, jak bardzo cierpi duchowo”[111]. Często od umierającego można uzyskać wskazówki, jak pomóc innym, bliskim śmierci. Jednak od dojrzałości zespołu leczącego zależy, czy przyjmuje on te trudne doświadczenia i wykorzystuje je[112].

Ponieważ chory ma prawo do śmierci w otoczeniu najbliższych mu osób, toteż tworzenie ośrodków opieki nad ludźmi w ostatnim stadium choroby nowotworowej, na wzór Hospicjum Św. Krzysztofa w Anglii, jest konieczne[113]. Przyczyniają się one bowiem do bardziej godnego trakto-

---

[107] K. Rahner, *Chrześcijańskie umieranie,* w: *Z pomocą umierającym,* red. H. Nikelski, Warszawa 1989, s. 118.

[108] Zdaniem W. Chrostowskiego, „właśnie na tej płaszczyźnie istnieje ogromne pole do współpracy personelu medycznego z terminalnie chorym dzieckiem. Można powiedzieć, że jego sytuacja zabezpiecza lekarzy i pielęgniarki przed kultem medycyny i poleganiem na swoich umiejętnościach i możliwościach. W spotkaniu z chorym dzieckiem lekarze i personel medyczny muszą się przyzwyczaić i pogodzić z własnymi porażkami. O ile świat na zewnątrz szpitali i hospicjów jest pełen triumfalizmu i chełpliwego polegania na sobie, tym głośniejszego, im bardziej pragnie ono ukryć różne porażki, a także rzeczywistość cierpienia i śmierci, o tyle personel medyczny zna cenę zdrowia i życia głównie od strony tego, co im zagraża i może je przerwać. Mimo olbrzymiego postępu medycyny, nie zmieniło się to, co stanowi jej istotę. Zna ona wyłącznie to, co żyje, ale nie potrafi wyjaśnić, czym jest życie jako takie. Sytuacja i los terminalnie chorych dzieci uczy lekarzy i pielęgniarki, niezależnie od ich światopoglądu i przekonań religijnych, pokory. Właśnie ten wzgląd stanowi o niezbywalnych związkach, jakie istnieją między medycyną a religią. Wprawdzie można próbować je przemilczać albo kwestionować, ale nasuwają się one stale i nieodparcie, gdyż każdy przypadek terminalnie chorego dziecka ponawia te same i rodzi nowe pytania. Osoby, które się nim opiekują, są nie tylko dawcami niezbędnej opieki, troski, pociechy, wsparcia, lecz i biorcami tego, czym chore dziecko może je ubogacić. Często można się od niego uczyć niezłomnej nadziei na to, że życie ma głęboki i tajemniczy sens, wykraczający poza doczesny porządek, oraz że stawia nas przed progiem śmierci, który powinniśmy godnie przekroczyć. Mały pacjent może być ogromnym wsparciem dla tych, którzy przychodzą mu z pomocą. Mając to na względzie, personel medyczny powinien być odpowiednio przygotowywany do duchowego spotkania z terminalnie chorymi dziećmi”. – W. Chrostowski, *Duchowe aspekty paliatywnej opieki pediatrycznej,* art. cyt., s. 107.

[109] Tadeusz Michał Kielanowski (1905-92), patolog i ftyzjatra, w latach 1945-50 profesor UMCS w Lublinie (1948-50 rektor), w latach 1950–56 Akademii Medycznej w Białymstoku (1950–56 rektor), w latach 1956-75 Akademii Medycznej w Gdańsku. Od 1963 członek francuskiej Akademii Medycyny jest on autorem prac z zakresu fizjopatologii, ftyzjatrii, filozofii medycyny, deontologii lekarskiej. – [b.a.], *Kielanowski Tadeusz Michał,* w: *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN,* dz. cyt., t. II, s. 345.

[110] Jacek Łuczak (ur. 1934), prof. dr hab. Akademii Medycznej w Poznaniu. Jest on kierownikiem Katedry Onkologii (od 1991). Zorganizował i prowadzi pierwszą w Polsce Klinikę Opieki Paliatywnej. Od roku 1994 krajowy specjalista w zakresie medycyny paliatywnej.

[111] J. Łuczak, *Lekarz wobec umierającego,* art. cyt., ss. 80-86.

[112] Tamże.

[113] Hospicjum (łacińskie słowo „hospitium” w języku polskim oznacza „przyjaźń”). Jest to nowoczesna instytucja opiekująca się umierającymi. Stanowi formę pośrednią pomiędzy szpitalem, a oddziałem opieki pa-

wania umierającego. Ich personel jest odpowiednio przygotowany i wspierany pomocą wolontariuszy. Nie praktykuje się w nich terapii za wszelką cenę. Chodzi raczej o zmniejszanie bólu i przykrych objawów związanych z agonią. O śmierci mówi się tu otwarcie. Nie jest ona skrywana przed umierającym[114].

Ruch hospicyjny wywodzi się z nurtu chrześcijańskiego duszpasterstwa chorych i ma wielowiekowe tradycje. Pierwszy dom podobnie działający jak Hospicjum Św. Krzysztofa powstaje w Irlandii (1805). Założycielkami tego ośrodka są Siostry Miłosierdzia (Laydy's Hospice). W roku 1879 w Londynie powstaje Hospicjum Św. Józefa. W Polsce prekursorką w tej dziedzinie jest Hanna Chrzanowska, założycielka krakowskiego pielęgniarstwa domowego. Celem jej działania jest opieka nad przewlekle chorymi, zwłaszcza na choroby nowotworowe. Przełomem w opiece hospicyjnej jest przyjazd w roku 1978 do Polski C. Saunders, założycielki Hospicjum Św. Krzysztofa. Owocem tej wizyty jest powstanie w roku 1981 w Krakowie Stowarzyszenia Przyjaciół Chorych „Hospicjum", dające początek wolontaryjnemu ruchowi hospicyjnemu. Z inicjatywy księdza E. Dutkiewicza oraz profesor J. Muszkowskiej-Penson powstaje w 1984 roku ośrodek hospicyjny w Gdańsku[115]. Pomocą hospicyjną otoczone są również dzieci. W roku 1994 pojawia się pierwsze w Polsce Hospicjum dla Dzieci[116]. Polska jest drugim krajem w Europie, po Wielkiej Brytanii, która posiada 180 placówek hospicyjno-paliatywnych (1997). Program Krajowej Rady Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej zakłada opiekę nad umierającymi na choroby nowotworowe we wszystkich województwach[117].

Pracujący w hospicjach, odwiedzają umierających, pielęgnują ich, wspierając się też nawzajem. W hospicjum istotna jest atmosfera życzliwości i poświęcenia. Nie powinno w nim być nerwowej walki o każdą sekundę życia, lecz spokojna opieka, łagodząca ból i pozwalająca na godne spojrzenie śmierci w oczy. Co więcej wszyscy winni mieć czas dla umierającego, na rozmowę i drobne posługi, a przede wszystkim obecność przy nim[118].

W hospicjum rodzina i przyjaciele mają do chorego w stanie terminalnym dostęp dzień i noc. Tu zachęcani są do wytworzenia domowej atmosfery, obchodzenia małych uroczystości, sporządzania posiłków sprawiających choremu przyjemność. Nikt nie powinien bronić im przynoszenia do jego pokoju ulubionych rzeczy, nawet przyprowadzania zwierząt domowych, z którymi przed chorobą był związany[119].

Istnieje ogólne przeświadczenie, że w hospicjum śmierć ludzka odzyskuje swoją godność[120]. Nie zasłania się jej parawanem i nie uprząta po niej szybko śladów. Rozumiana jest ona jako konse-

---

liatywnej. Założycielką pierwszego hospicjum i propagatorką tej idei jest Cicely Saunders. Pierwszym chorym hospicjum jest Dawid Taśma. Założycielka dopiero w roku 1967 otwiera oficjalnie Hospicjum Św. Krzysztofa w Sydenham pod Londynem. – M. Wańczowski, *Księga żałoby i śmierci,* Opole 1993, s. 116.

[114] M. Kalinowski, *Duszpasterstwo hospicyjne,* w: *Duszpasterstwo specjalne,* red. R. Kamiński, B. Drożdż, Lublin 1998, ss. 141-155.

[115] M. Kalinowski, *Duszpasterstwo hospicyjne,* art. cyt., s. 149; por. M. Wańczowski, dz. cyt., s. 115; H. Kleszcz, *Od życia do śmierci,* „Magazyn Medyczny" 6(1995) nr 11, s. 22-23.

[116] J. Orłowska, *Pomóc w najtrudniejszym z rozstań,* „Gazeta Lekarska" (1996) nr 5(64), s. 32.

[117] M. Kalinowski, *Duszpasterstwo hospicyjne,* art. cyt., s. 150.

[118] A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki społeczeństwa,* Warszawa 1991, ss. 164-174.

[119] Tamże.

[120] „Założyciele współczesnego ruchu hospicyjnego kierowali się kilkoma prostymi ideami. Po pierwsze, uznali, że umieranie stanowi bezwzględnie najważniejsze wydarzenie w życiu człowieka. Spoglądali na śmierć jako finalne stadium ludzkiej egzystencji oraz normalny i naturalny proces. Pomimo swej «normalności», śmierć rzadko jest łatwa i prosta. Po drugie, twórcy hospicjum chcieli zaoferować specjalny rodzaj wsparcia i opieki choremu oraz jego rodzinie. Uważali, iż trosce o umierających powinna towarzyszyć inna mentalność i inny rodzaj kwalifikacji i umiejętności opieki medycznej. Po trzecie, przyjęli, że zarówno umierający pacjent, jak i jego najbliżsi zasługują na informację o stanie choroby, etapach jej rozwoju i związanych z nimi reakcjami, zachowaniami somatycznymi i psychicznymi oraz o alternatywnych zabiegach medycznych. Posiadając dostateczną wiedzę w tym zakresie, chory i jego najbliżsi mogą podjąć stosowne decyzje, co do dalszych działań terapeutycznych. Unika się wówczas uczucia niechęci czy obciążenia przy podejmowaniu decyzji, w których chory nie uczestniczy. Dla rodziny chorego terminalne stadium choroby jest

kwencja ludzkiego życia, jako najważniejsza chwila, od której zależy to, czy z punktu widzenia religijnego spotkanie z Bogiem będzie radosne[121].

Nie można pozwolić, aby w społeczeństwach zakorzeniło się przeświadczenie, że są one „umieralniami". Tymczasem, jak dotąd, niewiele osób rozumie, że roztaczają one opiekę nad chorym terminalnie i wspierają go w godnym umieraniu. Wspomagają także ich rodziny[122].

Jak to podkreśla Jan Paweł II, „życie zbliżające się ku końcowi jest nie mniej cenne niż życie, które się rozpoczyna. Stąd właśnie osoba umierająca zasługuje na największy szacunek i serdeczną opiekę"[123]. Tym bardziej, że z punktu widzenia wiary, śmierć jest najważniejszym zdarzeniem, podsumowującym niejako życie człowieka, jednocześnie przygotowującym go na spotkanie ze Stwórcą i Odkupicielem[124]. W wielu wypadkach jest ona opowiedzeniem się za lub przeciw Bogu[125]. Nadto właśnie w tej rzeczywistości człowiek opuszcza to, co cielesne i przechodzi do „tam" dla oglądania GO, jak dziecko, które po przyjściu na świat może oglądać twarze swoich rodziców. Dlatego Jan Paweł II nazywa śmierć drugimi narodzinami[126]. Są to narodziny do życia poza granicą śmierci, objawionego przez samego Chrystusa. On jest zresztą jego Świadkiem. Zatem choć każdego „zasmuca nieunikniona konieczność śmierci, to przecież znajduje on pociechę w obietnicy przyszłej nieśmiertelności"[127], w obietnicy danej właśnie przez Chrystusa. Tę rzeczywistość naszych narodzin, przejścia od jednego życia (ziemskiego) do drugiego (wiecznego), każdy musi przeżyć osobiście. Nie oznacza to jednak, że w samotności. Obok najbliższych, powinna być z nim służba medyczna, która nie jest w stanie podtrzymać ziemskiego życia, ale może trwać do samego jego końca[128].

4. Wspieranie najbliższych przez świat medyczny w czasie ich żałoby

Ostatnie lata przynoszą przeświadczenie, że wraz ze śmiercią chorego, będącego w opiece szpitalnej, nie kończy się pomoc świata medycznego. Ona powinna trwać nadal, w czasie tzw. żałoby, która nie ogranicza się jedynie do czasu pogrzebu. Pomoc ta odnosi się do najbliższych dotkniętych śmiercią człowieka im bliskiego i kochanego. E. Kübler-Ross uważa również, że każdy spośród bliskich mógłby sprawować właściwą opiekę terminalną, gdyby choć tylko trochę czasu poświęcił na refleksję nad własną śmiercią. Wyraża ona przekonanie, że postęp w tej dziedzinie nastąpi wówczas, gdy świat, także medyczny, opanuje sztukę porozumiewania z drugim człowiekiem[129].

W miarę zdobywania doświadczenia, zarówno personel szpitalny (lekarze, pielęgniarki, psycholodzy, pracownicy socjalni), jak i bliscy chorego, gdy choroba trwa dłużej, powinni nauczyć się przeżywania żałoby. Intensywność jej zależy od wielu czynników. Jeden z nich, zauważa J. Makselon, jest szczególnie istotny, a mianowicie siła związków emocjonalnych ze zmarłym. W tym przy-

---

bardzo ważnym okresem, życiowym egzaminem, czasem przygotowania na rozstanie z drogą osobą". – M. Kalinowski, *Posługa kapelanów hospicyjnych wśród chorych w terminalnym stadium choroby nowotworowej*, art. cyt., s. 565.

[121] Tamże; por. J. Kowalski, *Szacunek i pomoc dla człowieka bliskiego śmierci,* w: *Chronić i wspomagać życie ludzkie,* red. K. Kaczmarczyk, Kraków 2000, ss. 143-156.

[122] Oficjalny dokument wydany w 1980 roku przez Państwową Organizację Hospicjów w Anglii brzmi: Hospicjum jest skoordynowanym programem opieki paliatywnej i podtrzymującej [...] dla osób umierających i ich rodzin, prowadzonym przez interdyscyplinarny zespół specjalistów i wolontariuszy [...] Opieka jest dostępna przez 24 godziny na dobę. – tamże.

[123] Jan Paweł II, *Chorzy na raka wołają o pomoc,* przem. cyt., s. 43; por. J. Kowalski, *Życie ludzkie bezcenną wartością,* w: *Chronić i wspomagać życie ludzkie*, red. K. Kaczmarczyk, Kraków 2000, ss. 7-10.

[124] J. Ruszkowska, art. cyt., s. 143; por. J. Rahner, *Wobec choroby i śmierci,* art. cyt., s. 75.

[125] A. Dziuba, art. cyt., ss. 52-54.

[126] Jan Paweł II, *Chorzy na raka wołają o pomoc,* przem. cyt., s. 43.

[127] Tenże, *List do moich Braci i Sióstr, ludzi w podeszłym wieku,* dok. cyt., nr 15.

[128] Tamże, nr 18.

[129] Z. Przybylski, B. Pawlaczyk, W. Szulc, *Wobec śmierci,* „Pielęgniarka i Położna" 38(1996) nr 11, s. 20; K. Kocińska, *Terminalna faza choroby nowotworowej*, art. cyt., ss. 8-11.

padku chodzi o bliskie mu osoby. Ból utraty, podkreśla on, jest tym większy, im większa była miłość i wzajemne przywiązanie[130]. Toteż śmierć dziecka trzeba uważać za najcięższe przeżycie dla rodziców i rodziny[131]. Do tego dramatu najczęściej nie można przygotować się tak, jak do innych życiowych wydarzeń. Doznania związane ze śmiercią bliskiego bywają tak wielkie, że ich wpływ widoczny jest na wszystkich płaszczyznach życia najbliższej rodziny. Toteż przeżywana przez nich żałoba przypomina „ciężką chorobę", bo spełnia prawie wszystkie jej kryteria[132]. Są oni zdruzgotani, czasem zaskoczeni, często mają poczucie winy[133].

Po śmierci chorego u jego najbliższych pojawia się najczęściej długi i głęboki smutek, który wywiera wpływ na relacje rodzinne. W przypadku, gdy umiera dziecko, śmierć ta oddziaływuje na pozostałe przy życiu rodzeństwo i wychowanie następnego potomstwa. Większość z nich nie jest zdolna do wywiązywania się z obowiązków życia codziennego. Dobrze, że najczęściej stan ten znajduje zrozumienie w najbliższym otoczeniu. Są też i przeciwnicy tej teorii. Uważają oni żałobę po śmierci kogoś bliskiego za jedno z wielu „naturalnych" przeżyć i wydarzeń. Stąd dla nich nazywanie jej „chorobą" jest nieporozumieniem. Natomiast m.in. J.A. Carlson, G.A. i J.A. Christos a z polskich autorów S. Namysłowska, uważają żałobę za jedną z sytuacji „kryzysowych"[134].

Badania nad problemem żałoby po śmierci kogoś bliskiego wzmagają się już pod koniec pierwszej połowy XX wieku. Prowadzi je E. Lindemann, psychiatra amerykański, podając podstawy do nowej interpretacji bólu po stracie najbliższych [pierwsze podaje na przełomie XIX i XX wieku S. Freud (1856-1939)]. Wyróżnia on dwa zasadnicze sposoby przeżywania żałoby, a mianowicie „normalny" i „patologiczny"[135]. Kontynuatorzy jego badań wyróżniają w przebiegu żałoby „normalnej" kilka etapów. W okresie „początkowym", który trwa od śmierci do kilku tygodni po pogrzebie, reakcja z powodu utraty bliskiej osoby jest emocjonalnie silna, połączona z niedowierzaniem, że śmierć rzeczywiście nastąpiła[136]. Czasem ból psychiczny jest tak silny, że nierzadko szuka

---

[130] J. Makselon, *Z psychologicznej problematyki żałoby,* w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, s. 4.

[131] Na podstawie danych brytyjskich szacuje się, że w rejonie zamieszkałym przez 250 tys. ludzi, w tym przez około 50 tys. dzieci, prawdopodobnie w ciągu roku pięcioro z nich umrze na chorobę ograniczającą życie. W Polsce co roku z powodu chorób nowotworowych umiera około 600 dzieci w wieku od 1 do 19 lat. Ponadto 500 dzieci umiera z powodu innych schorzeń. Większość z nich (80%) umiera w szpitalach, a pozostałe (20%) w domu. Dane statystyczne wskazują, że każdego roku ponad 1 tys. rodzin potrzebuje wsparcia w najtrudniejszych dla nich chwilach. – T. Dangel, *Opieka paliatywna nad dziećmi,* art. cyt., s. 740; E.M. Taylor, N.J. Spencer, R.G. Carpenter, *Evaluation of attempted prevention of unexpected infant deaht in very high-risk infants by planned health care,* „Acta Paediatrica" 82(1993) nr 1, ss. 83-86.

[132] Do objawów żałoby należą: fizyczna niemoc pojawiająca się nagle po usłyszeniu wiadomości o śmierci, poczucie ściskania w gardle, chrząkanie i skrócony oddech, potrzeba wzdychania, poczucie pustki w żołądku, silny psychiczny ból, poczucie winy i niekiedy wrogie nastawienie do bliskich osób. – J. Makselon, *Z psychologicznej problematyki żałoby,* art. cyt., s. 40.

[133] I. Namysłowska, art. cyt., s. 56.

[134] J.A. Carlson, *The psychologic effects of suddent infant death syndrome on parents,* „Journal of Pediatric Health Care" (1993) nr 7, s. 77; por. G.A. Christos, J.A. Christos, *A possible explanation of Sudden Infant Death Syndrome (SIDS),* „Medical Hypotheses" 41(1993), s. 245-246; S. Wolkind, E.M. Taylor, A. Waite, M. Dalton, J.L. Emery, *Recurrence of unexpected infant death,* „Acta Paediatrica" 82(1993) nr 10, ss. 873-876; I. Namysłowska, *Żałoba,* art. cyt., s. 56.

[135] E. Lindemann wśród objawów „normalnej reakcji" na żałobę wymienia: dolegliwości somatyczne (osłabienie, brak apetytu, zaburzenia oddychania), zaabsorbowanie wyobrażeniami (złudzenia wzrokowe), poczucie winy, gniewną irytację i pobudzenie psychoruchowe. – M. Lis-Turlejska, *Problematyka przeżywania utraty w psychologii klinicznej,* w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, s. 27.

[136] A.D. Rund, C.J. Hutzler uważają, że „jedną z najpowszechniejszych reakcji na śmierć jest «brak uczuć». Kiedy członek rodziny dowiaduje się o śmierci chorego, może w ogóle nie zareagować. Wydaje się być otępiały, nie reagujący i całkiem wycofany. Ta początkowa reakcja na utratę pociąga za sobą zaprzeczenie i «oddzielenie uczuć od myśli». Kiedy pacjent wydaje się być otępiały, konieczne może być kilkakrotne powtórzenie informacji o śmierci. Po okresie «braku uczuć» następuje zwykle protest lub dojmujące uczucie

on ucieczki w alkoholu i w narkotykach[137]. Występuje też poczucie winy, najczęściej u rodziców zmarłego dziecka. Ból ten jednak ma niejednakowy stopień nasilenia. Jego zaś natężenie jest uzależnione od wielu czynników (cech charakteru, wiary w Boga lub jej braku, sytuacji rodzinnej, konfliktów z otoczeniem, braku akceptacji własnej osoby, relacji małżeńskich). Bliscy zmarłego cierpią z powodu win osobistych i wyrzutów sumienia, często niesłusznych, związanych z opieką nad nim w czasie choroby i umierania[138]. Najczęściej są przeświadczeni, że jego śmierć jest karą za ich niewłaściwe postępowanie. Oskarżają się też, że zlekceważyli pierwsze objawy choroby. Czasem, że byli zbyt wymagający w stosunku do niego, albo nie mieli dla niego dość czasu. W przypadku zaś małych dzieci, a szczególnie noworodków, że nie okazywali im czułości. Jeszcze długo po śmierci towarzyszy im niepokój, czy zrobili wszystko, co było w ich mocy, aby uratować jego życie. Nieustannie rozważają oni szczegóły z jego życia, choroby i agonii. Próbują odpowiedzieć sobie na pytanie, „dlaczego ich bliski musiał umrzeć?"[139] Wierzący i niewierzący, choć każdy na swój sposób pragną zapewnienia, że ono nie znika na zawsze, a śmierć nie jest kresem istnienia[140].

Dni pomiędzy śmiercią a pogrzebem powodują u bliskich wielką mobilizację psychiczną i fizyczną. Najważniejszym celem staje się godne pożegnanie zmarłego. Każdy szczegół tej uroczystości bywa dla nich ważny. Ale zdarzają się też wyjątki, że nie mają oni dość siły, aby uczestniczyć w obrzędach pożegnania. W czasie żałoby najbliżsi zmarłego doświadczają licznych dolegliwości psychosomatycznych, a niektórzy obawiają się o swoje zdrowie psychiczne[141].

---

tęsknoty. Taka osoba może wątpić w prawdziwość informacji i głośno protestować wobec śmierci; może całkowicie zaprzeczać temu, co się zdarzyło. Jest ono próbą umniejszenia ogromu zmiany, jaka zachodzi w życiu i uczuciach tego, który żyje, i jest «normalną», emocjonalną reakcją na ból psychiczny. Typowa reakcja trwa od kilku chwil do kilku godzin. Jeżeli jest to możliwe, personel oddziału powinien towarzyszyć takiej osobie tak długo, jak to jest możliwe. Jednakże nie jest konieczne, aby rozmawiać wtedy z tą osobą". – A.D Rund, C.J. Hutzler, *Pierwsza pomoc psychiatryczna wobec osób dotkniętych utratą,* w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, s. 123-124.

[137] „Dla pewnych rodzin i kręgów kulturowych alkohol jest częścią procesu żałoby. Stypa jest często połączona z piciem. Niekiedy otwarte dzielenie się uczuciami jest ułatwione przez alkohol, który redukuje napięcie. Takie reakcje zwykle wiążą się z tradycją rodzinną. Istnieje realne niebezpieczeństwo, że używanie alkoholu może być kontynuowane lub może nastąpić eskalacja picia". – tamże.

[138] I. Namysłowska, Żałoba, art. cyt., s. 60.

[139] J.M. Najman, J.C. Vance, F. Boyle, G. Embleton, B. Foster, J. Thearle, *The impact of child death on marital adjustment,* „Social Sciense and Medicine" 37(1993) nr 8, s. 1005-1006; por. M. *Obara, Śmierć i umieranie jako problem filozoficzny i dydaktyczny w Akademii Medycznej,* Poznań 1985, ss. 206-212.

[140] A. von Hildebrand, opisuje przeżycia po śmierci męża. „Okropną rzeczą jest zbudzić się rano, wyciągnąć rękę, aby pogładzić dłoń ukochanego, i schwycić pustkę. Samo zasypianie jest trudne, umysł zdaje się wirować, serce jest niespokojne, a wola odrętwiała; ale jeszcze większym wyzwaniem jest obudzenie się po niespokojnej nocy i stanięcie w obliczu strasznego faktu, że to wszystko nie jest tylko nocnym koszmarem. Rozpaczliwie próbujemy zawrócić zegar, mając nadzieję, że zobaczymy go jeszcze raz, że usłyszymy raz jeszcze jego głos i raz jeszcze powiemy mu, że go kochamy. Ale bezlitosny czas nieubłaganie płynie do przodu, nie sposób go cofnąć. To fakt, którego nie da się zmienić: nasz ukochany odszedł, i jeśli chodzi o nasze ziemskie życie, odszedł na zawsze. Na wargi cisną się gorzkie słowa. «Nigdy, już nigdy więcej». Nigdy nie mogłam zrozumieć, jak ludzie, którzy nie wierzą w Boga ani w nieśmiertelność duszy, ani też w to, że miłość jest silniejsza niż śmierć (Pnp 8,6), są w stanie znieść utratę tych, których kochali najbardziej. Choć być może zasadniczym pytaniem jest to, czy można prawdziwie, w pełni i do końca kochać, jeśli żyje się w przekonaniu, że ukochany to ciało i kości skazane na rozkład w ziemi? [...] Pewna bardzo droga mi osoba zaręczyła się z niewierzącym, który był przekonany, że śmierć jest ostatecznym kresem życia. Pewnego dnia moja znajoma wykrzyknęła w desperacji: «Ale jeśli tak rzeczywiście jest, Willy, jak możesz mnie naprawdę kochać?!» Wiadomo, że miłość to coś więcej niż fizyczna atrakcyjność. Miłość to dostrzeżenie wewnętrznego piękna, które poprzez swój blask zapewnia nas, że przekroczy ograniczenia czasu i przestrzeni. Jeśli taka transcendencja jest tylko iluzją, czyż można prawdziwie kochać?".– tenże, *Uszlachetnione cierpieniem. Listy do wdowy,* Poznań 2002, ss. 13-15.

[141] M. Albrizio, opisuje zachowanie starszej kobiety (w wieku osiemdziesięciu sześciu lat) po śmierci jej męża: „Usiadła ona przygnębiona z dala od oddziału pomocy psychiatrycznej [...]. Przez pewien czas personel uważał, iż siadła tak, aby została zauważona. Kiedy w końcu terapeuta zbliżył się do niej, spojrzała

Trudno jednoznacznie odpowiedzieć, czy wiek zmarłej osoby ma wpływ na jakość przeżywanej żałoby. Badania sugerują brak tego związku[142]. Towarzyszenie umierającemu w agonii, spowodowało śmierć cząstki ich własnego „ja". Wyczerpanie fizyczne i psychiczne jest u nich tak ogromne, że w pierwszych tygodniach po pogrzebie jest im bardzo trudno wrócić do obowiązków rodzinnych i zawodowych[143]. H. Deutsch i P.E. Huston przypuszczają, że przeżywający żałobę częściej cierpią na zaburzenia psychiczne. I. Namysłowska nie potwierdza tej opinii uważając, że „związek przyczynowy zaburzeń psychicznych z żałobą jest trudny do ustalenia w oparciu o dane empiryczne". Jedynym nie budzącym wątpliwości faktem jest większa śmiertelność wdów w okresie żałoby, spowodowana najczęściej niedomaganiem układu krążenia[144].

W przypadku śmierci dziecka, istnieją wyraźne różnice w sposobie przeżywania żałoby po jego stracie przez matkę i ojca. Matka usiłuje na ogół zmniejszyć przykre napięcie emocjonalne poprzez rozmowę. Jeśli jest wierząca, odwołuje się do pomocy Bożej. Szuka ukojenia w intensywnych praktykach religijnych. Dotyczy to także tej, która oddaliła się od Boga[145]. Czasami jednak wybiera samotność, a nawet okazuje w stosunku do otoczenia wrogie uczucia[146]. Matka, która nie znajduje oparcia u najbliższych i w służbie medycznej, nie potrafi sobie poradzić ze swymi negatywnymi przeżyciami[147].

Matka potrzebuje wsparcia duchowego ze strony przygotowanych do tego pracowników służby zdrowia (lekarza, zwłaszcza psychiatry, psychologa, pielęgniarki środowiskowej) bardziej niż ojciec. Większość spośród nich doznaje głębokiego smutku. Odczuwają jakąś potrzebę spotkania się ze zmarłym dzieckiem, choćby tylko we śnie. Przekonane są, że słyszą płacz swojego dziecka lub czują jego obecność. Toteż trudno im wytłumaczyć, że jest to tylko sen lub wynik silnego napięcia psychicznego. Żałobę dodatkowo pogłębiają wcześniejsze przeżycia związane z utratą dziecka w wyniku poronienia, śmierci noworodka lub urodzenia dziecka upośledzonego[148]. Czasami jest to początek choroby psychicznej[149].

---

wzrokiem pełnym przygnębienia i drżąc, wysokim tonem głosu powiedziała: «Wydaje mi się, że wariuję». Terapeuta zaprowadził ją do cichego pokoju, nie wyraziła sprzeciwu, powiedziała tylko. «Jestem całkowicie wykończona, pragnę snu, lecz nie mogłabym usnąć, to zabrało mi całą energię, nawet dzwonienie po taksówkę i przyjazd tutaj». Po dłuższej przerwie powiedziała, że jej mąż zmarł, gdy byli na wakacjach". – M. Albrizio, *Utrata bliskiej osoby – osierocenie,* w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, s. 102.

[142] J.H. Kennell, H. Slyter, M.H. Klaus, *The mourning of parents to the death of a newborn infant,* „The New England Journal of Medicine" (1970) nr 7, s. 346.

[143] J.M. Najman, J.C. Vance, F. Boyle, G. Embleton, B. Foster, J. Thearle, art. cyt., s. 1007-1008.

[144] I. Namysłowska, *Żałoba,* art. cyt., s. 61; por. H. Deutsch, *Absence of grief, The Psychoanalytic Quarterly* 6(1937), ss. 12-22; P. E. Huston, *Neglected approach to cause and treatment of psychotic depression,* „Archives of General Psychiatry" 24(1971) nr 6, ss. 505-508.

[145] J.A. Carlson, art. cyt, s. 78; R. I. Knap, *How parents react and cope with one of life's most devastating losses,* „Psychology Today" (1987), ss. 60-69.

[146] Według J. Bowbly'ego, C.M Parkesa, J. Brown'a a z polskich autorów I. Namysłowskiej, „wrogość bywa najczęściej kierowana ku osobom mniej lub bardziej bezpośrednio związanym ze śmiercią i przebiegiem choroby. Często osobami tymi są lekarze i pielęgniarki. Zdarza się jednak, że wrogość bywa kierowana ku osobie utraconej. Typowa skarga («czemu mnie opuściłeś») jest przecież przede wszystkim gniewnym wyrzutem. Uczucie wrogości towarzyszy zawsze, nawet typowemu przebiegowi żałoby. Charakterystycznym jest fakt, że wśród badanych przez C.M. Parkesa wdów, te, których poziom wrogości był wyższy, oceniały swoje samopoczucie jako gorsze, niezależnie od obiektywnej oceny opiekujących się nimi lekarzy rodzinnych". – I. Namysłowska, *Żałoba,* art. cyt., s. 60; por. J. Bowlby, *Processes of mourning,* „The-International Journal of Psychoanalysis" 61(1960) nr 3, ss. 89-113; C.M. Parkes, R.J. Brown, *Health after bereavement. A controlled study of Young Boston widows and widowers,* „Psychosomatic Medicine" (1972) nr 34, ss. 34-39.

[147] A.D. Rund, C.J. Hutzler, *Pierwsza pomoc psychiatryczna wobec osób dotkniętych utratą,* art. cyt., s. 130-131.

[148] J.H. Kennell, H. Slyter, M.H. Klaus, *The mourning of parents to the death of a newborn infant,* art. cyt., s. 346.

[149] L. Wiener, A. Aikin, M.B. Gibbson, Hirschfeld S., *Visions of those who left too soon,* „American Jour-

Ojciec pragnąc uciec od bolesnych przeżyć, angażuje się mocniej w pracę zawodową. Wraca późno do domu rodzinnego. Kojarzy się on mu z utraconym dzieckiem i z atmosferą żałoby. Wiele rodzin pozostawia pokój dziecka w niezmienionym stanie. Każdy przedmiot, który należał do niego, jego zabawka, fotografia, są źródłem cierpienia. W pierwszych tygodniach ojciec na ogół unika rozmów z żoną o śmierci dziecka. Żona potrzebę samotności męża traktuje jako brak wrażliwości na jej przeżycia. W istocie jest ona spowodowana osamotnieniem (osieroceniem) i wymaga interwencji ze strony służby zdrowia[150]. Zmęczenie spowodowane przykrymi przeżyciami często powoduje pogorszenie się wcześniejszych relacji małżeńskich. W niektórych wypadkach, niechęć do przebywania w domu spowodowana jest zaniedbaniem gospodarstwa domowego przez pogrążoną w depresji żonę[151].

Mąż odgrywa kluczową rolę w przeżywaniu żałoby przez współmałżonkę. Jeśli relacje między nimi są prawidłowe, stanowi on najlepsze dla niej oparcie. Nikt tak nie zna matki zmarłego dziecka, jak jej mąż. Czasami jednak on sam przeżywa rozgoryczenie z powodu „ograbienia" go przez żonę z prawa do wyrażania uczuć: „Kiedy będzie moja kolej na mój płacz?", pisze J.A. Carlson[152].

Nagła i niespodziewana śmierć dziecka ma olbrzymi wpływ na relacje małżeńskie. Pożycie seksualne zostaje zaburzone, bowiem przykre przeżycia są źródłem zniechęcenia, co powoduje przerwanie współżycia seksualnego nawet na długie miesiące. Czasami stają się one również źródłem trwałej oziębłości seksualnej. Sami małżonkowie nierzadko obawiają się, że tracą kontrolę nad swoimi przeżyciami psychicznymi i mogą popaść w chorobę[153].

W pierwszym roku po śmierci dziecka najczęściej występuje obawa przed poczęciem kolejnego, co może, ich zdaniem, przynieść następną tragedię. Prawdopodobnie te przykre doznania są powodem zaburzeń nerwicowych, a nawet niepłodności i poronień. Toteż niektórzy psychologowie zachęcają małżonków, aby nie decydowali się na następną ciążę przez pierwsze 12 miesięcy żałoby.

---

nal of Nursing" 96(1996) nr 9, ss. 57-59.

[150] Przeciwstawieniem procesu samotności jest osamotnienie. Występuje wtedy, gdy jednostka znajduje się w stanie ograniczonych kontaktów wbrew swojej woli. Jest to stan subiektywnego przeżywania niezależnie od obiektywnych powiązań personalnych z najbliższym otoczeniem. Powstaje prawie zawsze w wyniku odrzucenia albo utraty ukochanej osoby czy wartości. Jednostka w sposób subiektywny przeżywa kolejno: poczucie osierocenia, rozpaczy i żałoby. Poczucie osierocenia jest to nagłe odczucie braku przedmiotu miłości. Powoduje to stan pustki, luki, poczucie «wciągnięcia w tunel» czy «usuwania się ziemi spod nóg». Dość często przeżycie to połączone jest ze swoistym „stuporem", czyli zatrzymaniem się życia psychicznego w formie patologicznej reakcji. Człowiek z początku nie uświadamia sobie tego, co zaszło, tkwi jakby poza zdarzeniem, może nawet towarzyszyć temu przeżyciu patologiczny śmiech, zupełnie nieadekwatny do sytuacji. Zdarza się, że na przykład kierowca po przejechaniu człowieka na jezdni zaczyna się śmiać. Jest to taki sam stan wstrząsu, jaki przeżywa człowiek na płaszczyźnie przeżyć fizycznych, przy dotkliwym oparzeniu skóry czy zatruciu związkami chemicznymi. Po kilkudniowym albo kilkutygodniowym okresie «zatrzymania się» życia psychicznego następuje gwałtowny proces rozpaczy. Jest to najtrudniejszy okres dla jednostki, gdyż proces ten może wyzwolić epizody chorób psychicznych albo ukrytą chorobę nerwową. Wymaga on pomocy specjalistycznej i przede wszystkim leczenia snem. Okres rozpaczy jednostka powinna po prostu przespać. Może to trwać 2 miesiące, niekiedy do pół roku. Jest to swoista śmierć psychiczna, która jest następstwem utraty osoby kochanej lub umiłowanej wartości. Jednostka w tym stanie wymaga specjalnej ochrony, pielęgnacji i troski o zapewnienie odpowiedniej higieny życia przez drugiego człowieka czuwającego w pobliżu". – Z. Pochmra-Wysoczańska, *Samotność a osamotnienie,* „Homo Dei" 56(1987) nr 1(203), s. 50.

[151] J.A. Carlson, art. cyt., s. 78-79.

[152] Tamże.

[153] Współżycie płciowe po śmierci dziecka, kobiety traktują prawie wyłącznie jako przykry obowiązek. Czują się winne, gdy doznają jakiejkolwiek radości. Mają pretensje do swoich mężów, że nie potrafią uszanować ich smutku. Przeżycia mężczyzn są odmienne. Dla nich akt małżeński jest okazaniem miłości i współczucia, co w żadnym wypadku nie oznacza, że oni mniej cierpią. Obie strony potwierdzają zgodnie, że w czasie pierwszego stosunku płciowego po śmierci dziecka, kobiety są jakby nieobecne i prawie zawsze cierpią. Natomiast mężczyźni czują się winni zaistniałej sytuacji. – J.A. Carlson, art. cyt., s. 78-79.

W ciągu 2 lat większość małżonków potrafi już uporać się z najbardziej przykrymi następstwami żałoby. Jest to czas bardziej korzystny do urodzenia następnego dziecka[154].

Badania amerykańskie nad osieroconymi rodzicami, z powodu nagłej śmierci niemowlęcia wykazują, że 51 procent rodziców przeprowadza się do innego miejsca w ciągu pierwszego miesiąca po śmierci dziecka, a 86 procent w ciągu pierwszych 6 miesięcy. Ludzie im bliscy często bagatelizują problem utraty dziecka, a nawet czynią zarzuty z powodu przesadnej żałoby. Strach przed rodzicami osieroconymi i nieumiejętność zachowania się w takiej sytuacji sprawia, że znajomi unikają ich[155].

R.H. Wharton., K. Levine, M.S. Lellenik uważają, że najbardziej narażonym na negatywne skutki żałoby są dzieci. Ich przeżycia, choć ukryte przed oczami dorosłych, charakteryzują się ogromną intensywnością. Rodzice nie zastanawiając się nad konsekwencjami swojego czynu, zabierają je do umierającego brata lub siostry. Wstrząs jest tak ogromny, że stany lękowe związane ze wspomnieniem tej sytuacji mogą powracać przez całe życie. Żałoba niszczy ich świat dziecięcych przeżyć. Ten ogród pełen słońca i ufności staje się smutnym cmentarzem. Dziecko nie znajduje oparcia w swoich rodzicach, którzy pochłonięci walką o życie umierającego dziecka nie mają dość sił, aby zająć się pozostałymi dziećmi[156].

Bywa, że rodzeństwo obawia się o siebie nawzajem i o rodziców, że mogą umrzeć i pozostawić ich samych. Nie umieją wyrazić słowami swoich emocji. Zrozumienie istoty śmierci jest procesem związanym na ogół z dorastaniem. Nie oznacza to, że także dzieci nie potrafią sygnalizować na zewnątrz tego, co odczuwają. Czynią to niejednokrotnie przy pomocy zabawy, rysunków i opowieści pełnych fantazji. Przecież nie potrafią smucić się tak długo jak dorośli, co czasem jest mylnie interpretowane, przez ich otoczenie, że nie przeżywają żałoby. Nie znając w pełni psychiki dziecka, prawie zupełnie pomijają ich cierpienie lub starają się je stłumić. Ich niepokój może w związku z tym pozostać niezauważony, zwłaszcza gdy wysyłane są do krewnych, aż wszystko się uspokoi. Postępowanie takie jest wygodne dla dorosłych. Jednak nie powoduje u dziecka obniżenia poziomu lęku. Brak bliskości matki i ojca oraz lęk przed nieznanym zagrożeniem, pustoszy jego psychikę[157].

Żałoba po stracie dziecka bywa powodem nieporozumień i sprzeczek z pozostałymi dziećmi. Rodzice wyczerpani walką o uratowanie chorego dziecka byli mniej troskliwi i czasem mniej tolerancyjni dla zdrowych. Ta mniejsza tolerancja powoduje, że czasem nie mają obecnie siły na rozmowę i okazanie im uczuć. Nie przeczuwają jak bardzo dziecko lub dzieci żyjące mogą taką postawą wynikającą z żałoby po stracie jednego z dzieci być zranione[158]. Rodzeństwo żyjące wyraża przekonanie, że zmarłe dziecko „ukradło" im rodziców. Stany lękowe i depresja są objawami, które dość często występują u rodzeństwa zmarłego brata lub siostry, zwłaszcza jeśli rodzice nie pozwalają im na wyrażenie przeżytej sytuacji. Bywa, że występuje nadopiekuńczość, która ma ochronić dzieci przed chorobą, wypadkiem i śmiercią. Tymczasem ta nieustanna nadopiekuńczość wyrażająca się w trosce, aby mieć pod kontrolą wszystkie dzieci odbiera im radość z przeżywania ich dzieciństwa. Tymczasem mają one prawo do pogodnego dzieciństwa. Stąd rodzice nie mogą obciążać go swoimi dramatycznymi przeżyciami. Okazywanie mu miłości i cierpliwe wyjaśnienia ich sytuacji potrafią ochronić je przed niszczącym psychikę nadmiernym lękiem i smutkiem[159].

---

[154] Tamże.

[155] Tamże, s. 77; por. R.I. Knap, art. cyt., s. 60-69.

[156] R.H. Wharton., K. Levine, M.S. Lellenik, *Pediatrician's role after hospital-based death and permanent disability in school-aged children,* „Clinical Pediatrics" 32(1993) nr 11, ss. 675-680.

[157] Tamże; por. J.J. Spinetta, *Wzory komunikacji w rodzinach dotkniętych chorobą zagrażającą życiu,* art. cyt., ss. 205-207.

[158] Według badań „53 procent matek stwierdza, że pozostałe przy życiu dzieci były w znacznym stopniu poruszone śmiercią, 30 procent dzieci dobrze sobie radziło. Sześć miesięcy po śmierci 76 procent matek spostrzegało, że ich dzieci dobrze sobie radzą z żałobą, a tylko 10 procent matek obserwowało znaczne zakłócenia. Według badań 70 procent matek staje się bliższymi dla swoich dzieci po śmierci, a 21 procent czuje się w tym czasie bardziej obco w stosunku do swoich pozostałych przy życiu dzieci". – J.A. Carlson, art. cyt., s. 78-79.

[159] J. Bowlby, analizując przeżycia dzieci związane z żałobą powodowaną śmiercią bliskiej osoby wyróż-

Z upływem czasu intensywność smutku stopniowo maleje. Jednak czasem zdarzają się nawroty. Trzeba też podkreślić, że nie ma określonego limitu czasowego przeżywania żałoby po stracie najbliższych. Po upływie 6 miesięcy po śmierci, większość osób powraca do stanu normalnego. Istnieje przekonanie wśród psychologów, że rodzina nigdy już nie będzie tą, jaką była przed bolesnymi wydarzeniami. Szczególnie trudnym przeżyciem jest pierwsza rocznica śmierci, święta Bożego Narodzenia albo inne święta rodzinne. Przeżywanie rocznic bywa czasem trudniejsze niż sama śmierć. Nikt nie jest w stanie odjąć cierpień po stracie najbliższych[160]. Jest jednak możliwą rzeczą zmniejszenie ich bólu przez kogoś z zewnątrz. Czasami też następuje samouzdrowienie[161].

H.I. McCubbin i J.M. Paterson wyraźnie podkreślają, że rodziny w różny sposób reagują na sytuację żałoby oraz że w niejednakowym stopniu wykorzystują swój potencjał duchowy i materialny dla właściwej postawy[162]. W wielu przypadkach stanowią grupę udzielającą sobie wzajemnego wsparcia w przypadku śmierci jej członka. Przez to zapewniają sobie poczucie bezpieczeństwa i są najlepszą osłoną dla zranionych uczuć. Jeśli rodzina nie wypracowała charakterystycznego dla siebie sposobu rozwiązywania trudności, a w jej przeżyciach występuje przewaga rozpaczy nad nadzieją, wówczas opanowanie przykrych przeżyć jest trudne[163].

Wsparcie rodziny płynące z zewnątrz jest tylko wówczas skuteczne, jeśli rozpoczyna się ono na długo przed śmiercią dziecka, o ile oczywiście choroba jest przewlekła. Wspólna troska i walka o ocalenie tego życia wzmacnia wzajemne relacje. Do nich łatwo odnieść się w chwili śmierci lub w czasie żałoby. Obecność kogoś z zespołu medycznego przy śmierci bywa dla niego głębokim przeżyciem, które uczy szacunku go dla drugich i pokory wobec własnych umiejętności. Nikt z persone-

---

nia trzy fazy: 1. Adaptację mającą na celu odzyskanie utraconej równowagi. 2. Dezorganizację życia związaną z przeżywaniem głębokiego smutku. 3. Wznowienie dziecięcej aktywności. – M. Albrizio, *Utrata bliskiej osoby – osierocenie,* art. cyt., 80; por. K. Ostrowska-Thomas, *Żałoba i utrata. Pomoc dzieciom w radzeniu sobie,* w: Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby, red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 179-189.

[160] A. von Hildebrand, snuje refleksję, że istnieje „niebezpieczeństwo «prawienia kazań» osobom dotkniętym cierpieniem, wówczas kiedy «głosiciel» sam nie miał okazji pić z kielicha boleści. Gabriel Marcel napisał kiedyś, że ludzie cieszący się wspaniałym zdrowiem i nieograniczoną witalnością nie powinni zabierać głosu na temat odwagi w obecności osób dotkniętych ogromnym cierpieniem, ponieważ w rzeczywistości nie wiedzą, o czym mówią. W podobny sposób trudną do zniesienia może być sytuacja, kiedy człowiek, który nigdy nie doświadczył bólu utraty ukochanej osoby, zaczyna mówić przeżywającemu żałobę o konieczności pogodzenia się z wolą Bożą, używając przy tym szablonowych słów, które nie zostały oczyszczone łzami, ani naznaczone prawdziwą miłością. Rzeczywistą pomocą może się jednak okazać obecność kogoś, kto zna ten ból i właśnie z tego powodu nie prawi kazań. Tak jak dobra siostra wie, co powiedzieć, a czego nie mówić choremu, podobnie jest z kochającym przyjacielem, który wie, czy lepiej jest zachować milczenie, trzymając się za ręce, czy też powiedzieć coś na pocieszenie. Musimy stać się «uszlachetnieni miłością», aby móc czynić to, co właściwe, a jeśli nam się to kiedyś uda, to dzięki Bogu, który włożył w nasze usta odpowiednie słowa i kierował naszymi dłońmi". – tenże, *Uszlachetnione cierpieniem. Listy do wdowy,* dz. cyt., s. 71-72.

[161] R.G. Wilson, *Opieka nad osieroconymi – zadania pediatry,* „Aktualności Pediatryczne" 2(1993) nr 6, ss. 328-334.

[162] W ujęciu H.I. McCubbin i J.M. Patterson (1982) żałoba powoduje głębokie przeżycia rodziny. W konsekwencji jej członkowie nie potrafią przezwyciężyć trudności życiowych. Istotnymi czynnikami wpływającymi na jakość tych doświadczeń są wiek, stan psychiczny, wykształcenie, system wartości, a szczególnie stosunek do Boga u poszczególnych jej członków. – D. Ochojska, *Człowiek chory w rodzinie. Proces zmagania się z sytuacją,* „Problemy Rodziny" 34(1994) nr 6, s. 19.

[163] I. Jelonkiewicz, *Radzenie sobie rodziców z chorobą dziecka. Wybrane zagadnienia,* „Nowiny Psychologiczne" (1992) nr 4, ss. 104-106; P. Lähteenmäki, T. Salmi, M. Salo, *Children with malignant disorders: the health and life situation of their parents examined over a 7-ear interval,* „Acta Paediatrica" 85(1996) nr 1, ss. 70-75; por. S.G. Weizman, Ph. Kamm, *Rodzina jako naturalna grupa wsparcia w okresie żałoby,* w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 139-165.

lu medycznego nie jest w stanie zrozumieć bólu dotkniętych śmiercią bliskich. Wydaje się, że jedyną słuszną postawą jest milczenie wobec jednej z największych tajemnic, jaką jest jej misterium[164].

Najbardziej pomocną dla, dotkniętej śmiertelną chorobą i śmiercią bliskiego, rodziny staje się rozmowa z jej członkami. Mają oni prawo do uzyskania dokładnych informacji dotyczących samej śmierci i udzielonej pomocy medycznej. Najczęściej udziela ich lekarz. M. Albrizio uważa, że nie jest ważne to, kto przekazuje te bolesne wiadomości, ale w jaki sposób to czyni. Niektóre pytania jednak pozostaną bez odpowiedzi, na zawsze. Życzliwa rozmowa również pozwala uświadomić im, że śmierć chorego jest stanem nieodwracalnym. Niezwykle ważne jest to, aby pracownik służby zdrowia umiał słuchać cierpliwie. Wówczas przyniesie on wielką ulgę w cierpieniu[165].

Niektóre spośród tych osób, które utraciły najbliższych, wykazują skłonności samobójcze. Stąd też wynika realna groźba odebrania sobie przez nie życia. Jeżeli osoba przeżywająca żałobę daje do zrozumienia, że ma takie myśli, powinna ona być potraktowana bardzo poważnie. W tym wypadku wymaga ona szczególnej troski ze strony służby zdrowia i rodziny. Szacunek dla przeżyć ludzi, przeżywających śmierć bliskiego, cicha modlitwa wierzących z jednej i drugiej strony, są świadectwem wiary w Boga oraz miłości do ludzi pogrążonych w smutku. Są przypadki, że chronią one od rozpaczy i popełnienia samobójstwa[166].

Wsparcie okazane przeżywającym śmierć bliskiego jest najbardziej pomocne na początku żałoby[167], które właściwie pojęte polega na towarzyszeniu im w kolejnych stadiach smutku (zaprzeczenia, buntu, rezygnacji, poddania się). Jeśli jest to możliwe, obok opiekunów medycznych powinien im towarzyszyć także ktoś bliski. Pokrewieństwo może decydować o jakości tego wsparcia. I.O. Glick uważa, że najlepszej pomocy wdowom udzielają bracia ich zmarłych mężów[168]. Bezradność towarzyszących osieroconym bierze się stąd, że nie wiedzą, jaką zająć postawę. Nie mający doświadczenia pragną pocieszyć ich słowami i najczęściej czynią to źle. Bowiem nie słowa są najważniejsze, lecz solidarna obecność i pokierowanie emocjami w tych najtrudniejszych chwilach[169].

Nie bez znaczenia jest współczucie. Jego źródłem także jest empatia, która powoduje, że obecni przy agonii w jakiejś mierze sami „umierają"[170]. Nie wszyscy jednak posiadają odpowiednie predyspozycje, aby nieść pomoc umierającym i ich bliskim. Zaangażowanie we własne problemy, konflikty moralne i zaburzenia emocjonalne, są przeszkodą trudną do pokonania. Kto utracił w czasie ostatnich kilkunastu miesięcy kogoś bliskiego, nie powinien stać przy łóżku umierającego. Jest on bowiem zbyt mocno obciążony psychicznie. Także dla chorujących na groźne choroby, roztropniej jest, aby nie angażowali się w pomoc umierającym i jego rodzinie, chyba że w wyjątkowych przypadkach. J. Makselon radzi, by w spotkaniach z przeżywającymi żałobę nie ulegać ich uczuciom i

---

[164] B. Zaorska, *Potrzeby i doświadczenia osób opiekujących się umierającymi,* art. cyt., s. 50; por. B.B. Satterwhite, J. Belle-Isle, B. Condrat, *Grupa wsparcia dla rodziców jako pomoc w radzeniu sobie z żałobą,* w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 214-218.

[165] M. Albrizio, *Utrata bliskiej osoby – osierocenie,* art. cyt., ss. 89-91.

[166] J. Kowalski., *Szacunek i pomoc dla człowieka bliskiego śmierci. Aspekt moralny,* w: *Humanizacja opieki medycznej nad człowiekiem w terminalnym okresie choroby nowotworowej*, art. cyt., ss. 55-65; por. A.D. Rund D.A., C.J. Hutzler, *Pierwsza pomoc psychiatryczna wobec osób dotkniętych utratą,* art. cyt., s. 129; por. M. Albrizio, *Utrata bliskiej osoby – osierocenie,* art. cyt., ss. 89-91.

[167] A.D. Rund, C.J. Hutzler, sugerują, że pomoc bliskim zmarłego powinna być udzielona w ciągu pierwszych trzech dni. Polega ona głównie na niesieniu pociechy duchowej. Lekarstwa stosowane są wyjątkowo, ze względu na zaburzenia psychiczne lub współistniejące choroby. - tenże, *Pierwsza pomoc psychiatryczna wobec osób dotkniętych utratą,* art. cyt., s. 132-133.

[168] Tamże.

[169] J. Makselon wyróżnia w terapii z osobami osieroconymi następujące etapy: 1. Akceptacja żałoby jako naturalne przeżycia. 2. Pomoc w przepracowaniu negatywnych emocji. 3. Akceptacja śmierci bliskiej osoby. 4. Reorganizacja dotychczasowego życia. – J. Makselon, art. cyt., ss.50-52.

[170] K. Meissner, *Źródło różnorodności ocen etycznych,* w: Wybrane problemy deontologii lekarskiej, red. R. Szulc, Poznań 1999, s. 34-35.

intencjom, które nie do końca są znane. Powołując się na swoje doświadczenie dodaje, że wiele osób nie jest zainteresowanych głębszą refleksją nad swoim cierpieniem[171].

Po śmierci chorego jego bliscy powinni mieć możliwość pożegnania się z nim[172]. Niestety personel medyczny nie zawsze im na to pozwala. Swoją decyzję najczęściej uzasadnia on obawą o ich stan psychiczny. A przecież nawet dzieci mogą i powinny widzieć zmarłego, jeśli są w obecności dorosłego opiekuna, który jest dla nich oparciem[173]. Służba zdrowia również powinna zadbać, jeśli jest to możliwe, o przybycie duchownego. D.A. Rund i J.C. Hutzler uważają, że nie ma znaczenia, jakiego jest on wyznania, jeżeli tylko potrafi rodzinie zmarłego skutecznie pomóc. Wówczas, jest także czas na rozmowę o sposobie przeżywania żałoby, jeżeli nie podjął tego ktoś z opiekunów medycznych. Dobrze jest zaproponować im przejście do pomieszczenia, gdzie są odpowiednie warunki do jej przeprowadzenia. Jeśli są to osoby wierzące, nie można pominąć kaplicy szpitalnej. Spotkania z Bogiem najczęściej koją ból[174].

Oprócz wspólnej modlitwy, proste gesty życzliwości znaczą więcej niż najmądrzejsze słowa. Zrobienie filiżanki herbaty, telefon do najbliższych, są w takiej chwili najlepszą pomocą w ich cierpieniu[175]. W sytuacji największego bólu, jakim jest utrata kochanej osoby, najbliższa rodzina potrzebuje dokładnego, a nieraz wielokrotnego tłumaczenia, jak ma postępować. Nie wystarczy oschłe zakomunikowanie im, jakie mają spełnić formalności[176]. Dla dokładnych wyjaśnień potrzeba czasu i cierpliwości. Nie trzeba udzielać im zbyt wielu rad, z wyjątkiem tej, by znaleźli sobie czas na podjęcie właściwych decyzji. Nie powinni oni zbyt wcześnie czynić wielkich zmian w swoim życiu. Należy przekazać im swego rodzaju ostrzeżenia dotyczące problemów związanych z rocznicami[177].

Wsparcie nie powinno być ograniczone tylko do pomocy udzielonej w szpitalu. Dobra opieka nad przeżywającymi żałobę wymaga również, od personelu medycznego, okazania im troski po opuszczeniu szpitala. Niezwykle ważny jest kontakt osobisty z osobą wspierającą. W niektórych wypadkach wystarczy rozmowa przez telefon. Należy przypuszczać, że osoby te w trudnej sytuacji skorzystają z pomocy opiekuna[178].

---

[171] J. Makselon, *Z psychologii cierpienia,* art. cyt., s. 47.

[172] M. Albrizio i W.H. Jones uważają, że „nie ma przekonywujących dowodów na to, że oglądanie ciała zmarłej osoby jest korzystne dla osób osieroconych, chociaż literatura powszechnie popiera tę praktykę. Stwierdzają oni, iż u dwóch tylko spośród osiemnastu wdów [...] wystąpiło poczucie rozbicia psychicznego i dyskomfortu, reszta widziała tę sytuację jako potrzebną im. Doświadczenie obejrzenia ciała osoby bliskiej przyczynia się do uznania realności jej śmierci. Należy więc umożliwić osobom bliskim obejrzenie zwłok zmarłego, lecz nie mogą odczuć tego jako nacisku ze strony personelu. Osoby osierocone powinny być uprzedzone o wyglądzie zewnętrznym bliskiej im osoby. Części ciała, które zostały szczególnie poszkodowane (np. w wypadku) najlepiej jest w takim przypadku przykryć". – M. Albrizio, *Utrata bliskiej osoby – osierocenie,* art. cyt., s. 92.

[173] R.H. Wharton., K. Levine, M.S, Lellenik są przeciwnego zdania. Uważają oni, że takie odwiedziny mają negatywny wpływ na dziecko. – tenże, *Pediatrican's role after hospital-based death and permanent disability in school-aged children,* art. cyt., ss. 675-680.

[174] A.D. Rund, C.J. Hutzler, Pierwsza pomoc psychiatryczna wobec osób dotkniętych utratą, art. cyt., s. 124.

[175] Służba zdrowia „zawiadamia w pierwszej kolejności rodzinę pacjenta, a później ewentualnie przyjaciół. Rodzina powinna pozwolić na przekazanie tej wiadomości innym zainteresowanym. Czasem, jednak [...] przyjaciele są jedynymi bliskimi osobami zmarłego, lub też rodzina nie interesuje się jego losami. Takie przypadki wymagają dokładnego zbadania, gdyż każdy z przyjaciół zmarłego może być tym, który wraz z informacją potrzebuje wsparcia. Zwlekanie z informacją o śmierci powoduje wzrost niepokoju i napięcia oraz wprowadza dwuznaczność, gdy osoba znająca prawdę przymuszona jest do unikania udzielenia informacji". - M. Albrizio, *Utrata bliskiej osoby – osierocenie,* art. cyt., s. 89.

[176] Zanim najbliżsi zmarłego opuszczą szpital powinni otrzymać pomoc w dopełnieniu wszystkich formalności. Stąd niezwykle ważne jest, aby niezbędne dla nich informacje znali wszyscy wspierający. Wówczas również należy dokładnie poinformować ich, kto z opiekunów medycznych pomoże im w czasie przeżywania żałoby. – tamże, s. 92-93.

[177] M. Lis-Turlejska, *Problematyka przeżywania utraty w psychologii klinicznej,* art. cyt., ss. 24-37.

[178] A.D. Rund D.A., C.J. Hutzler, *Pierwsza pomoc psychiatryczna wobec osób dotkniętych utratą,* art. cyt.,

W opinii psychologów, współczesna rodzina nie jest przygotowana do tak tragicznego wydarzenia, jakim jest śmierć bliskiego, a szczególnie dziecka. B.B. Satterwhite, J. Belle-Isle, B. Condrat szukają przyczyn w kryzysie wiary i w osłabieniu więzów międzyludzkich[179]. Sekularyzacja jest przecież faktem niezaprzeczalnym. W wielu rodzinach a także i środowiskach medycznych, Prawo Boże nie jest obowiązującą normą moralną, a głos Kościoła postrzegany jest jeden z wielu. „Nie można zamknąć oczu na to, że Kościół coraz bardziej spychany jest na margines", jak pisze J. Kowalski[180]. J. Majka uważa natomiast, że przyczynia się do tego sam przez zaniedbanie czynnej miłości bliźniego, „która często w swoich strukturach nie zeszła poniżej diecezji, a choć nie struktury są tu najważniejsze, to jednak bez nich miłosierdzie nigdy nie stanie się stałym elementem życia chrześcijańskiego"[181]. Zjawiska te są m.in. powodem malejącej odporności na przeżycia spowodowane tragedią śmierci bliskiego, którego choroba choć trwała długo, to jednak nie przygotowała bliskich na to wydarzenia. Znana jest też bezradność pracowników służby zdrowia wobec tajemnicy śmierci[182].

Wobec kryzysu wiary Jan Paweł II przypomina, że „wiara poświadczona przez miłość i bezinteresowność pomnaża siły i nadaje sens życiu"[183]. Rozjaśnia nam ona bowiem tajemnicę śmierci, otwiera przed człowiekiem „nadzieję, która zawieść nie może" (Rz 5,5) i wskazuje perspektywę zmartwychwstania. W chwilach największego bólu spowodowanego rozstaniem jest jedynym skutecznym „lekarstwem" dla pogrążonych w żałobie[184].

Tym, którzy utracili najbliższych, powinna pomóc „solidarność" międzyludzka nazywana również „przyjaźnią". Jest ona wynikiem braterstwa ludzkiego i chrześcijańskiego[185]. Toteż dla Jana Pawła II każdy gest „na rzecz wzajemnej pomocy" jest pozytywnym znakiem we współczesnym świecie[186]. W tym przypadku bardzo potrzebującymi pomocy są pogrążeni w żałobie, bo są bliscy utraty nadziei i rozpaczający[187].

Wsparcie dla przeżywających żałobę powinno być integralne. Nie można zapomnieć o umocnieniu ich zdrowia fizycznego, psychicznego i moralnego. Aby to było możliwe, lekarz i jego zespół nie mogą ograniczać się tylko do urzędowego wykonania swoich obowiązków. Zobowiązani są oni okazywać im pełną miłości troskliwość, wzorując się na ewangelicznym przykładzie dobrego Sa-

---

s. 127.

[179] B.B. Satterwhite, J. Belle-Isle, B. Condrat, *Grupa wsparcia dla rodziców jako pomoc w radzeniu sobie z żałobą,* art. cyt., s. 215.

[180] J. Kowalski, *Współczesne wyzwania stawiane teologii moralnej,* dz. cyt. s. 33.

[181] J. Majka, *Kościół w Polsce po II wojnie światowej,* „Ateneum Kapłańskie" 85(1993) z. 1(506), s. 22.

[182] Niektórzy pracownicy służby zdrowia nie potrafią pogodzić się ze śmiercią swoich chorych. Jeśli nie znajdą oni oparcia w swoim otoczeniu, prawdopodobnie zmienią pracę. Wynika to stąd, że personel medyczny ratując życie zaniedbuje doskonalenie umiejętności towarzyszenia w umieraniu, gdy już nie można choremu pomóc. - A.D. Rund, C.J. Hutzler, *Pierwsza pomoc psychiatryczna wobec osób dotkniętych utratą,* art. cyt., s. 133.

[183] Jan Paweł II, *Kościół jest dla was „gościnnym domem". Przemówienie do uczestników Jubileuszu Niepełnosprawnych,* OsRomPol. 22(2001) nr 2(230), s. 44.

[184] Tenże, *List do moich Braci i Sióstr, ludzi w podeszłym wieku,* dok. cyt., nr 2.

[185] KKK nr 1939; *Jan Paweł II, Dialog między kulturami drogą do cywilizacji miłości i pokoju. Orędzie na XXXIV Światowy Dzień Pokoju,* OsRomPol. 22(2001) nr 2(230), s. 28; por. Pius XII, *La question sociale aujourd'hui. Radio-Message pour la Pentecôte,* w: *Relations humaines et société contemporaine, Synthèse chrétienne des directives,* dok. cyt., t. I, ss. 243-257.

[186] Jan Paweł II, *Encyklika „Sollicitudo rei socialis". Z okazji dwudziestej rocznicy ogłoszenia „Populorum Progressio",* Watykan 1988, nr 39.

[187] Dla Soboru Watykańskiego II Chrystus „w swoim nauczaniu wyraźnie polecił dzieciom Bożym, by odnosiły się do siebie wzajemnie jako bracia. W swojej modlitwie prosił, by wszyscy Jego uczniowie byli «jedno». Co więcej – On jako Odkupiciel wszystkich, sam aż do śmierci za wszystkich się ofiarował. «Większej od tej miłości, nikt nie ma, jak żeby duszę swoją dał kto za przyjaciół swoich» (J 15,13). Apostołom zaś polecił głosić orędzie ewangeliczne wszystkim narodom, żeby ród ludzki stał się rodziną Bożą, w której pełnią prawa byłaby miłość". – KDK 32.

marytanina (Łk 10, 30-37). Dotyczy to także wolontariuszy[188], obojętnie czy są wierzący czy też nie. Wynika to z zupełnie naturalnych pobudek wpisanych w człowieczeństwo. Dla wierzących troska płynie też z miłości zalecanej przez Chrystusa[189]: „Po tym wszyscy poznają, żeście uczniami moimi, jeśli będziecie się wzajemnie miłowali" (J 13, 35). Jego słowa są zbyt jednoznaczne, „aby można było umniejszać ich doniosłość", pisze Jan Paweł II[190]. Wierzącym, pomagającym bliskim będącym w żałobie, nie może zabraknąć miłości. Inaczej wszystko traci swój sens i skuteczność, o czym przypomina Apostoł Narodów św. Paweł[191]: „Gdybym też miał dar prorokowania i znał wszystkie tajemnice, i posiadał wszelką wiedzę, i wszelką wiarę, tak iżbym góry przenosił, a miłości bym nie miał, byłbym niczym" (1 Kor 13, 2).

[188] Jan Paweł II, *Medycyna a prawa człowieka. Przemówienie do uczestników Jubileuszu Lekarzy Katolickich,* przem. cyt., s. 39.

[189] „Prawdziwa miłość bliźniego powinna znaleźć wyraz w różnego rodzaju aktach, ale u podłoża wszystkich jej przejawów leży postawa duchowa, którą odwieczna tradycja teologiczna – zgodnie zresztą ze znaczeniem biblijnego terminu «agape», obejmuje nazwą «życzliwość». Kategoria «życzliwości» przy wyjaśnianiu i normowaniu współżycia między ludźmi jest stosowana w chrześcijaństwie od samego początku. Najwyższe uznanie dla niej wypowiada Ojciec i Doktor Kościoła św. Ambroży głosząc, że jest to «jakby wspólna wszystkim matka [...], bez niej współżycie ludzkie jest nie do pomyślenia. Święty Tomasz z Akwinu zaś uznaje w niej (łac. benevolentia, amor benevolentiae) zasadnicze narzędzie interpretacyjne chrześcijańskiej zasady miłości bliźniego". – S. Olejnik*, Powołanie chrześcijańskie. Teologia moralna życia społecznego,* dz. cyt., t. III, s. 50-51.

[190] Jan Paweł II, *List apostolski „Novo millennio ineunte". Do biskupów, duchowieństwa i wiernych na zakończenie Wielkiego Jubileuszu Roku 2000,* OsRomPol. 22(2001) nr 2(230), s. 18.

[191] Tamże.

ROZDZIAŁ CZWARTY

GRANICE MORALNEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI SŁUŻBY MEDYCZNEJ

Praca z chorym wymaga odpowiednich psychicznych predyspozycji, przygotowania i znajomości podstaw etyki zawodowej. Od lekarzy i współpracowników oczekuje się umiejętności rozróżniania między rzeczywistym dobrem chorego a sukcesem terapeutycznym.

Na płaszczyźnie etycznej poważne wyzwania stanowią trudności z informowaniem chorego o stanie jego zdrowia (par. 1). Istnieją bowiem wyraźne różnice w poglądach dotyczących zakresu jego dostępności do pełnej prawdy o chorobie. Jego godność oraz poszanowanie dla jego uprawnień dają mu do tego prawo. Czasem informacja o stanie własnego zdrowia jest trudna do przyjęcia dla chorego. Dowiaduje się bowiem, że zapowiada się dla niego długie cierpienie, które może zakończyć się śmiercią. W takiej sytuacji do powinności służby medycznej należy ulżenie mu w cierpieniu psychicznym i fizycznym. Medycyna zna wiele sposobów opanowywania bólu i lęku (par. 2). Zespalane są światowe wysiłki naukowe, których rezultatem jest coraz doskonalszy program leczenia przeciwbólowego. Jednak stosowanie silnych środków znieczulających nie jest wolne od dylematów moralnych. Do służby medycznej należy rozstrzyganie o zakresie ich wykorzystania, w oparciu o rzetelną wiedzę medyczną i zasady etyczne. Solidarność z cierpiącym i ratowanie jego życia nie powinno nigdy przerodzić się w uporczywą terapię (par. 3). Przerwanie zabiegów podtrzymujących życie w sytuacji, gdy stwierdzono śmierć mózgu, jest pokornym uznaniem ograniczoności życia ludzkiego, a dla niego jego zależności od Boga. Jednak przyczynianie się do śmierci chorego, pod pozorem stwarzania godnych warunków umierania, zasługuje na zdecydowane potępienie. Żadne racje nie usprawiedliwiają eutanazji (par. 4).

1. Trudności związane z informacją chorego o chorobie i jej granice

Od czasów Hipokratesa trwa dyskusja dotycząca przekazywania choremu całej prawdy[1] o jego sytuacji zdrowotnej[2]. Środowisko medyczne jest podzielone na jej zwolenników i przeciwników. Zwolennicy uważają, że chory ma prawo domagać się od swojego lekarza, aby powiedział mu całą prawdę. Argumentują, że jeśli jest on nieuleczalnie chory, powinien być w pełni świadomy tego, co się z nim dzieje. Ich zdaniem, takie samo prawo mają także dzieci, z tym zastrzeżeniem, że jej przekaz pozostawią rodzinie lub ich opiekunom, odpowiednio przygotowanym przez psychologa. R. Sauer jest przekonany, że „w ogólnym i religijnym wychowaniu trzeba wziąć pod uwagę i to, że dzieci na pewno poznają także ciemne strony życia. Musimy je już wcześnie przygotować do pełnej cierpień rzeczywistości. Źle byśmy się im przysłużyli, gdybyśmy ukrywali przed nimi ponurą rzeczywistość życia[3]. Na podstawie wielorakich doświadczeń psychoterapeutycznych Amerykanka S. H. Fraiberg dochodzi do przekonania, że «w naszych wysiłkach, aby chronić dzieci przed bolesnymi wzruszeniami, okradamy je może z najlepszych sposobów przezwyciężania bolesnych przeżyć. Smutek, nawet po zdechłym chomiku, jest potrzebny, aby umieć pogodzić się ze stratą. Dziecko,

[1] „Prawda jako prawość postępowania i prawość słowa ludzkiego nazywa się «prawdomównością», szczerością lub otwartością. Prawda lub prawdomówność jest cnotą, która polega na tym, by okazywać się prawdziwym w swoich czynach, by mówić prawdę w swoich słowach, wystrzegając się dwulicowości, udawania i obłudy".– KKK nr 2468.

[2] Będę podejmować lekarskie decyzje dla pożytku chorego zgodnie z mymi zdolnościami i moim osądem, strzec się jednak będę przed tym, by użyć ich na szkodę i w nieprawy sposób" (fragment przysięgi Hipokratesa). – [b.a.], *Przysięga Hipokratesa określa obowiązki lekarza,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 37.

[3] R. Sauer, *Dzieci wobec cierpienia,* Warszawa 1993, s. 81-82.

któremu nie pozwala się odczuwać bólu z tego powodu, musi sięgać po bardziej prymitywne środki obrony, na przykład tłumić w sobie ból i starać się nic nie czuć. Jeżeli wychowanie pozbawiłoby dziecko wszelkiej możliwości odczuwania smutku, stałoby się ono człowiekiem uboższym, bez wzrostu i głębi życia uczuciowego. Każde dziecko ma pełne prawo do przeżycia straty, jaką ponosi»"[4]. Przekonanie jest konsekwencją wypływającą z prawa do życia i jego obrony oraz z prawa do prawdy[5].

Ph. Mayerscough i M. Ford uważają, że „obecnie coraz więcej chorych chce aktywnie uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia i świadomie podchodzić do procesu leczenia. Stanowi to nieuniknioną i całkowicie pożądaną konsekwencję wyższego poziomu edukacji i większej świadomości zdrowotnej społeczeństwa. [...] Niedociągnięcia, o których mówią niektórzy pacjenci, odnoszą się więc przede wszystkim do stosunku lekarza wobec emocjonalnych aspektów związanych z ich zdrowiem, do sposobu omawiania ich osobistych relacji z innymi ludźmi, bądź ich reakcji na złe samopoczucie, na przykład obawy o niepełny powrót do sprawności fizycznej czy niepokoju związanego z bólem, utratą pracy lub śmiercią"[6].

Przeciwnicy pełnej informacji chorego o jego stanie zdrowia uważają, że „lekarz jest jedynym sędzią", który rozstrzyga „powiedzieć, czy nie powiedzieć choremu prawdy?" Ilość zwolenników ukrywania przed nim prawdy wzrasta w przypadku, kiedy chodzi o informację o chorobie terminalnej[7]. 90 procent lekarzy w USA odpowiada negatywnie na pytanie, „czy przekazałbyś prawdę o ciężkiej chorobie i niepomyślnym rokowaniu swoim pacjentom?". Prawie 100 procent oświadcza, że nigdy nie przekazaliby jej, gdyby chorym był ich kolega lekarz. Zastanawiająca jest zgodność odpowiedzi twierdzących na pytanie, „czy ty chciałbyś wiedzieć, że zachorowałeś na nieuleczalną śmiertelną chorobę?"[8]. Zwolennicy takich rozwiązań sugerują, że sam chory nie zawsze pragnie znać całą prawdę. Nie zadają pytań, ponieważ nie ufają personelowi i obawiają się go. Według nich, w tym przypadku kłamstwo[9] jest usprawiedliwione, zwłaszcza wobec bliskiego śmierci a będącego niewierzącym. Nie mają oni bowiem nic do stracenia, oprócz doczesnego życia[10]. Obawiają się, że wyjawienie całej prawdy może spowodować u chorego kryzys psychiczny i doprowadzić do depresji[11].

Wielu doświadczonych lekarzy wyraża przekonanie, że skoro do ich obowiązków należy ochrona życia człowieka, a więc troska o jego stan psychiczny i fizyczny, należy unikać wszystkiego, co może zaszkodzić tej psychofizycznej równowadze[12]. Zarzut, jaki im się stawia, że uzurpują sobie

---

[4] S. H. Fraiberg, *Das verstandene Kiwi: die ersten 5 Jahre,* Hamburg 1973, s. 275.

[5] J. Orzeszyna, *Mówić umierającemu prawdę czy nie mówić ?,* dz. cyt., s. 19; por. H. Hainaut, *Face â l'enfant mourant, Revue d'ethique et théologie morale,* „Revue d'éthique et théologie morale". Le Supplement (1993) nr 184, ss. 79-88. Jan Paweł II pisze, że „wszyscy ludzie pragną wiedzieć, a właściwym przedmiotem tego pragnienia jest prawda. Nawet w życiu codziennym obserwujemy, jak bardzo każdy człowiek stara się poznać obiektywny stan rzeczy, nie zadowalając się informacjami z drugiej ręki. Człowiek to jedyna istota w całym widzialnym świecie stworzonym, która nie tylko zdolna jest wiedzieć, ale także zdaje sobie sprawę z tego, że wie, i dlatego pragnie poznać istotną prawdę tego, co postrzega".– tenże, *Encyklika „Fides et ratio". O relacjach między wiarą i rozumem,* Watykan 1998, nr 25.

[6] Ph. Mayerscough, Ford M., *Jak rozmawiać z pacjentem. Psychologia dla lekarzy,* Gdańsk 2001, s. 17.

[7] J. Orzeszyna, *Mówić umierającemu prawdę czy nie mówić?,* dz. cyt., ss. 26-31.

[8] J. Łuczak, *Czy tylko słowa? Sztuka rozmowy z chorym,* red. A. Grajcarek, Kraków 2001, s. 103.

[9] „Kłamstwo jest najbardziej bezpośrednim wykroczeniem przeciw prawdzie. Kłamać oznacza mówić lub działać przeciw prawdzie, by wprowadzić w błąd tego, kto ma prawo ją znać. Raniąc związek człowieka z prawdą i bliźnim, kłamstwo narusza podstawowy związek człowieka i jego słowa z Panem". – KKK nr 2483.

[10] N. Bensaîd, *Dire la mort,* „Le genre humain" (1983) nr 7- 8, s. 114.

[11] H. Pera, *Sam nie podołam,* w: *Sens choroby, sens śmierci, sens życia,* red. H. Bortnowska, Kraków 1984, s. 152.

[12] J. Bogusz, *Lekarz i jego chorzy*, Warszawa 1984, s. 58.

prawo do nie udzielania całej prawdy, odpierają pytaniem „czy lepsza wiedza o chorobie i faktycznym stanie chorego ma ich upoważniać do załamywania psychicznego?”[13]

Swoje zdanie na ten temat wypowiada T. Kielanowski († 1992). Ujawnia, że w ciągu długiego życia nigdy nie powiedział nikomu, że choruje na raka i uważa, że chyba nie potrafiłby tego powiedzieć. Nie można przecież opiekować się chorym, któremu od razu jasno przedstawiono rozpoznanie choroby[14]. Podobne jest zdanie o pół wieku starszego W. Biegańskiego († 1917), lekarza o znanym autorytecie w dziedzinie medycyny i deontologii lekarskiej. Twierdzi on, że gdyby był ciężko, beznadziejnie chory, nie pytałby swojego lekarza o wiedzę, lecz o serce. Wolałby, żeby zamknięto mu powieki z nadzieją na ustach, aniżeli żeby mu powiedziano prawdziwą diagnozę, wyrok śmierci[15].

Polemika w środowisku medycznym nadal trwa, choć tak zwany „biały personel” jest zdania, na podstawie własnych doświadczeń, że większość chorych zna rozpoznanie swego zdrowia. Dorośli dowiadują się o tym na podstawie obserwacji swoich objawów, lektury medycznych książek, oglądanych filmów (nierzadko zrealizowanych w tym oddziale szpitalnym, gdzie aktualnie przebywają) oraz zachowań najbliższego otoczenia. Dzieci zaś obdarzone są szczególnie rozwiniętym zmysłem obserwacji. Wystarczy bardzo krótki czas pobytu w szpitalu, aby były głęboko przeświadczone o ciężkości własnej choroby. Resztę dopowiadają im rówieśnicy, którzy nie czyniąc tego w pełni świadomie, w swoich relacjach, potrafią być nieraz okrutni[16].

Do wiadomości utwierdzających chorego w przekonaniu, że zapadł na bardzo ciężką chorobę, należy pogarszające się samopoczucie, pomimo nieustannego leczenia, nasilanie się dotychczasowych objawów (wypadanie włosów, utrata masy ciała, wybroczyny) i wystąpienie nowych, których do tej pory nie było. Śmierć towarzysza choroby dzielącego tę samą izbę szpitalną lub o podobnym rozpoznaniu, dopełnia informacji[17].

Skierowanie na oddział onkologiczny, intensywnej terapii lub opieki paliatywnej, chory odbiera najczęściej jednoznacznie, tzn. jako swego rodzaju wyrok. Jest on przecież szczególnie wyczulony na wypowiadane słowa, gesty, wyraz twarzy, a nawet wymowne milczenie personelu medycznego i najbliższego otoczenia[18].

W większości wypadków chory zna swoje rozpoznanie i dość dokładnie potrafi, na podstawie zdobytych informacji, określić swoją leczniczą przyszłość. Wyjątek stanowią małe dzieci i osoby z ograniczoną poczytalnością. Przedstawiciele służby zdrowia nie mogą nie zauważać tego faktu. Skupianie się tylko na leczeniu i pomijanie prawdy, na pewno wcześniej czy później, spowoduje konflikt między chorym a zespołem leczącym. Dokonanie wyboru pomiędzy wyjawieniem prawdy o jego stanie zdrowia a zatajeniem jej, jest także opowiedzeniem się przez lekarza za traktowaniem go jako równego sobie lub jako kogoś niżej stojącego od niego[19].

Istnieją wyraźne różnice w poglądach, dotyczące informowania chorego o jego stanie zdrowia, między lekarzami z Europy i ze Stanów Zjednoczonych. Lekarze europejscy stoją na stanowisku, że w przypadku ciężkiej choroby, która zagraża życiu, pierwszeństwo do pełnej informacji ma rodzina a nie chory. Pogląd ten, pod wpływem ratyfikowanych na forum Wspólnoty Europejskiej ważnych

---

[13] H. Miśkiewicz, *Wybrane problemy moralne w postępowaniu z chorym na choroby wewnętrzne,* w: *Refleksje nad etyką lekarską,* red. K. Osińska Warszawa 1990, s. 87.

[14] T. Kielanowski, *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci,* w: *W kręgu życia i śmierci,* red. Z. Szwarski, Warszawa 1987, s. 249.

[15] H. Miśkiewicz, art. cyt., s. 88; por J. Orzeszyna, *Mówić umierającemu prawdę czy nie mówić?,* dz. cyt., s. 30.

[16] E. Szweda E., J. Armata, *Sposoby radzenia sobie z chorobą i leczeniem podejmowane przez dzieci z nowotworowymi chorobami krwi,* „Pediatria Polska” 71(1996) nr 8, ss. 655-658; por. T. Ślusarska, *Stosunki społeczne w środowisku pacjentów szpitalnych,* „Szpitalnictwo Polskie” 26(1982) nr 3, ss. 77-80.

[17] J. Łuczak, Roszak A., *Co wiedzą o swojej chorobie pacjenci leczeni w szpitalu onkologicznym,* „Nowotwory” 40(1990) nr 1, s. 66-67.

[18] Tamże.

[19] Tamże.

aktów prawnych, zwłaszcza „Karty Praw Pacjenta", ulega ewolucji na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku. Mimo to w wielu wypadkach praktycznie nadal jest stosowany, zwłaszcza przez pokolenie starszych lekarzy. W Stanach Zjednoczonych znacznie bardziej popularny jest model partnerski. Według tej koncepcji choremu przysługuje prawo do pełnej informacji na temat swojej choroby. To on decyduje, kto z członków rodziny będzie uprawniony do zapoznania się z nią[20].

Dla Jana Pawła II opieka nad chorym i umierającym człowiekiem wymaga szczególnej relacji międzyosobowej[21]. Naznaczony cierpieniem ma zaufanie tylko do kogoś, na kogo może liczyć w czasie największego doświadczenia, jakim jest cierpienie. Liczyć zaś na kogoś, oznacza zawierzyć mu swe życie, jego sekrety i ufać, że jest prawdomówny. Toteż dla pracownika służby zdrowia nie powinien on być przypadkiem klinicznym, anonimową jednostką, wobec której stosuje posiadaną wiedzę, ale zawsze człowiekiem, do którego podchodzi ze szczerą postawą sympatii[22].

W przypadku mówienia prawdy ciężko choremu i lub bliskiemu śmierci jawi się problem, kto ma ją przekazać[23]. Papieska Rada „Cor Unum" przypomina, że „obowiązek poinformowania umierającego o jego stanie zdrowia spoczywa na tych, którzy są najbliżej niego. Rodzina, kapelan i personel medyczny – każdy z nich ma swoją rolę do spełnienia w tym względzie. Każdy poszczególny przypadek ma swe wymagania, zależnie od wrażliwości i zdolności każdego, od relacji z chorym i od jego stanu. Przewidując jego ewentualne reakcje (bunt, depresja, rezygnacja itp.), trzeba przygotować się do stawienia czoła (danemu przypadkowi) ze spokojem i taktem. Jest rzeczą stosowną zostawić choremu promyk nadziei"[24].

J. Orzeszyna wyjaśnia, że „mogą być sytuacje i takie, w jakich choremu nie będzie można powiedzieć prawdy ze względu na jego osobowość. Tu lekarz powinien wziąć pod uwagę całą jego konstrukcję psychofizyczną oraz rodzaj choroby, rzutującej też na psychikę oraz na cały szereg innych uwarunkowań, które spowodują, że zostanie uwzględniona osoba. Tylko ten kto kocha, ma prawo powiedzieć prawdę. Tylko bowiem on uszanuje godność drugiego człowieka[25]. I ze względu na osobę lekarz znajdzie najsłuszniejsze rozwiązanie. Kiedy zatem zorientuje się, że chory nie chce, by go informowano o całej powadze zaistniałego zagrożenia, ma obowiązek uszanowania takiej postawy. Byłoby na pewno czymś bardzo nieludzkim, pisze C. Geets, w tym przypadku przymuszać chorego do konfrontacji z prawdą, którą on uporczywie odrzuca[26]. Postawione przez chorego pytanie: «czy muszę umrzeć?» jest często sygnałem, że chory nie może znieść prawdy i pragnie usłyszeć coś całkiem innego"[27].

Od lekarza, pielęgniarki i całego zespołu leczącego wymagana jest, przy udzielaniu choremu informacji na temat stanu jego zdrowia, roztropność, zalecana już przez filozofa starożytności pogańskiej, Arystotelesa[28].

B. Zaorska przytacza wyniki ankiety przeprowadzonej we Francji, kiedy to 89 procent ankietowanych odpowiada w niej, że w momencie zachorowania na raka chcieliby o tym wiedzieć. Należy jednak przypuszczać, że większość z poddanych badaniom socjologicznym, w momencie ich przeprowadzania, jest przekonana o poprawie stanu zdrowia. W przypadku, kiedy leczenie jest niesku-

---

[20] A. Ostrowska, dz. cyt., s. 75; por. B. Kamiński, *Lekarz wobec śmierci,* „Problemy" 33 (1977) nr 2 (271), s. 6-7; K. Szczygieł, *Europejska Konwencja Bioetyczna z 4 kwietnia 1997*, art. cyt., s. 511.

[21] VS nr 53.

[22] C. Geets, *Vérité et mensonge dans relation au malade,* „Revue d'éthique et théologie morale". Le Supplément (1993) nr 184, s. 72.

[23] KPSZ nr 125-126; por. G. H. Gadamer, *Niezdolność do rozmowy,* „Znak" 32(1980), ss. 369-378.

[24] Papieska Rada „Cor Unum", *Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti,* w: *Troska o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej,* red. K. Szczygieł, Tarnów 1998, s. 447.

[25] C. Geets, art. cyt., s. 76.

[26] Tamże; por. M. Buber, *Życie między osobą a osobą,* „Więź" 23(1980) nr 5(265), ss. 11-24.

[27] C. Geets, art. cyt., s.76.

[28] J. Pytel, *Pojęcie gościnności w literaturze biblijnej i greckiej,* „Ruch Biblijny i Liturgiczny" (1997) nr 4(30), ss. 172-194.

teczne, wielu chorych stosuje różne formy ograniczania przyjmowania do wiadomości całej prawdy, choć się jej domyślają. Perspektywa zagrożenia życia utrudnia i nie pozwala im, bez emocjonalnego zaangażowania, przekazać tej wiadomości. Nie zwalnia to jednak personelu medycznego od informacji zgodnych z prawdą[29].

W medycynie nie można prawdy absolutyzować. Istnieje bowiem możliwość błędnej oceny sytuacji zdrowotnej chorego. Toteż nie ma wypróbowanych recept na sposób przekazania prawdy. Nie ma też sprawdzonej drogi do zrealizowania tej misji. Zdaniem C. Kebers „żadna odpowiedź, choćby najbardziej kompetentna (o ile w ogóle można mówić o kompetentnych odpowiedziach na pytania dotyczące cierpienia), nie może wyjaśnić wszystkiego. Zresztą żadna odpowiedź nie jest po to, by do końca wyjaśnić, lecz po to, by pomóc temu, kto pyta, zrozumieć więcej, wykroczyć poza pytania”[30].

Pius XII wyjaśnia, że: „Ósme przykazanie ma również miejsce w deontologii lekarskiej. Na mocy prawa moralnego kłamstwo nie jest dozwolone dla osoby, jednakże są takie przypadki, w których lekarz, chociaż pytany, nie może, nie mówiąc jednak nigdy rzeczy nieprawdziwych, wyjawić w sposób okrutny całej prawdy, zwłaszcza jeżeli wie, że chory nie miałby sił do jej przyjęcia. Są jednak inne przypadki, w którym bez wątpliwości ma on obowiązek powiedzenia jej z całą jasnością, obowiązek, wobec którego musi ustąpić każdy inny wzgląd lekarski czy ludzki. Nie można łudzić chorego czy też jego krewnych iluzoryczną pewnością, ryzykując utratę zbawienia wiecznego chorego lub niewypełnienie obowiązków sprawiedliwości czy też miłości”[31]. S. Olejnik wyraża przekonanie, że prawda nie powinna nigdy być ujawniana w sposób brutalny. Są informacje, które wypowiedziane dosłownie, mogą kogoś zranić lub wprowadzić w błąd. Personel medyczny ma prawo do udzielenia odpowiedzi wymijającej, która nie jest kłamstwem, lecz reflektuje chorego, że pyta o to, o czym nie powinien wiedzieć[32]. W pewnych warunkach obowiązuje ich sekret zawodowy[33].

Bywają jednak przypadki trudniejsze, kiedy dla ochrony życia człowieka, nie wystarczy udzielenie odpowiedzi wymijającej. S. Olejnik uważa, że „w obliczu bezwzględnej i brutalnej presji grożącej wielką szkodą własną lub innych, wolno jest również bronić się w sposób, który w innej sytuacji byłby absolutnie niedopuszczalny jako kłamstwo. Trzeba do tego dodać jeszcze jeden rodzaj uzasadnionego ukrycia prawdy przez podanie nieprawdziwych faktów w przypadku, gdyby ich ujawnienie mogło wyrządzić wielką szkodę, np. szok nerwowy u dziecka po stracie ojca”[34].

---

[29] B. Zaorska, *Nadejdzie ten dzień...,* Niepokalanów 1992, s. 18; por. B. Siwek, M. Mazurkiewicz, *Problemy etyczno-moralne lekarza związane z przekazywaniem niekorzystnych informacji nieuleczalnie choremu i jego rodzinie,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, s. 69.

[30] C. Kebers C., *Jak mówić o cierpieniu i śmierci,* Kraków 1994, s. 11-12; por. S. Kutz, *Rozważania o cnocie prawdomówności,* „Concilium” (1966-1967) nr 1-10, ss. 529-562.

[31] Pius XII, *Le devoir du médicin chrétien. Allocution aux membres italiens de l',,Union médico-biologique Saint-Luc”,* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg – Paris 1963, t. I, s. 1066-1067.

[32] S. Olejnik, *Powołanie chrześcijańskie. Teologia moralna życia społecznego,* dz. cyt., s. 139.

[33] Pius XII wyjaśnia znaczenie sekretu zawodowego. „Parmi les devoirs qui découlent du huitième commandement, il faut noter aussi l'observance du secret professionnel, qui doit servir et sert non seulement à l'intérêt privé, mais plus encore au bien commun. Même dans ce domaine peuvent surgir des conflits entre le bien privé et le bien public, ou entre les divers éléments et aspects du bien public lui-même, conflits dans lesquels il peut être parfois extrêmement difficile de mesurer et de peser justement le pour et le contre parmi les raisons de parler ou de se taire. Dans une telle perplexité, le médecin consciencieux demande aux principes fondamentaux de l'éthique chrétienne les règles qui l'aideront à s'acheminer dans la bonne voie. Celles-ci, en vérité, en affirmant nettement, surtout dans l'intérêt du bien commun, l'obligation pour le médecin de maintenir le secret professionnel, ne lui reconnaissent pas cependant une valeur absolue ; cela ne serait pas conforme au bien commun lui-même, si ce secret devait être mis au service du crime ou de la fraude”.– tenże, *Le devoi du médicin chrétien. Allocution aux membres italiens de l’Union médico-biologique Saint-Luc”,* przem. cyt., s. 1067

[34] Tamże, s. 140.

J. Wróbel analizując złożoność problematyki informowania chorego podkreśla, że „nie do przyjęcia jest okłamywanie go czy też manipulowanie prawdą (co akceptuje wielu przedstawicieli społeczności lekarskiej). Wynika to z samej zasady moralnej podyktowanej przez ósme przykazanie «Dekalogu[35]» oraz z obowiązku uczciwości wobec chorego”[36]. Ponadto jest przekonany, że warunkuje to psychologiczna relacja między lekarzem i chorym. Okłamywanie chorego niszczy autorytet pracownika służby zdrowia i przyczynia się do wyolbrzymiania sytuacji, które nie są dla niego groźne. Lekarz i personel pomocniczy jest zobowiązany do poinformowania chorego: w przypadku zagrożenia życia, jeśli od jego współpracy zależy dalszy postęp w leczeniu oraz w stanie terminalnym, aby mógł przygotować się do śmierci[37]. Papieska Komisja „Cor Unum” przypomina, że „umierający, a bardziej ogólnie, ci wszyscy, którzy są dotknięci nieuleczalną chorobą, mają prawo do tego, by byli informowani o swoim stanie zdrowia. Śmierć jest momentem zbyt istotnym, aby unikało się jej perspektywy”[38].

Jan XXIII podkreśla szacunek dla człowieka ze strony służby zdrowia. On jest fundamentem mówienia prawdy. Odwołuje się przy tym do słów św. Pawła Apostoła: „Odrzuciwszy kłamstwo, niech każdy z was mówi prawdę do bliźniego” (Ef 4,25)[39]. Jan Paweł II dodaje, że „człowiek [...] powinien mieć możność dokonywania wyboru, zależnie od wartości, które uznaje za swoje; w tym ukaże się on jako istota odpowiedzialna, a zadaniem społeczeństwa jest sprzyjać owej wolności z uwagi na dobro wspólne”[40]. Nie można jednak zapomnieć o obowiązku zachowania równowagi między prawdą i wolnością. Nierzadko trzeba za nią płacić wysoką cenę[41]. Przesłanie Chrystusa: „Poznajcie prawdę, a prawda was wyzwoli” (J 8,32) jest wciąż aktualne. Poświadcza to świat lekarski i pielęgniarski. Dialog między chorym a już szczególnie bliskim śmierci i tymi, którzy mu asystują, nie może być oparty na udawaniu. Skrywana prawda niszczy autorytet lekarza. W niewielu tylko wypadkach udaje się ją rzeczywiście ukryć do końca.

Kongregacja Nauki Wiary potwierdza słuszność poszukiwania jej, i to nie wyłącznie w odniesieniu do prawdy o Odkupieniu, lecz również w zwykłych ludzkich odniesieniach. „Otwarcie na pełnię prawdy zobowiązuje sumienie moralne człowieka. Winien jej poszukiwać i być gotów na jej przyjęcie, ilekroć pojawia się przed nim. [...] Co więcej, każdy człowiek ukierunkowany jest ku innym ludziom i odczuwa potrzebę wspólnoty z nimi. [...] W istocie potrzebuje on kryterium prawdy i właściwego stosunku do woli drugiego człowieka. Prawda i sprawiedliwość są więc miarą prawdziwej wolności. Oddalając się od tego fundamentu, człowiek, uważając się za Boga, popada w kłamstwo i zamiast się realizować, niszczy siebie”[42].

---

[35] „Ósme przykazanie zabrania fałszowania prawdy w relacjach z drugim człowiekiem. Ten przepis moralny wypływa z powołania Ludu świętego, by był świadkiem swojego Boga, który jest prawdą i chce prawdy. Wykroczenia przeciw prawdzie, przez słowa lub czyny wyrażają odmowę zobowiązania się do prawości moralnej; są poważną niewiernością Bogu i w tym sensie podważają podstawy Przymierza”. – KKK nr 2464; por. J. Wróbel, *Dekalog – Prawo Miłości,* w: *Katechizm Kościoła Katolickiego. Przesłanie moralne Kościoła. Materiały z sympozjum KUL odbytego 5-6 grudnia 1994 r.,* red. J. Nagórny, A. Derdziuk, Lublin 1995, ss. 77-95.

[36] J. Wróbel, *Człowiek i medycyna…,* dz. cyt., 117; por. W. Granat, *Wartość prawdy,* „Znak” 4(1949), ss. 99-116; T. Ślipko, *Prawda – kłamstwo – nieprawda,* „Chrześcijanin w Świecie” 17(1985) nr 11(146), ss. 57-68.

[37] Tamże; por. A. Boniecki, *Rozmowy o kompromisie,* „Znak” 29(1977), ss. 1122-1132; K. Wajs, *Nauka i nieprawda,* „Znak” 34(1982), ss. 69-81.

[38] Papieska Rada „Cor Unum”, *Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti,* dok. cyt., s. 447.

[39] Jan XXIII, *Encyklika „Pacem in terris”. O pokoju między wszystkimi narodami opartym na prawdzie, sprawiedliwości, miłości i wolności,* dok. cyt., nr 35.

[40] Jan Paweł II, *Orędzie na XIV Światowy Dzień Pokoju,* w: *Dokumenty nauki społecznej Kościoła,* red. M. Radwan, L. Dyczewski, A. Stanowski, Rzym – Lublin 1987, cz. II, s. 176.

[41] VS nr 102.

[42] Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja o chrześcijańskiej wolności i wyzwoleniu,* dok. cyt., nr 4; por. K.

S. Olejnik wyraża przekonanie, że współżycie między ludźmi powinno być oparte na prawdzie. Człowiek nie może innych ludzi zwodzić lub okłamywać. W miarę możliwości jest zobowiązany do ujawniania swych myśli i przekonań. W całym jego życiu, a szczególnie w relacji do chorego, obowiązuje go mówienie prawdy. Zakres ujawniania[43] dostępnej mu prawdy innym ludziom określa miłość i sprawiedliwość, a w konkretnych wypadkach roztropność[44].

2. Etyczne aspekty leczenia przeciwbólowego i jego granice

Choroba niesie ze sobą ból. Choć z drugiej strony towarzyszy on człowiekowi przez całe jego życie. Ta uciążliwa niedogodność pojawia się w pierwszych chwilach istnienia i narasta wraz z upływem lat[45]. Niepokoi ona w jednakowym stopniu filozofów, teologów i lekarzy. Ma charakter biologiczny (choć może być także bólem moralnym, psychicznym i duchowym) i oznacza wrażenie zmysłowe powstające pod wpływem uszkodzenia żywej tkanki. Życie, bez odbierania wrażeń bólowych, byłoby trudne i niebezpieczne[46].

Ból niesie w sobie wiele informacji o wieloaspektowej sytuacji człowieka. Jest on istotnym sygnałem ostrzegawczym. Często jednak staje się cierpieniem niepotrzebnym, które zamiast informować o niebezpieczeństwie, samo w sobie staje się ciężką, degradującą chorobą[47].

Punktem wyjściowym medycznych badań nad bólem, jest poznanie jego anatomii i fizjologii. Już w roku 1786 J. Hunter[48] wysuwa przypuszczenie, że odbieranie różnego rodzaju czucia zależy od porażenia specjalnych narządów. Potwierdzają to badania nad czuciem ucisku, dotyku, ciepła i zimna. Zależą one od znajdujących się w skórze i w niektórych narządach swoistych ciałek czucia. Wciąż jednak badacze mają trudności ze znalezieniem receptorów bólowych. Dopiero rok 1940 przynosi odkrycie, że ból ma swoje receptory w postaci znanych już wcześniej, wolnych bezosłonkowych zakończeń nerwowych i jest jednym z podstawowych rodzajów czucia, podobnie jak dotyk, ciepło i zimno. Tym samym potwierdzona zostaje w pewnym sensie teoria swoistości doznań zmysłowych, stworzona przez znakomitego fizjologa J.P. Müllera (1801-1858) oraz późniejsze badania punktów skórnych prowadzone w roku 1920 przez M. von Freya z Wirtzburga[49].

Medycyna traktuje ból jako ważny sygnał organizmu, w którym dzieje się coś niepokojącego. Ponieważ nie ma ścisłej i przyjętej ogólnie definicji, pojęcie kształtuje się w zależności od kultury społecznej i poziomu wiedzy medycznej[50]. Do najstarszych prób stworzenia modelu wyjaśniającego

---

Rahner, *O jedności miłości Boga i bliźniego,* „Studia Theologica Varsaviensia" 31(1993) nr 2, ss. 9-26.

[43] „W celu uniknięcia wydawania pochopnego sądu każdy powinien zatroszczyć się, by, w takiej mierze, w jakiej to możliwe, interpretować w pozytywnym sensie myśli, słowa i czyny swego bliźniego".– KKK nr 2478.

[44] S. Olejnik, *Powołanie chrześcijańskie. Teologia moralna życia społecznego,* dz. cyt., s. 136; por. H. Juros, *Chrześcijańska moralność relacji międzyosobowych,* „Chrześcijanin w Świecie" 40(1970) nr 3, ss. 63-75.

[45] J. Ziółkowski, *Ból przewlekły,* „Klinika" 2(1993) nr 6(10), s. 27.

[46] Definicję bólu podaje Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu. „Jest to przykre wrażenie czuciowe i emocjonalne, związane z rzeczywistym albo zagrażającym niebezpieczeństwem". – St. Warzeszak *Etyka opieki paliatywnej,* „Medicus" 1(1992) nr 6, s. 31; por. M. Pecyna, *Tajemnica cierpienia,* „Pielęgniarka i Położna" 33(1991) nr 1, ss. 5-7.

[47] J. Ziółkowski, *Ból przewlekły,* art. cyt., s. 27; tenże, *Ból zapisany,* „Magazyn Medyczny" 8(1997) nr 9, s. 14.

[48] John Hunter (1728–93), to angielski anatom i lekarz od 1768 chirurg szpitala Św. Jerzego w Londynie. Stworzył on podstawy nauki o zapaleniach. Opracował również nowe techniki operacyjne. Zajmował się także anatomią i fizjologią zwierząt. – [b.a.], *Hunter John,* w: *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN,* dz. cyt., t. II, s. 819.

[49] T. Domżał, *Ból – przyjaciel czy wróg?,* „Magazyn Medyczny" 4(1993) nr 2, s. 12.

[50] M. Schwob, *Ból,* Katowice 1999, s. 10; por. J. Brusiło, *Życie bez bólu,* Kraków 1996, s. 11.

przyczyny choroby i dolegliwości bólowych, należy medyczna koncepcja demonologii, która jeszcze obecnie trwa w tzw. medycynie ludowej. Znaleziska na obszarze obecnej Europy świadczą, że już dwadzieścia pięć tysięcy lat przed Chrystusem znany jest szamanizm[51]. Jest on systematycznie praktykowany i rozwijany przez mieszkańców Mezopotamii a także przez Aborygenów, plemiona Nowej Gwinei, Melanezji i Ameryki Południowej. Od trzech tysięcy lat przed Chrystusem wyobrażenia religijne wyciskają piętno na postępowaniu lekarzy egipskich. Ich koncepcja demonologiczna sprowadza wszystkie zmiany chorobowe ciała, które nie mają przyczyny zewnętrznie rozpoznawalnej, do działania sił ponadnaturalnych demonów i duchów. Toteż zranienia i skaleczenia leczone są opatrunkami i masażami, zaś zapobieganie chorobom dokonuje się przez przestrzeganie praw religijnych i reguł społecznych[52].

W wieku VIII przed narodzeniem Chrystusa zostają spisane eposy Homera „Iliada" i „Odyseja". Mają one wartość wczesnego świadectwa pisanego kultury Starego Świata, a także dokumentów początków medycyny europejskiej. Są one potwierdzeniem wierzeń, że cierpienie na ludzi zsyłają bogowie. Na przełomie IV i V wieku przed narodzeniem Chrystusa, niemal we wszystkich krajach śródziemnomorskich, ludzie wzywają na pomoc uzdrawiającego boga Asklepiosa (Eskulapa), syna Apollina. Kapłan lub szaman uwalnia od cierpienia wypędzając złego ducha. Egipcjanie, Asyryjczycy, Hebrajczycy i pierwsi Grecy, ból traktowali jako znak zesłany ludziom przez bogów lub Boga[53].

Około roku 1600 przed narodzeniem Chrystusa mieszkańcy Krety czczą „boginię z wężami"[54], która dysponuje siłą uzdrawiania, podobnie jak „bogini maku" z wieku XIII przed Chrystusem. Kult bogini maku dowodzi wczesnego rozprzestrzeniania się opium, stosowanego jako środek przeciwbólowy w rejonie Morza Śródziemnego. Jest on uznawany za dar bogów. Dopiero na przełomie czasów, żyjący w Rzymie nadworny lekarz Scribonius Largus nazywa opium lekarstwem[55].

Ważnym źródłem przekazu o medycynie starożydowskiej jest Talmud. Według tego źródła higieną społeczną zajmują się kapłani. Lekarze (hebr. „rophe"), chirurdzy (hebr. „uman"), położne i weterynarze cieszą się mniejszym od nich autorytetem. Choć są godnymi szacunku ze strony chorych, jednak traktowani są raczej jako pomocnicy[56]. „[Bóg] dał ludziom wiedzę, aby się wsławili dzięki Jego dziwnym dziełom. Dzięki nim się leczy i ból usuwa, z nich aptekarz sporządza leki, aby się nie kończyło Jego działanie i pokój od Niego był po całej ziemi" (Syr 38,6-8).

Zasadnicze znaczenie dla medycyny Izraela ma pogląd, że cierpienie, choroby i śmierć pojawiają się na świecie jako skutek grzechu rajskiego (Rdz 3, 1-24). Sam Bóg jest najlepszym lekarzem, a wierność Jego Prawu skuteczną ochroną przed karą i związanym z nią cierpieniem: „Jeśli będziesz dawał posłuch Jego przykazaniom i strzegł wszystkich Jego praw, to nie ukarzę cię żadną z tych plag, jakie zesłałem na Egipt, bo ja Pan, chcę być twym lekarzem" (Wj 15,26).

Ponieważ już Stary Testament dostrzega w człowieku jedność psychofizyczną, stąd jego cierpienie moralne ściśle jest związane z bólem fizycznym poszczególnych narządów organizmu a zatem

---

[51] „Szamanizmem określa się wierzenia i praktyki religijne ludów Azji Środkowej i Syberii. [...] Głównym elementem kultu szamanizmu jest szaman (stąd nazwa wierzeń). [...] Wyznawcy szamanizmu wierzą w istnienie dusz i życie pozagrobowe oraz w różne bóstwa i duchy wpływające na wszystkie dziedziny życia człowieka. Szamanizm nie stanowi jednolitego systemu religijnego, jako zjawisko religijne występuje w wielu lokalnych odmianach". – [b.a.], *Szamanizm,* w: *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN,* dz. cyt., t. VI, s. 161.

[52] [b.a.*], Chorzy proszą o pomoc boskiego lekarza Eskulapa,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 38.

[53] [b.a.], *Chorzy proszą o pomoc boskiego lekarza Eskulapa,* art., cyt. s. 38.

[54] Węże w mitologii wielu ludów budzą strach z powodu swego jadu, ale również uchodzą za symbol życia, gdyż mogą się regenerować przy corocznej zmianie skóry. Z tego powodu, jak również przez ścisły związek tych gadów z uzdrowicielską „matką Ziemią", bogowie występują często pod postacią węża.– [b.a.], *Bogini z wężami czczona jako uzdrowicielka,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 27.

[55] [b.a.], *Opium, „boski" lek przeciwbólowy i usypiający,* w: Kronika medycyny, dz. cyt., s. 27.

[56] [b.a.], *„Jam jest Pan, twój lekarz",* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 30.

kości (Iz 38,13; Jr 23,9), nerek (Hi 16,13; Ps 73,21), wątroby (Lm 2,11), wnętrzności (Iz 16,11) i serca (1 Sm 1,8; Jr 4,19)[57].

Ten sposób myślenia trwa na zachodzie Europy do czasów Hipokratesa, który nie przypisuje już bólowi cech nadprzyrodzonych. W szczególny sposób docenia on znaczenie systematycznej obserwacji dla diagnozy i prognozy lekarskiej. Zrywa z tradycją medycyny powiązanej z religią („teurgiczna" koncepcja medycyny). Przebieg choroby nie zależy już od interwencji bogów, lecz od racjonalnego empirycznego postępowania lekarza. Powstawanie bólu upatruje on intuicyjnie w zachwianiu równowagi czynników zewnętrznych i wewnętrznych[58].

Interpretacja przyczyn bólu ulega przemianie czterysta lat przed Chrystusem, wraz z pojawieniem się filozofii Arystotelesa[59], który podobnie jak Platon, broni racjonalnego ujęcia bólu. Usiłuje on zgłębić rządzące nim mechanizmy, aby przyjść z pomocą cierpiącemu. Ból jest dla nich przede wszystkim uczuciem, a nie wrażeniem zmysłowym (jak wzrok, słuch, dotyk, smak czy węch). Nazywając ból „cierpieniem duszy" Arystoteles jest blisko współczesnej teorii bólu, widząc w nim doznanie fizyczne i stan emocjonalny[60].

Claudius Galen[61] i jemu współcześni lekarze kultur greckiej i rzymskiej przypuszczają, że wrażenie bólu powstaje w mózgu. Przecież już C. Galen wsławia się poszukiwaniem środków zwalczania bólu i chorób i jeszcze dziś farmaceuci używają jego nazwiska dla określenia grupy leków pochodzenia roślinnego.

C. Galen darzy chorego głębokim szacunkiem i przestrzega medycznego toku myślenia. Jest on dla niego przede wszystkim osobą cierpiącą, której należy przyjść z pomocą. W ten sposób tworzy on podstawy nowoczesnej koncepcji roli lekarza. 150 lat przed Chrystusem także żydowska wspólnota religijna esseńczyków jest bardzo aktywna na polu łagodzenia bólu i religijnych metod uzdrawiania[62].

W średniowieczu, w krajach chrześcijańskich panuje podobny pogląd jak w Izraelu, a mianowicie, że cierpienie i ból są konsekwencją rajskiego grzechu. Kościół zaś stopniowo odchodzi od praktyki wykonywania zawodu lekarza przez osoby duchowne, co nie sprzyja rozwojowi medycyny, a więc i dalszemu postępowi w dziedzinie leczenia bólu. Kapłani są wówczas najlepiej wykształconymi osobami. Jedynie Avicenna[63], przedstawiciel medycyny arabskiej, ma odwagę do-

[57] Jan Paweł II, *List apostolski „Salvifici doloris". O chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia,* Watykan 1984, nr 28-29. Odtąd List sygnowany będzie skrótem SD z odpowiednim numerem.

[58] [b.a.], *Wzór – Hipokrates,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 36.

[59] Arystoteles (żyjący około 384/383- 323 przed narodzeniem Chrystusa) największy obok Platona filozof grecki. Do celów badań przyrodniczych sporządza obszerny zbiór rzadkich roślin i zwierząt. Dla przyrodoznawstwa medycznego ogromne znaczenie mają zwłaszcza jego anatomiczne ilustracje organizmów zwierzęcych.– [b.a.], *Pionierskie odkrycia Arystotelesa,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 40.

[60] Tamże.

[61] Claudius Galenus (około 130-200 po Chrystusie), lekarz rzymski pochodzenia greckiego od roku 161 działający w Rzymie. Jest on przybocznym lekarzem kolejnych cesarzy. Zasłynął jako kontynuator dzieła Hipokratesa, które rozwija, porządkuje i upowszechnia. Niektóre wprowadzane przez Galena terminy z patologii są w użyciu do dziś. Tworzy on wiedzę o postaciach leków przekonując, że od formy, w jakiej są podawane, zależy ich działanie. Na jego przepisach opiera się niemal cała terapia przez następnych XVI wieków. Prostuje on wiele błędnych pojęć z dziedziny anatomii i fizjologii. W poglądach filozoficznych Galen łączy koncepcje Platona, stoików i Arystotelesa. W filozofii przyrody opiera się głównie na teoriach arystotelesowskich, a w etyce i teologii na poglądach stoickich. W logice przypisuje się Galenowi wydzielenie czwartej figury sylogistycznej (sylogizm). Zachowało się około 150 pism Galena z dziedziny medycyny, farmacji, filozofii, logiki i retoryki. Ponadto jest on autorem nie zachowanej encyklopedii, obejmującej siedem sztuk wyzwolonych i medycynę. – [b.a.], *Galen,* w: *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN,* dz. cyt., t. II, s. 466.

[62] [b.a.], *Greccy lekarze działają w Rzymie,* w*: Kronika medycyny,* red. M. B. Michalik, Warszawa 1994, s. 53.

[63] Abu Ali Ibn Sina (łac. Avicenna) (980–1037 po Chrystusie), arabski filozof i lekarz nadworny kalifa Bagdadu, pochodzenia tadżyckiego. Jest on przedstawicielem nauki i filozofii arabskiego Wschodu. Autor

strzec znaczenie środków znieczulających takich jak opium, szałwia, bluszcz i mandragora w leczeniu bólu. W ich stosowaniu posługuje się wyczuciem i nabytym doświadczeniem. W epoce odrodzenia , pod wpływem prac Lorenza di Medici, Leonarda da Vinci, André Vésale, Ambroise Paré i Paracelsusa, ból postrzegany jest jako doznania przekazywane drogą nerwową. Kartezjusz bada tajemniczy ból „fantomowy" odczuwany w miejscu amputowanych kończyn, który i obecnie leczyć nie jest łatwo. Z biegiem lat leczenie przeciwbólowe ciągle jest udoskonalane pod wpływem nowych odkryć z dziedzin neurofizjologii i farmakologii[64].

Postęp w stosowaniu środków przeciwbólowych napotyka jednak na opór ze strony lekarzy, głównie chirurgów, dla których ból jest nieodłącznym towarzyszem zabiegu, ponieważ sygnalizuje podstawowe funkcje życiowe. Zanik świadomości traktują oni jako poniżenie chorego i stan zagrożenia dla jego życia. Lekarze wykonujący ogólną praktykę, również niechętnie stosują dostępne im środki przeciwbólowe. W ich mniemaniu tracą jeden z podstawowych objawów umożliwiających rozpoznanie choroby. Chorzy jednak nie chcą korzystać z pomocy takich lekarzy, którzy zadają ból i uciekają się często do znachorów[65].

W roku 1970 wraz z odkryciem endorfin, otwierają się nowe możliwości leczenia bólu[66]. Badania wykazują, że nie jest on prostym następstwem zaburzeń fizycznych. Jest zjawiskiem złożonym i wymagającym wieloaspektowej analizy. Każdy ból, a szczególnie przewlekły, ma ogromny wpływ na życie człowieka. Nie leczony potrafi nawet doprowadzić do rozpaczy. Stąd też niezbędne jest skuteczne przeciwdziałanie mu poprzez organizowanie specjalistycznych ośrodków medycznych. W nich lekarze otaczają chorego całościową opieką wykorzystując wiedzę z różnych dyscyplin nauki[67].

Pod wpływem tych idei w roku 1961 w Seattle (USA) założona zostaje pierwsza klinika leczenia bólu. Dziesięć lat później podobne centrum powstaje w Moguncji (Niemcy). Oba ośrodki zatrudniają interdyscyplinarne zespoły specjalistów, wykorzystujących najnowocześniejsze metody[68].

W Polsce pierwsza poradnia przeciwbólowa powstaje w roku 1973 w Gliwicach. Zakłada ją lekarz anestezjolog B. Rutkowski, który zajmuje się bólem nowotworowym. Następne organizowane są przy akademiach medycznych oraz w miastach regionów przemysłowych. W roku 1980 powołano Polskie Towarzystwo Badania Bólu, które jest członkiem Międzynarodowego Stowarzyszenia Leczenia Bólu. Od roku 1981 organizowane są w Polsce hospicja niosące ulgę w cierpieniu termi-

---

kilkuset prac z wielu dziedzin ówczesnej nauki. Twórca „Kanonu medycznego" składającego się z pięciu ksiąg. Gerhard z Cremony tłumaczy go na łacinę „Canon medicinae". Dzieło to przez stulecia jest wykładane na wielu uniwersytetach Europy. Pozostając pod wpływem nauki Hipokratesa ma aspirację zamknąć w sposób ostateczny wiedzę lekarską Starego Świata. Jego twórczość jest kamieniem milowym w historii filozofii.– [b.a.], *Avicenna – geniusz medyczny,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s.82; por. [b.a.], *Awicenna,* w: *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN,* dz. cyt., t. I, s. 295-296.

[64] Do najgłośniejszych i przełomowych odkryć w walce z bólem należą m.in. odkrycie hipnozy przez F.A. Mesmera (1810), zastosowanie podtlenku azotu przez H.H. Hickmanna (1828), chloroformu przez E. Soubeirana (1831), eteru przez W. T. Mortona (1846), wprowadzenie do sprzedaży przez firmę „Friedrich Bayer" aspiryny (1899) i weronalu (1903), pierwszego z barbituranów, które zapoczątkowały prawdziwą rewolucję w narkozie.– M. Schwob, *Ból,* dz. cyt., s. 15; [b.a.], *Nowy środek przeciwreumatyczny,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 339.

[65] Tamże.

[66] Endorfiny, to peptydy syntetyzowane w organizmach kręgowców i wiążące się z tymi samymi receptorami w ośrodkowym układzie nerwowym, z którymi wiążą się narkotyki (np. morfina). Znane są 3 rodzaje endorfin α, β i γ. Wszystkie zawierają sekwencję hormonu – enkefaliny metioninowej, której działanie jest podobne do działania morfiny. Endorfiny powstają w wyniku rozkładu ich prekursora – proopiokortyny, z której powstaje też kortykotropina i biorą udział m.in. w regulacji odczucia bólu, czynnościach oddechowych i w termoregulacji oraz wpływają na wydzielanie hormonów. – [b.a.], *Endorfiny,* w: *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN,* dz. cyt., t. II, s. 248.

[67] KKK nr 1501; por. KDK 12; T. Sikorski, *Rozpacz,* w: *Słownik teologiczny,* dz. cyt., s. 508-509.

[68] [b.a.], *Interdyscyplinarna walka z bólem,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 558.

nalnie chorym. Istnienie Krajowej Rady Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej sugeruje, że powstała płaszczyzna wymiany doświadczeń w dziedzinie leczenia bólu przewlekłego[69].

Współczesna medycyna wyjaśnia, że ból ma zawsze swoją przyczynę, która może być przemijająca albo długotrwała. Dzieli go na ostry i przewlekły, stający się dominującym objawem i główną niedogodnością dla chorego. Ze względu na szczególny charakter i częstość występowania chorób nowotworowych, więcej uwagi poświęca się badaniom, które są z nimi związane. Badania w USA i w krajach Europy Zachodniej wykazują, że ponad 55 procent chorych z nowotworem, w momencie zgłoszenia się do lekarza, jest poza możliwością „radykalnego wyleczenia"[70]. Niestety wciąż jeszcze ponad 15 procent chorych staje się nieuleczalnie chorymi z powodu niepowodzenia różnego rodzaju terapii. Wobec nich można już tylko stosować środki poprawiające jakość życia, polegające m.in. na zmniejszaniu dolegliwości bólowych[71].

Problem zwalczania bólu nowotworowego jest istotnym elementem programu zwalczania tej choroby przez Światową Organizację Zdrowia. Obejmuje on profilaktykę początkową, wczesną diagnozę, terapię prowadzoną z założeniem uzyskania trwałego wyleczenia i zwalczanie bólu[72]. W tym przypadku choroby, pojawiający się ból nie jest więc wyłącznie objawem somatycznego cierpienia. Jest on wszechogarniający i powoduje cierpienia fizyczne, psychiczne, duchowe i religijne. W zaawansowanej chorobie utrata przez chorego nadziei na wyleczenie i obawa zbliżającej się nieuchronnie śmierci, zwykle nasila cierpienie. Ból nowotworowy ma różnorodny charakter, niekoniecznie związany wyłącznie z tą chorobą. W praktyce oznacza to różne odpowiedzi na sposób leczenia przeciwbólowego[73].

Lekarz powinien być szczególnie wyczulony na ból dziecka. Do niedawna jego leczenie było niedoceniane. Z badań wykonanych w Polsce w roku 1991 wynika, że tylko 19 procent anestezjologów stosowało metody znieczulenia „przewodowego" w leczeniu bólu po operacjach u dzieci, 50 procent wykorzystywało je rzadko, a 30 procent nigdy[74].

W przypadku dziecka, lekarz sam powinien roztropnie ocenić intensywność cierpienia i łagodzić je. Odczuwanie przez nie bólu, podobnie jak u dorosłych, jest indywidualne. Ocena jego intensywności może być dokonana jedynie w sposób pośredni, na podstawie informacji uzyskanych od rodziców i obserwacji zmian w jego zachowaniu. Istnieje duże prawdopodobieństwo przeoczenia bólu, zwłaszcza u małych dzieci, które nie potrafią go opisać. Poważne znaczenie ma zatem doskonalenie umiejętności rozpoznawania jego objawów przez personel oddziałów pediatrycznych i zwracanie na nie szczególnej uwagi w czasie codziennej pracy[75]. Według opinii kompetentnych lekarzy, personel medyczny nadal jest jeszcze niewystarczająco przygotowany do rozpoznawania bólu dziecka i do umiejętnego jego leczenia, chociaż w ostatnich latach wiele się czyni, aby tę sytuację zmienić[76].

---

[69] M. Kukowska, *Chory nie musi cierpieć,* „Służba Zdrowia" (1996) nr 72, s. 8; por. J. Łuczak, *Odejść bez bólu,* „Służba Zdrowia" (1994) nr 9, s. 3.

[70] „Radykalne leczenie", to chirurgiczne usunięcie guza nowotworowego, najczęściej połączone z radioterapią i chemioterapią.

[71] B. Paluchowska, P. Wiechno, *Walka z bólem w chorobie nowotworowej,* „Magazyn Medyczny" 8(1997) nr 12, s. 22.

[72] K. G. Jezierski, *Ból jako problem onkologiczny,* „Magazyn Medyczny" 6(1995) nr 4, s. 34-35; por. J. Jarosz, M. Hiliger, *Leczenie bólów nowotworowych,* „Służba Zdrowia" (1996) nr 19-23, ss. 23-26.

[73] R. G. Twycross, S. Fairfield, *Pain in far-advanced cancer,* „Pain" 14(1982) nr 13, ss. 303-310; por. J. Jarosz, *Leczenie bólów nowotworowych.* w: *Zasady postępowania diagnostycznego i leczenia obowiązujące w Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie,* red. A. Kulakowski, Warszawa 1991, ss. 1-6.

[74] Tamże.

[75] E. L., Maunuksela, K. T., Olkkola, *Leczenie bólu u dzieci,* „Medycyna Praktyczna" (1992) nr 3, s. 35; por. A. Orońska, *Rola anestezjologa w opiece paliatywnej,* „Służba Zdrowia" (1996) nr 48-49, s. 13.

[76] T. Dangel, *Zasady leczenia bólu nowotworowego u dzieci,* „Medicus" 1(1992) nr 3, s. 14; por. B. Gosk, *Ogólne spojrzenie na ból w pediatrii,* „Terapia" 4(1996) nr 4, s. 23; J. Kujawska-Tenner, *Niektóre problemy*

Stosowanie środków przeciwbólowych i znieczulających, zwłaszcza wobec tych, którzy nie mogą sami o sobie decydować, budzi u lekarza wątpliwości moralne. Co prawda, wiedza medyczna pozwala mu ustalić różnicę między dawką leczniczą środka przeciwbólowego a dawką śmiertelną. W praktyce jednak nie zawsze jest to oczywiste. Organizm wyczerpany chorobą reaguje inaczej niż zdrowy. Nawet najmniejsze dopuszczalne ilości leku przeciwbólowego mogą przyśpieszyć śmierć chorego. W innym wypadku nasilające się cierpienie, spowodowane rozwojem choroby nowotworowej, zmusza do zwiększania jego dawek, co też może przyspieszyć śmierć. Jawi się więc pytanie, jaki sens ma cierpliwe znoszenie bólu przez chorego i czy jest granica jego leczenia? A jeśli ona istnieje, to jakie kryteria leczenia przeciwbólowego może stosować lekarz?

Według Jana Pawła II odpowiedzi na pytanie o przyczyny cierpienia należy poszukiwać w objawieniu Bożej miłości, która jest ostatecznym „źródłem sensu" wszystkiego, co istnieje. „Chrystus pozwala nam wejść w tajemnicę i odkryć «dlaczego cierpienie», o ile jesteśmy zdolni pojąć wzniosłość miłości Bożej[77]. Każdy chory ma udział w męce Chrystusa i w Jego cierpieniu może znaleźć uzasadnienie pokornego przyjęcia własnego losu"[78]. Toteż niektórzy wierzący pragną w sposób umiarkowany używać środków znieczulających, by przyjmując dobrowolnie przynajmniej część swoich cierpień, mogli przez nie złączyć się silniej z Chrystusem przybitym do krzyża[79]. Motywacje chrześcijańskiego znoszenia cierpienia nie wystarczają w niektórych wypadkach do odstąpienia od łagodzenia bólu lub zupełnego zniesienia go. Już Pius XII podkreśla, że „chrześcijanin nie jest nigdy zobowiązany, by chcieć bólu dla niego samego. Uważa go raczej za środek mniej lub bardziej adekwatny, zależnie od okoliczności, ze względu na cel, do którego dąży"[80]. Zaś Jan Paweł II wyjaśnia, że wobec cierpiącego potrzebne są obecnie „skuteczne i dostępne formy terapii, łagodzenia bólu oraz zwykłe środki wspomagające. Należy unikać terapii nieskutecznych lub zwiększających cierpienia"[81].

Do podstawowych obowiązków lekarza a także personelu pomocniczego należy zapobieganie, łagodzenie i usuwanie bólu, zwłaszcza w opiece paliatywnej. Przedłużający się ból i cierpienie może doprowadzić do utraty panowania nad sobą, a zatem zagrozić także dobru wyższemu, jakim jest relacja człowieka do Boga[82]. Stosowanie środków przeciwbólowych pozwala również choremu zapanować nad samym sobą. Jeśli nie można mu przywrócić zdrowia, trzeba mu pomóc „przyjąć pogodnie" śmierć[83].

W przypadku wątpliwości, czy stosowanie leków znieczulających nie prowadzi niekiedy z jednej strony do zmniejszenia świadomości, a z drugiej, poprzez działania uboczne, do przyspieszenia śmierci, Pius XII wyjaśnia, że postępowanie takie jest etycznie dozwolone, ponieważ śmierć chorego nie jest celem interwencji medycznej. Lekarz świadomy grożącego niebezpieczeństwa podejmuje ryzyko, aby przy pomocy dostępnych środków złagodzić ból i zmniejszyć lęk. Pius XII, ponad wszelką wątpliwość, wyjaśnia w jakiej sytuacji można je zastosować: „Jeżeli nie istnieją inne środki i jeżeli w danych okolicznościach nie przeszkadza to w wypełnianiu innych obowiązków religijnych i moralnych"[84] oraz o ile interwencje te nie zmierzają wprost do utraty świadomości i wolno-

---

w opiece paliatywnej, „Nowotwory" 46(1996) nr 2, ss. 241-247.

[77] SD nr 13.

[78] Tamże.

[79] Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji,* dok. cyt., s. 3; por. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, dok. cyt., nr 69; J. Łuczak, *Etyka w opiece paliatywnej,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, s. 29.

[80] Pius XII, *Trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie. Discours aux participants du IX Congrès de la Société italienne d'anesthésiologie,* „Acta Apostolicae Sedis" 49(1957), s. 135.

[81] Jan Paweł II, *Chorzy na raka wołają o pomoc. Przemówienie do uczestników Kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Onkologii Ginekologicznej,* OsRomPol. 21(2000) nr 2(220), s. 43.

[82] EV nr 67.

[83] Papieska Akademia „Pro Vita", *Godność człowieka umierającego. Deklaracja końcowa V Zgromadzenia Ogólnego,* OsRomPol. 20(1999) nr 4(212), s. 49-50.

[84] Pius XII, *Trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie,* przem. cyt., s. 147.

ści, a utrzymują się w granicach potrzeby klinicznej. Spowodowanie śmierci przy właściwym stosowaniu środków znieczulających oznacza, że chory nie był w stanie znieść leczenia[85]. Opinię papieską i późniejszą wypowiedź Kongregacji Nauki Wiary, potwierdza Raport Komitetu Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia z roku 1990, który zaznacza, że nie powinno się ograniczać leków w dawkach skutecznie zwalczających ból w obawie, że mogą one przyspieszyć śmierć chorego[86].

Nauczanie kościelne i wypowiedzi ekspertów międzynarodowych dowodzą, że lekarz ma nie tylko prawo, ale i obowiązek leczenia przeciwbólowego. Jednak cały ciężar odpowiedzialności za jego skutki spoczywa na jego sumieniu. Stąd „musi (on) umieć posługiwać się w pełni swoim sumieniem i wykorzystywać swą zdolność rozumowania". Przychodzi mu tu z pomocą etyka katolicka, która odwołuje się do właściwie uformowanej filozoficznej wizji natury ludzkiej i ogólnych zasad rządzących wyborami etycznymi[87].

3. Dylemat przerwania zabiegów podtrzymujących życie ludzkie

W każdym przypadku opieki medycznej istnieją wątpliwości, dotyczące stosowania przez nią właściwych środków. Doboru ich ma prawo dokonać lekarz kierujący zespołem specjalistów. Tu rodzi się pytanie o kryteria ich wyboru. W dyskusjach o ich wyborze w zakresie lekarskich zobowiązań dotyczących opieki nad chorym oraz podtrzymywania jego życia, wyróżnia się trzy grupy problemów. Przede wszystkim w grę wchodzi zróżnicowanie w stosowanych środkach. Następnie jawi się trudny problem podejmowania lub zaniechania zabiegów reanimacyjnych, jak również rozróżnienia pomiędzy przedłużaniem życia a wydłużaniem agonii[88].

Etyka chrześcijańska nie wypowiada się na temat ściśle medycznej wartości stosowanych środków. Nie należy też tego od niej oczekiwać. Poszukując norm określających stopień zobowiązania do udzielania pomocy ze strony personelu medycznego, moraliści katoliccy dokonują istotnego ich podziału. Rozróżnia ona jednak środki zwyczajne i nadzwyczajne. „W przypadku środków terapeutycznych lekarz rozpatruje je jako środki adekwatne lub nieadekwatne do sytuacji chorego, proporcjonalne lub nieproporcjonalne do oczekiwanych rezultatów"[89]. J. Wróbel dodaje, że nie są to jedyne rozróżnienia[90].

Pius XII do środków zwyczajnych zalicza wszystkie lekarstwa, zabiegi i metody lecznicze, które stosuje się w codziennej praktyce medycznej w opiece paliatywnej, a podtrzymujące życie. Nie narażają one chorego na szczególne niedogodności w postaci bólów lub dyskomfortu fizycznego i psychicznego, a rodzinę na nadzwyczajne koszty[91].

---

[85] Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji,* dok. cyt., s. 3; por. J. Kujawska-Terner, *Problem eutanazji w opiece paliatywnej,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, s. 71.

[86] *Rozważanie etyczne nad zwalczaniem bólu nowotworowego i opieką paliatywną. Raport Komitetu Ekspertów WHO,* Genewa 1990, „Medicus", 1(1992) nr 6, s. 30.

[87] Jan Paweł II, *Encyklika „Fides et ratio". O relacjach między wiarą i rozumem,* Watykan 1998, nr 68.

[88] P. Ramsey, *Pacjent jest osobą,* Warszawa 1977, s. 149.

[89] St. Warzeszak, *Etyka opieki paliatywnej,* „Medicus" 1(1992) nr 6, s. 32; por. KPSZ nr 120.

[90] „Enrico Chiavacci proponuje na przykład raczej niejasne i trudne do sprecyzowania rozróżnienie w gamie środków możliwych na te, które są podyktowane przez racje miłości oraz przez roztropność chrześcijańską, kierującą się zasadą miłości. Z kolei B. Häring, powołujący się na opinie takich autorów, jak P. Ramsey, H. Thielicke, W.K. Franken czy U. Eibach, wprowadza podział środków na dobroczynne, korzystne i niedobroczynne, niekorzystne («benefici» i «non benefici»). Podstawę tego podziału stanowi całościowa korzyść odniesiona przez chorego. W gruncie rzeczy jednak prezentacja tegoż rozróżnienia sugeruje, że da się ono ostatecznie sprowadzić do dwóch klasycznych podziałów środków, [...] a mianowicie na zwyczajne i nadzwyczajne oraz proporcjonalne i nieproporcjonalne". – J. Wróbel, *Człowiek i medycyna…,* dz. cyt., s. 404-405.

[91] Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji,* dok. cyt., s. 3. J. Kowalski, rozróżnienie środków

Mianem środków nadzwyczajnych określa się wszystkie te, które nie gwarantują pewności co do ich skutków, natomiast narażają chorego na szczególnie poważne prawdopodobieństwo bólu, cierpienia, kosztów lub innych przykrych dla niego lub rodziny niedogodności. Stosowanie ich nie mieści się w ramach opieki podstawowej (ambulatoryjnej i szpitalnej). Przy wyborze i stosowaniu jakiegoś środka, w grę wchodzą przewidywania dotyczące jego skutku i dalszego powodzenia terapii. W przypadku nikłych szans na uzyskanie zadowalających wyników, obowiązek ich wykorzystania jest mniejszy albo żaden. Zaciągnięcie zaś winy przez zaniedbanie, nie jest wówczas rozpatrywane w kategoriach przestępstwa prawnego czy moralnego. Potwierdza to Kongregacja Nauki Wiary, dla której „mający pod swoją opieką chorych, wykonywać winni swą pracę z całą starannością i stosować te metody leczenia, które uznają za konieczne lub pożyteczne”[92].

Istnieje ogólne przekonanie, że jest rzeczą godziwą poprzestanie na zwykłych środkach, będących do dyspozycji współczesnej medycyny. Toteż nikomu nie można narzucić obowiązku poddania się terapii, która w obecnej chwili w wielu wypadkach nie jest wolna od niebezpieczeństwa i wiąże się z nadmiernymi kosztami. Kongregacja Nauki Wiary daje w tym wypadku wyraźne rozstrzygnięcie: „Odmowa chorego nie jest równoznaczna z samobójstwem. Oznacza ona raczej zwykłą akceptację losu człowieka chorego terminalnie lub pragnienie uniknięcia wprawienia w ruch skomplikowanego aparatu medycznego, nieproporcjonalnego do spodziewanych rezultatów, bądź też niechęć do nakładania poważnego ciężaru na barki rodziny lub społeczności”[93].

---

medycznych przedstawione przez Kongregację, komentuje w ten sposób: „Jeśli nie ma innych wystarczająco skutecznych leków, można za zgodą chorego zastosować środki proponowane przez najnowszą technikę medyczną, nawet jeśli są one jeszcze w stadium doświadczalnym i pociągają za sobą pewne ryzyko. Można przerwać stosowanie tych środków, gdy są nikłe ich rezultaty. Ale decyzja taka powinna być powzięta za zgodą chorego i jego rodziny i na wniosek lekarzy kompetentnych. Mogą oni uważać, że inwestycje w narzędzia i personel są nieproporcjonalne do przewidywanych rezultatów. Zaś zastosowana technika przysparza choremu cierpień, przewyższających skutki pozytywne (nie pomaga do uświęcenia, lecz odwrotnie). Zawsze jest możliwe stosowanie środków normalnych, jakie oferuje medycyna. Zatem nie można nikomu narzucać środków medycznych będących już w użyciu, ale ryzykownych i bardzo uciążliwych. Odmówienie ich przyjęcia nie jest samobójstwem. Przy bliskiej, nieuniknionej śmierci, mimo stosowanych środków, można podjąć decyzję powstrzymania się od leczenia nimi, skoro przynosiłyby one niepełne wyniki i uciążliwe przedłużenie życia. Oczywiście, że nie można w tym wypadku pozbawić chorego normalnej troski”. – J. Kowalski, *Obrona życia ludzkiego w praktyce lekarskiej w świetle Magisterium Kościoła,* „Homo Dei” 56(1987) nr 1(203), s. 29; por. B. Wojtuś, *Moralne aspekty niesienia pomocy człowiekowi umierającemu przez personel medyczny,* „Studia Gnesnensia” 5(1979-1980), ss. 175-200.

[92] Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji,* dok. cyt., s. 3. Dla porównania warto przedstawić wyniki prac Papieskiej Rady „Cor Unum”, która w roku 1976 dokonała rozróżnienia pomiędzy „«środkami nadzwyczajnymi», stosowanymi w leczeniu chorób. Jeżeli użycie tych wyrażeń, w terminologii naukowej i w praktyce medycznej, stopniowo zanika, to w oczach teologa mają one wciąż wartość dla rozstrzygnięcia kwestii moralnych o największej doniosłości, założywszy, że określenie «nadzwyczajne» odnosi się do środków, do których nigdy nie ma obowiązku się uciekać. Takie rozróżnienie pozwala przebadać dogłębniej niektóre złożone rzeczywistości, odgrywa w tym rolę pośredniczącą (middle axiom). Życie doczesne jest wartością podstawową, ale nie absolutną, dlatego jest rzeczą konieczną określić granice obowiązku utrzymywania się przy życiu. Rozróżnienie pomiędzy środkami «zwyczajnymi» i «nadzwyczajnymi» wyraża powyższą prawdę i oświetla jej stosowanie do konkretnych przypadków. Użycie terminów równoznacznych, w szczególności zwrotu «opieka proporcjonalna», wyraża to zagadnienie w sposób, który wydaje się bardziej zadowalający. Kryteria rozróżniania środków «nadzwyczajnych» od «zwyczajnych» są różnorodne. Winno się je stosować w oparciu o wymagania stawiane przez konkretne przypadki. Niektóre mają charakter obiektywny, jak natura środków, ich koszt, pewne względy sprawiedliwości w ich zastosowaniu i w wyborach, które ono implikuje; inne mają charakter subiektywny, jak konieczność uniknięcia u konkretnego chorego szoku psychicznego, sytuacji udręki, niewygód itp. W każdym razie, aby zadecydować o środkach, które się zastosuje, należy zawsze określić proporcję pomiędzy środkiem a zamierzonym celem”. – Papieska Rada „Cor Unum”, *Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti,* dok. cyt., s. 441.

[93] Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji,* dok. cyt., s. 3.

Postęp, jaki dokonał się na przestrzeni ostatnich lat sprawia, że wiele spośród środków dawniej zaliczanych do nadzwyczajnych, stosowanych jest obecnie w codziennej praktyce opieki medycznej. Problem natury moralnej, zauważa P. Ramsey, leży w tym, że łatwiej jest lekarzowi podjąć decyzję o zaniechaniu stosowanego środka nadzwyczajnego niż usprawiedliwić powstrzymanie się od zastosowania zwykłego zabiegu. Istnieje większa swoboda lekarza w rozstrzyganiu o doborze środków niż na to pozwala wewnętrzny, zależny od przekonań, kodeks moralny oraz obowiązujące prawo[94].

Na zastosowanie środka medycznego w konkretnej sytuacji mają wpływ takie czynniki, jak zamożność szpitala i jego rodziny oraz środki techniczne, jakimi dysponuje personel medyczny. Wpływa na to również, w poważnym stopniu, fachowe przygotowanie lekarza, do którego należy podjęcie decyzji o rodzaju stosowanego środka. Okoliczności te ujawniają niejednorodność podejmowanych rozstrzygnięć. Chodzi tu o swego rodzaju niesprawiedliwość, która jest spowodowana różnym stopniem zamożności krajów, a w nich poszczególnych zespołów medycznych. Trudno tutaj mówić o równym korzystaniu chorych z opieki medycznej. U nikogo nie budzi zdziwienia, a powinno, że szpital uniwersytecki wykonuje pewne zabiegi lecznicze i diagnostyczne rutynowo, a szpital miejski nie ma do nich dostępu, poza stanami zagrożenia życia[95].

J. Wróbel uznaje za zwyczajne te środki, „które z jednej strony są proporcjonalne do danej sytuacji i potrzeb chorego, a z drugiej uwzględniają jego kondycję psychofizyczną. Jeżeli więc w danej sytuacji nie jawią się jakieś przeciwwskazania podyktowane przez wyżej wspomniane uwarunkowania, to należy uznać za zwyczajne te środki, którymi medycyna dysponuje w danym momencie i które – opierając się na wiedzy medycznej i sprawdzonej praktyce – zwykła aplikować w określonym przypadku. Natomiast za nadzwyczajne, a tym samym nieproporcjonalne, należy uznać te środki, które z punktu widzenia doświadczenia i praktyki medycznej jawią się jako niecodzienne, nie sprawdzone i jednocześnie ryzykowne, w tym również te, które uważa się za eksperymentalne. Chodzi tutaj zarazem o takie środki, których aplikacja niesie ze sobą poważne ryzyko pogorszenia stanu chorego oraz wywołanie trwałej niedogodności i cierpienia, tak fizycznego, jak i moralnego. Tej samej kwalifikacji podlegają wszystkie te środki i metody, których działanie uboczne jest nieproporcjonalne dla skutku zamierzonego, pozytywnego. W jeszcze większym stopniu do nieproporcjonalnych muszą być zaliczone te działania i specyfiki, których celowość lub skuteczność jawi się w danej sytuacji jako nikła”[96].

Lekarzowi, zwłaszcza kierownikowi zespołu leczniczego nie zaangażowanemu w bezpośrednią opiekę, łatwiej jest podejmować decyzje na płaszczyźnie moralnej. Nie jest on uwikłany w emocjonalne relacje z pacjentem i jego rodziną. W swoim postępowaniu kieruje się on obiektywną normą moralną, zgodną z jego sumieniem i nauczaniem Kościoła. Trudniej jest to czynić lekarzowi opiekującemu się chorym, zwłaszcza dzieckiem, który powinien kierować się zarówno wiedzą medyczną, jak i niezależnym imperatywem moralnym. Stąd jest rzeczą zrozumiałą, że jego decyzje wyboru nie mogą kierować się subiektywizmem i ludzkimi względami[97].

---

[94] P. Ramsey, dz. cyt., s.149.

[95] J. Wróbel, *Człowiek i medycyna…,* dz. cyt., ss. 411-413; por. B. Wojtuś B. *Moralne aspekty niesienia pomocy człowiekowi umierającemu przez personel medyczny,* „Studia Gnesnensia” (1979-1980), t. V, ss. 175-200; St. Kornas, *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej,* dz. cyt., s. 234.

[96] Tamże; por. W. Gubała, *Wyzwania moralne w obliczu choroby nowotworowej,* w: *Globalizacja, życie i zdrowie, medycyna. Chrześcijanin wobec niektórych problemów moralnych,* red. B. Mielec, Kraków 2002, ss. 70-72; A. Dziuba, *Z problematyki etycznej chorych i umierających,* „Chrześcijanin w Świecie” 14(1982) nr 3(105), ss. 48-60; T. Ślipko, *Wolność i postęp a etyka lekarska. Rozważania na marginesie encykliki „Evangelium vitae”,* w: *„Evangelium vitae”. Dobra nowina o życiu ludzkim. Materiały na temat encykliki Jana Pawła II „Evangelium vitae” oraz dyskusja panelowa o karze śmierci,* red. J. Brusiło, Kraków 1995, ss. 29-53; tenże, *Granice życia,* dz. cyt., ss. 258-261.

[97] „Niestety, względy i argumenty ekonomiczne czy polityczne często okazują się ważniejsze niż ochrona środowiska, przez co życie ludzi w pewnych regionach planety staje się niemożliwe lub niebezpieczne”.– Jan Paweł II, Zrównoważony rozwój. Przemówienie do członków Papieskiej Akademii Nauk, OsRomPol.

Lekarz stojący na rozdrożu między prawem a sumieniem, powinien sam podjąć ciężar odpowiedzialności i zająć stanowisko. Jest ono słuszne, kiedy przy wyborze odpowiednich metod terapii, kieruje się właściwie uformowanym sumieniem. Zatem nie może on ulegać nieracjonalnym sugestiom. W swoich rozstrzygnięciach powinien jednak brać pod uwagę także czynniki pozamedyczne. Do nich zalicza się materialną sytuację rodzinną (czy w przypadku osób dorosłych wynikające stąd zobowiązania) a także stosunek chorego do Boga, jego uregulowane z Nim i ludźmi rachunki, związek uczuciowy dziecka z rodzicami i osobami najbliższymi[98]. Tak sądzi J. Bogusz. Choć nasuwa się pytanie dotyczące lekarza niewierzącego w kwestiach dotyczących problemów religijnych.

W codziennej pracy lekarz dość często spotyka się z sytuacjami bezpośrednio zagrażającymi życiu. Stoi on przed pytaniem, jakie środki i czynności powinien zastosować. Jeśli zaś pomoc może być nieskuteczna, kiedy zaprzestać podtrzymywanie funkcji życiowych. Pierwszymi doraźnymi czynnościami na miejscu zdarzenia, w przypadku zatrzymania krążenia i oddechu, są zabiegi reanimacyjne. W przypadku powodzenia akcji ratunkowej chory trafia na oddział intensywnej opieki medycznej. Ta zaś obecnie jest już leczeniem typowym, stacjonarnym, o najwyższym stopniu zaangażowania środków farmakologicznych, technik medycznych, personelu i organizacji[99]. Opieką tą objęte są dwie grupy chorych. Pierwszą z nich stanowią ci, u których załamanie zdrowia nastąpiło nagle. Do drugiej należą chorzy, u których zatrzymanie pracy ważnych dla życia układów, kończy długi proces choroby. Jest on najczęściej spowodowany wyniszczeniem organizmu lub starczymi zmianami[100]. Prawo i obowiązek wdrożenia czynności reanimacyjnych dotyczy każdego. Natomiast do lekarza należy decyzja o zaprzestaniu raz podjętej akcji ratunkowej lub zupełne od niej odstąpienie, po wzięciu pod uwagę wszystkich okoliczności.

Czynności reanimacyjne nie muszą być podejmowane, kiedy nie ma najmniejszej nadziei na uratowanie życia człowieka, nawet w sytuacji, gdy widoczne są jeszcze przejawy życia w niektórych jego narządach. Ma to m.in. miejsce przy całkowitym, nieodwracalnym uszkodzeniu mózgu w wyniku urazu czaszki, jeśli ocena tego zdarzenia nie budzi najmniejszych wątpliwości[101]. Z powstrzymaniem się od czynności reanimacyjnych najczęściej spotkać się można, gdy zatrzymanie pracy jednego z podstawowych dla życia układów, następuje w wyniku wyniszczającej choroby lub systematycznie postępujących zaburzeń starczych, których kresem jest śmierć[102].

Od zabiegów reanimacyjnych zwolniony jest lekarz, gdy jego życiu zagraża bezpośrednie niebezpieczeństwo. Stwierdzenie pewnych cech śmierci biologicznej również zwalnia lekarza z podejmowania reanimacji. Nie rozpoczyna się też zabiegów reanimacyjnych, jeżeli istnieje przekonanie, że

---

20(1999) nr 5-6(213), ss. 56-57.

[98] J. Bogusz, *Sumienie najwyższym sędzią,* w: *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie,* Bydgoszcz 1985, ss. 5-11.

[99] M. Sych, *Granice intensywnej terapii – aspekty etyczne i prawne,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* dz. cyt., s. 87.

[100] Tenże, *Możliwości i granice reanimacji,* art. cyt., s. 44.

[101] Oto co na ten temat pisze Pius XII: „Si la lésion du cerveau est tellement grave qu'il est très probable, et même pratiquement certain, que le patient ne survivra pas, l'anesthésiologue en vient à se poser la question angoissante de la valeur et du sens des manœuvres de réanimation. Pour gagner du temps et prendre avec plus de sûreté les décisions ultérieures, il appliquera immédiatement la respiration artificielle avec intubation et nettoyage des voies respiratoires. Mais il peut alors se trouver dans une situation délicate, si la famille considère ces efforts comme inconvenants et vient à s'y opposer. La plupart du temps, cela se produit non au début des tentatives de réanimation, mais lorsque l'état du patient, après une légère amélioration, ne progresse plus, et quand il est clair que seule la respiration artificielle automatique le maintient en vie. On se demande alors, si l'on doit, ou si l'on peut, poursuivre la tentative de réanimation, bien que l'âme ait peut-être déjà quitté le corps". – tenże, *Questions juridiques et morales concernant la réanimation. Discours à un groupe de médecins réunis sur l'initiative de l'Institut de génétique „Gregori Mendel"* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg – Paris 1963, t. III, s. 3124.

[102] M. Sych, *Możliwości i granice reanimacji i intensywnej terapii,* art. cyt., s. 44.

nastąpiła „śmierć mózgu" i wysiłki lecznicze mogą tylko i wyłącznie przywrócić życie wegetatywne[103].

Wątpliwości budzi sytuacja, kiedy życie powoli zamiera w człowieku a jednocześnie roztropnie przewiduje się, że może zaistnieć konieczność podjęcia zabiegów intensywnej terapii. W tych przypadkach, o ile chory jest świadomy i w pełni uprawniony do podejmowania decyzji, należy liczyć się z jego wolą[104]. Czynnik ten należy brać pod uwagę przy kwalifikowaniu chorych do zabiegów ratujących życie. W opiece medycznej należy kategorycznie wykluczyć takie techniki i takie środki, które w sztuczny sposób wydłużałyby umieranie. Lekarz nie powinien narażać chorego na dodatkowe cierpienia, które nie są usprawiedliwione proporcjonalną nadzieją na polepszenie jego zdrowia[105]. W takich wypadkach należy rozważyć pojęcie „nieuchronności" procesów wiodących do śmierci, jako jeden z czynników kwalifikujących do reanimacji. Trzeba jednak podkreślić, że to co jeszcze nie tak dawno było „nieuchronne", obecnie staje się możliwe do wykonania. W tym wypadku konieczna jest stała weryfikacja znajomości postępów medycyny w sposobie kwalifikowania lub rezygnacji z metod reanimacyjnych i intensywnej terapii[106].

Sukces reanimacji zależy od tzw. „potencjalnej zdolności" organizmu do życia. Składają się na nią drożność naczyń tętniczych serca, mózgu i płuc. Nie bez znaczenia jest także anatomiczno-fizjologiczna sprawność podstawowych dla życia narządów (mózgu, serca, płuc). W przypadku mechanicznych czy innego pochodzenia uszkodzeń, podjęcie funkcji przez te narządy jest utrudnione lub niemożliwe (nawet przy istniejącej drożności naczyń). Poważną rolę odgrywa też czas, który upływa od chwili zaprzestania pracy jednego z podstawowych narządów do momentu podjęcia reanimacji. Każda sekunda bez sztucznej stymulacji organizmu, wymuszającej przepływ bogatej w tlen krwi tętniczej, pogłębia zaburzenia metaboliczne[107].

Lekarz znajduje się w trudnej sytuacji, kiedy nie dysponuje dostateczną ilością sprzętu ratunkowego i wyspecjalizowanym personelem a potrzebujących pomocy jest wielu. W tym przypadku jawi się problem wyboru kolejności potrzebujących pomocy[108]. Znane jest z historii zdarzenie tragicznego zatonięcia statku pasażerskiego „Titanic" (1913). Lista zmarłych wskazuje, że z całą pewnością kryteria, według których ratownicy udzielali pasażerom pomocy, nie były jednakowe. Nie uwzględniały normy etycznej ratowania życia wszystkich i wszystkimi dostępnymi środkami. Nie może tu decydować kolor skóry, pozycja społeczna, intelektualne walory, które decydują w wypadku konieczności intensywnej opieki medycznej. Taka selekcja jest niezgodna z zasadami etyki lekarskiej[109].

---

[103] J. Wara-Wąsowski, *Nagłe zatrzymanie krążenia,* w: *Ostre stany zagrożenia życia w chorobach wewnętrznych,* Warszawa 1992, s. 23; por. M. Sych, *Możliwości i granice reanimacji i intensywnej terapii,* art. cyt., s. 44.

[104] „Aussi le patient – s'il était capable de décision personnelle - pourrait-il l'utiliser licitement et, par conséquent, en donner l'autorisation au médecin.– tamże, n. 5585. Istotna jest też wypowiedź M. Furlana: La decisione di iniziare una terapia intensiva comporta, dal punto di vista etico, normalmente una consultazione con il paziente e il suo assenso. Alcuni casi infatti esigono il tempo per una calma valutazione delle sue condizioni e per un colloquio con lui".– M. Furlan, dz. cyt., s. 253.

[105] Tenże, s. 254-255.

[106] M. Sych, *Granice intensywnej terapii – aspekty etyczne i prawne*, art. cyt., s. 45.

[107] Tamże.

[108] Oto co na ten temat pisze M. Furlan: „Quallora il numero dei pazienti bisognosi di terapia intensiva sia superiore al numero dei letti disponibili, sembra ragionevole che si debba riconoscere, in linea generale, un diritto di precedenza a chi è già in sala di rianimazione. Ma non sono da trascurare anche altri elementi: gravità del malato, probabilita del recupero, e infine – ma sulla validità di questo principio si può anche dubitare – la qualità della vita resa possibile dalla terapia. Bisogna riconoscere che nei casi concreti non è facile trovare il giusto equilibrio fra queste diverse esigenze".– M. Furlan, *Etica professionale per infermieri*, Padova 1985, s. 257.

[109] A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa,* Warszawa 1991, s. 70-71.

Deontologia lekarska nakazuje w przypadku reanimacji uwzględnić w pierwszej kolejności stopień poszkodowania i rokowanie. Konieczne jest tu prawidłowo ukształtowane sumienie, które nie ulega względom ludzkim. Każdy człowiek, a szczególnie lekarz, jest „zobowiązany iść w każdej okoliczności za głosem własnego sumienia i nie może być zmuszany do działania wbrew niemu" (DWR 3).

B. Górnicki (†1998), lekarz pediatra, dzieląc się doświadczeniem ze swoimi młodszymi kolegami pisze, że „niejednokrotnie dochodził do wniosku, iż w świecie [...] powstają sytuacje nie mieszczące się w żadnych kodeksach i żadnych zasadach postępowania, sytuacje, w których prawo i systemy nakazów i zakazów są bezsilne. Mówiąc krótko, istnieją sprawy, [...] które rozsądzić może jedynie własne sumienie"[110]. Kierowanie się więc wskazaniami pozamedycznymi w doborze chorych do zabiegów reanimacyjnych, nie uwzględniającymi głosu sumienia lekarskiego, jest w istocie zaciąganiem ciężkiej winy, która narusza porządek naturalny i nadprzyrodzony oraz grozi naruszeniem więzi międzyludzkiej[111].

Etyka katolicka nie udziela personelowi medycznemu szczegółowych wskazań o charakterze techniczno-medycznym[112]. Nie dysponuje ona bowiem dostateczną skalą ocen. Podaje normy ogólne. W ich świetle, w niesieniu pomocy człowiekowi, zespół reanimacyjny bezwzględnie jest obowiązany do zasad uczciwości i obiektywności. W podejmowaniu tak ważnych decyzji, gdzie każda minuta zwłoki może kosztować życie ludzkie, nie może być miejsca na uprzedzenia i względy osobiste. Lekarz powinien mieć świadomość, że jego zadaniem jest ratowanie życia. Toteż w swoich ocenach powinien dawać miejsce potencjalnym zdolnościom chorego do życia, choćby nawet roztropnie przypuszczał, że jego ocena może być zbyt optymistyczna[113].

Pius XII podkreśla, że każde ludzkie działanie i to we wszystkich płaszczyznach, także na polu medycznym, nosi znamiona ograniczoności. Toteż uwzględniając tę naturalną ludzką niewystarczalność[114], trzeba podkreślić, że pozostawienie chorego nie mającego szans na przeżycie a zajęcie się innym, który rokuje większe nadzieje na pełny powrót do zdrowia, w niczym nie obciąża lekarskiego sumienia. Jest tylko i wyłącznie pokornym uznaniem własnej ograniczoności i zależności od Stwórcy[115]. Oczywiście, że mogą się rodzić u niego uczucia głębokiego współczucia a nawet buntu, zwłaszcza gdy spotyka się z brakiem odpowiednich środków. W tej sytuacji Jan Paweł II energicznie apeluje, „aby podstawowe prawo do wszystkiego, co składa się na niezbędną ochronę zdrowia, a zatem do należytej opieki medycznej, stało się rzeczywiście udziałem każdego człowieka, niezależnie od jego pozycji społecznej i ekonomicznej"[116]. Wówczas liczba podejmowanych, tak trudnych moralnie decyzji, może być ograniczona. Bowiem lepsza organizacja zapewnia bardziej równomierny do nich dostęp. Trzeba jednak mieć świadomość, że prawdopodobnie nie nastaną nigdy dla lekarza takie czasy, kiedy nie będzie musiał w tych przypadkach dźwigać ciężaru odpowiedzialności.

W większym lub mniejszym stopniu zawsze będą istniały bariery, które będą stawiać lekarza wobec obowiązku niełatwego wyboru, pomiędzy czekającymi na zabiegi ratujące życie. Jego bowiem praca wymaga od niego, obok kwalifikacji, trzymania się przede wszystkim zasad moralnych. Te

---

[110] B. Górnicki, *Kodeks sumienia pediatry,* „Przegląd Pediatryczny" 25(1995) nr 3, s. 6.

[111] EV nr 4.

[112] „Non è possibile qui dare delle indicazioni di ordine etico cose dettagliate che costitusiscano una soluzione già confezionata di tutti i possibili casi concreti. Ogni caso ha la sua particolare configurazione e la sua storia. E poi quelli sollevati dalle tecnologie della rianimazione sono problemi relativamente nuovi, che richiedono un tempo piů lungo di riflessione, da parte di tutti". – M. Furlan, dz. cyt., s. 256.

[113] Tamże.

[114] „Cięższe zobowiązania (chodzi o środki nadzwyczajne) byłyby zbyt wielkim ciężarem dla większości ludzi i utrudniałyby zanadto osiągnięcie dóbr wyższych, bardziej doniosłych". – Pius XII, *Questions juridiques et morales concernant la réanimation,* przem. cyt., s. 3125-3126.

[115] Tamże.

[116] Jan Paweł II, *Medycyna a prawa człowieka. Przemówienie do uczestników Jubileuszu Lekarzy Katolickich,* OsRomPol. 21(2000) nr 9(226), ss. 35-36.

ostatnie domagają się głębokiej znajomości deontologii lekarskiej a w wypadku wierzącego, także znajomości nauczania Kościoła[117]. „Dlatego zawód lekarza, podkreśla Jan Paweł II, jest godny najwyższego szacunku. Jest to misja, którą najlepiej określa słowo «powołanie»"[118].

Zabiegi reanimacyjne i intensywnej terapii, jak widać, zasługują na najwyższą pozytywną ocenę. Są one przejawem miłości chrześcijańskiej do drugiego człowieka. Potwierdzają jego godność jako osoby oraz podstawowe prawo do życia[119]. Toteż prawdziwym celem wszystkich zabiegów leczniczych nie może być jedynie walka z chorobą aż do samego końca[120]. Taka postawa mogłaby pozbawić medycynę ludzkiego oblicza. Zaś lekarz przestałby być przyjacielem i bratem chorego. Stałby się tylko doskonale wyszkolonym „rzemieślnikiem". Człowiek bowiem jako osoba potrzebuje także wewnętrznego spokoju, relacji z bliskimi mu osobami, skupienia. Nie powinny być mu obce końcowe obowiązki wobec najbliższych, a w przypadku wierzącego, jego odniesienie do Boga[121].

W roku 1975, prośba rodziców dwudziestoletniej Amerykanki Karen A. Quinlan, która od pięciu miesięcy znajduje się w stanie śpiączki, o odłączenie jej od aparatów podtrzymujących życie, budzi światową dyskusję. Opinia publiczna zadaje fachowcom pytanie na podstawie jakich kryteriów, kiedy i kto, może podjąć decyzję odłączenia chorego od kosztownej aparatury podtrzymującej życie, gdy reanimacja została rozpoczęta, ale przypuszcza się, że nie przyniesie ona spodziewanych rezultatów? Rodzice A. Quinlan domagają się przerwania zabiegów utrzymujących ją przy życiu, natomiast klinika przekonuje, że w myśl ogólnych praw i wartości czynne przerwanie życia jest niedopuszczalne. Sąd Najwyższy New Jersey (USA) uchylając orzeczenie sądu pierwszej instancji, dopuszcza przerwanie sztucznego utrzymania chorej przy życiu pod warunkiem, że komisja etyczna ponownie przeanalizuje wskazanie do odłączenia aparatury i potwierdzi medyczny stan rzeczy[122].

J. Wróbel podkreśla mądrość, „której dowód dał sąd, podejmując taką decyzję. Przyjął on na siebie odpowiedzialność wypełnienia poważnej luki prawnej, to znaczy dotyczącej praktyk medycznych w przypadkach ocenianych jako bez wyjścia, to znaczy pozbawionych jakiejkolwiek rozumnej nadziei na wyleczenie. Uznając sytuację Karen za przypadek, kiedy nie ma żadnej rozumnie uzasadnionej nadziei na powrót, w jakimkolwiek stopniu, do życia świadomego, sąd ją odróżnia od licznych innych przypadków, w których taka możliwość istnieje. Uznając, że aparat przeznaczony do utrzymywania życia dziewczyny nie czyni nic innego, jak tylko podtrzymuje ją w stanie życia wegetatywnego, nie ofiarując jej żadnej nadziei na wyzdrowienie, sąd zaliczył to urządzenie do kategorii środków nadzwyczajnych przedłużania życia. Takie wyjaśnienie oraz rozróżnienie jest w stanie przyjść z pomocą tym rodzinom i służbie medycznej, która stoi wobec analogicznych sytuacji, jak Karen, nie rozciągając jednak aplikacji tegoż osądu na przypadki, kiedy istnieje możliwość powrotu do zdrowia i odzyskania świadomości oraz aparat przeznaczony do podtrzymania życia pełni funkcję pozytywną"[123].

I. Illich, amerykański socjolog jest przekonany, że medycyna traci ze swego pola widzenia aspekty psychologiczne i socjalne zdrowia i choroby. Opieka medyczna, obok niewątpliwych osiągnięć, przynosi także szkody. Wraz z rozwojem oddziałów opieki intensywnej terapii, gdzie miesiącami można sztucznie podtrzymywać życie chorego, przestaje on być traktowany jako osoba[124].

W USA znany jest niemal powszechny pogląd, że istnieje nie tylko prawo człowieka do życia, lecz także do godnej śmierci. W roku 1976 lokalny parlament Kalifornii uchwala pierwszą na świe-

---

[117] G. Perico, *Problemi di etica sanitaria,* Milano 1985, s. 159.

[118] Jan Paweł II, *Prawo Boże stawiajcie przed prawo ludzkie,* przem. cyt., s. 64-65.

[119] Tenże, *Aby budować cywilizację życia, prawdy i miłości. Przemówienie do uczestników sesji upamiętniającej pięciolecie Encykliki „Evangelium vitae",* OsRomPol. 21(2000) nr 4(222), ss. 40-42.

[120] EV nr 65.

[121] G. Perico, dz. cyt., s. 161.

[122] [b.a.], *Czy postęp medycyny służy umierającym?,* w: *Kronika medycyny*, dz. cyt., s. 556.

[123] J. Wróbel, *Człowiek i medycyna…,* dz. cyt., s. 436

[124] Tamże.

cie ustawę o naturalnej śmierci. Pozwala ona dorosłej osobie na złożenie pisemnego oświadczenia woli, które upoważnia lekarza do zaprzestania stosowania środków podtrzymujących życie, w sytuacji nieuniknionej śmierci. Aby uniknąć zarzutu ukrytej legalizacji eutanazji upoważnienie to dotyczy tylko naturalnej śmierci. Oświadczenie woli dodatkowo jest obwarowane skrupulatnymi przepisami wyjaśniającymi postępowanie. Podobne ustawy mają także inne stany USA[125].

Ustawa kalifornijska, w dalszym ciągu wywołuje ogólnoświatową dyskusję na temat prawa do rezygnacji z uporczywej terapii. Istnieje uzasadniona obawa, aby sami lekarze nie decydowali o ważności pisemnego oświadczenia woli. W takiej sytuacji stosowanie eutanazji w żaden sposób nie mogłoby być kontrolowane. W roku 1976 Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy przedstawia swoje stanowisko w sprawie chorych i umierających wyrażając obawę o to, że postęp w naukach medycznych niesie ze sobą zagrożenie naruszenia godności i podstawowych praw człowieka. Wzywa ono samorządy lekarskie w państwach członkowskich do wnikliwej analizy przepisów dotyczących podejmowania czynności reanimacyjnych i sztucznego podtrzymywania życia[126].

W roku 1979 Zarząd Federalnej Izby Lekarskiej Republiki Federalnej Niemiec uchwala „Wytyczne w sprawie pomocy w umieraniu", w których daje prawo lekarzowi zaprzestania uporczywej terapii w przypadku, gdy choroba w nieodwracalny sposób uszkodziła organizm chorego człowieka, a stan jego osobowości uniemożliwia kontakt z otoczeniem[127].

Światowe Stowarzyszenie Medyczne w „Deklaracji z Wenecji" (1983), zwanej także „Deklaracją w sprawie chorób śmiertelnych", dopuszcza możliwość, że w sytuacji, kiedy leczenie zawodzi a choroba nieuchronnie zmierza ku śmierci, chory ma prawo do pełnej oceny sytuacji i swobodnego podjęcia decyzji, co do dalszego leczenia lub zaprzestania uporczywej terapii[128].

Zaniechanie sztucznego podtrzymywania życia jednak nie zwalnia jednak lekarza z obowiązku towarzyszenia choremu do śmierci i podawania leków łagodzących stan terminalny. Powinien on powstrzymać się od stosowania nadzwyczajnych środków, nie dających choremu żadnych korzyści[129]. Przecież do jego powinności należy nie tylko troska o zdrowie i życie, ale także, gdy z przyczyn obiektywnych jest to niemożliwe, łagodzenie cierpień i stworzenie godnych osoby ludzkiej warunków umierania. Podtrzymywanie za wszelką cenę życia wegetatywnego, kiedy centralny system nerwowy obumarł, naraża chorego na nie kończące się tortury[130].

Czynności reanimacyjne zakładają wznowienie i wzmocnienie funkcji życiowych organizmu człowieka. Ma to miejsce jedynie w pewnym przedziale czasu, dla przetrwania kryzysu związanego z zaprzestaniem pracy układu krążenia i oddechowego. Winny być one wykonywane aż do momentu, kiedy organizm potrafi następnie sam kontynuować swoje sprawne funkcjonowanie. W niektórych przypadkach samoistne podjęcie pracy układu oddechowego i krążenia staje się niemożliwe. Wówczas chory, o ile jego życie utrzymuje się na poziomie wegetatywnym, pozostaje w całkowitej zależności od skomplikowanej aparatury i medycznego personelu. Stąd rodzi się pytanie o możliwości podejmowania czy zaprzestania czynności reanimacyjnych w momencie, gdy istnieją racjonalne wątpliwości, że chory wróci do życia. Bowiem jego śmierć wydaje się być przesądzona[131]. Zadanie to należy do komisji etycznej (zespołu lekarskiego, pielęgniarskiego, prawników, duchownych, filozofów i chorych; w zależności od rodzaju problemu powoływani są także inni specjaliści

[125] M. Nesterowicz, dz. cyt., s. 203-204.

[126] Tamże, s. 205.

[127] Zarząd Federalnej Izby Lekarskiej w RFN, *Wytyczne w sprawie pomocy w umieraniu,* w: *Kronika medycyny dz. cyt.,* s. 622.

[128] A. Tulczyński, art. cyt., s. 108; por. M. Sych, *Możliwości i granice reanimacji i intensywnej terapii,* art. cyt., s. 44.

[129] M. Nesterowicz, dz. cyt., s. 206.

[130] M. Sośniak, *Eutanazja bierna i czynna a powinności lekarza,* w: *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie,* Bydgoszcz 1985, s. 43; por. J. Kowalski, *Powołanie lekarza wpisane w bezsilność medycyny wobec choroby i cierpienia,* w: M. Wrężel, *Partnerski charakter relacji między lekarzem i chorym. Aspekt moralny,* Kraków 2000, ss. 5-8.

[131] M. Furlan, *Etica professionale per infirmerii*, Padova 1985, s. 255.

o odpowiednim przygotowaniu fachowym), która upewnia się, że wyczerpano wszystkie dostępne metody[132].

Żadna z przytoczonych sytuacji sama w sobie nie daje pewności, że zabiegi resuscytacyjne rzeczywiście prowadzone są już na zwłokach. Taką gwarancję daje tylko i wyłącznie stwierdzenie śmierci mózgu. Stąd też ustawicznie jawi się pytanie o stwierdzenie śmierci. Do lat sześćdziesiątych ubiegłego stulecia obowiązuje tak zwana „klasyczna definicja śmierci mózgu". Według niej za zmarłego uważa się człowieka, u którego nieodwracalnie ustaje krążenie krwi[133]. Następuje już wtedy stopniowy charakter śmierci mózgu. Nie wszystkie bowiem jego komórki obumierają wraz z zatrzymaniem krążenia krwi. Na początku lat osiemdziesiątych jawi się definicja rozszerzona śmierci. Jest ona „nieodwracalnym zatrzymaniem pracy serca i funkcji oddychania lub nieodwracalne ustanie funkcji mózgu, w tym funkcji pnia mózgu". Dalszy postęp w badaniach doprowadza do definicji śmierci człowieka jako osoby wówczas, gdy funkcja pnia mózgu ustaje nieodwracalnie. W Polsce wytyczne w sprawie kryteriów stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu zawiera Komunikat Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej (1996)[134].

Zespół lekarzy dopiero po stwierdzeniu śmierci mózgu może podjąć decyzję o zaniechaniu reanimacji[135]. G. Perico wskazuje w związku z tym na ciekawą uwagę natury religijno-moralnej. Trzeba umieć pozwolić umrzeć w pokoju temu, kto nie ma już nadziei na przeżycie. Jest to akt miłosierdzia, dla którego można poświęcić niewłaściwą ambicję walki za wszelką cenę i przy użyciu wszelkich środków przeciw przeznaczeniu śmierci, która może również stanowić formę wyzwolenia i daje początek szczęśliwości[136].

Każda sytuacja, w której rozważa się możliwość przerwania zabiegów ratujących życie jest inna. Chory ma swoją niepowtarzalną historię swej choroby. Różne są też możliwości terapeutyczne każdego ośrodka medycznego. Nikt nie potrafi udzielić wyczerpującej odpowiedzi i dać szczegółowe wskazania, rozwiązujące wszystkie etyczne dylematy. Nie potrafi tego uczynić w sposób wyraźnie jednoznaczny bioetyk, czy nawet doświadczony lekarz o właściwie ukształtowanym sumieniu i odpowiedniej wiedzy medycznej. Chory, którego życie jest w niebezpieczeństwie, wymaga indywidualnej oceny i decyzji. Nie jest to równoznaczne z relatywizmem. Wskazuje jedynie na odpowiedzialność w podejmowaniu tak ważnego rozstrzygnięcia. Zarówno jego ocena, jak i wybór stosowanych metod, zwłaszcza przez zespoły anestezjologów, powinny jeszcze poczekać na dojrzałą refleksję po upływie dłuższego czasu. Problematyka mimo wszystko nie jest jeszcze poznana do końca[137].

Jan Paweł II przypomina, „że prawo moralne pozwala odrzucić «terapię uporczywą», a za obowiązkowe uznaje jedynie takie leczenie, jakie wchodzi w zakres normalnej opieki medycznej, której najważniejszym celem w przypadku chorób nieuleczalnych jest łagodzenie cierpień"[138].

---

[132] J. Wara-Wąsowski, dz. cyt., s. 24; por. M. Sośniak, dz. cyt., s. 43. Zdaniem G. Perico – „potwierdzenie, otrzymane po użyciu wszelkich środków i kryteriów sugerowanych przez prawo i wiedzę, stanu śmierci mózgu chorego, równa się formalnemu naukowemu oświadczeniu o niemożliwości do autonomicznego życia". – tenże, dz. cyt., s. 161-162. Natomiast Pius XII podkreśla, że życie ludzkie utrzymuje się tak długo, jak długo witalne funkcje – w odróżnieniu od prostego życia narządów ujawniają się spontanicznie, albo nawet przy pomocy sztucznych zabiegów. – tenże, *Questions juridiques et morales concernant la réanimation,* przem. cyt., s. 3129-3130; por. M. Furlan, dz. cyt., s. 255-256.

[133] W 1966 r. Francuska Akademia Medycyny jako jedna z pierwszych przyjmuje definicję momentu śmierci jako ustanie czynności mózgu w miejsce przestania pracy serca. – [b.a.], *Śmierć mózgu nowym kryterium śmierci człowieka,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 531.

[134] B. Stolarska, *Między Hypnosem i Thanatosem,* „Magazyn Medyczny" 1(1990) nr 5-6, s. 4-5.

[135] M. Sośniak, art. cyt., s. 43; por. G. Perico, dz. cyt., s. 158; J. Wara-Wąsowski, art. cyt., s. 23-24.

[136] G. Perico, dz. cyt., s. 158; por. T. Ślipko, Granice życia, Kraków 1994, s. 342; S. Olejnik, *Etyka lekarska,* Katowice 1995, s. 107.

[137] M. Furlan, dz. cyt., s. 255-256.

[138] EV nr 65; por. Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji, dok. cyt., s. 3. Wcześniej w tej sprawie Pius XII dodaje, że „prawa i obowiązki rodziny, ogólnie biorąc zależą od woli domniemanej – nieprzy-

Komitet Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia zajmuje podobne stanowisko, „że jest etycznie uzasadnione powstrzymanie się od podtrzymujących życie działań lub też ich zaprzestanie, jeśli pozostają one w sprzeczności z wolą chorego, nie powstrzymają przebiegu choroby, a tylko przedłużą proces umierania”[139].

Stworzenie ludzkich warunków umierania, nie-przedłużanie agonii, nie jest popieraniem biernej eutanazji. Fakt odłączenia chorego od aparatury ratującej życie, z ludzkiego punktu widzenia, może wydawać się bardzo okrutny. Jednak nie jest łamane żadne prawo ani też etyczna norma dotycząca obowiązków lekarza. Jest on powołany do niesienia pomocy przy zastosowaniu środków, jakimi obecnie medycyna dysponuje[140].

Zdarza się, że racje emocjonalne zespołu leczącego są tak silne, iż pomimo śmierci mózgu człowieka, lekarz nie odłącza aparatury. Często chodzi o podtrzymywanie na duchu rodziców lub dzieci, którzy jeszcze nie pogodzili się ze śmiercią bliskich. Taką decyzję dyktuje mu czasem oczekiwanie na przyjazd krewnych lub przyjaciół, danie czasu na przygotowanie się do tak trudnej chwili. Gdy jednak aparatura jest konieczna dla kogoś, kto jest w stanie ciężkim i ma szansę przeżycia, to ma on pierwszeństwo[141].

Refleksja etyczna nad dylematem przerywania zabiegów podtrzymujących życie, powinna uwzględnić także opiekę nad noworodkiem. Najczęstszymi przyczynami śmierci noworodka w świecie zachodnim jest wcześniactwo, ciężkie wady wrodzone oraz niedotlenienie okresu okołoporodowego. Oddziały opieki neonatologicznej mogą zapewnić warunki do wyzdrowienia, ale nie wszystkim. W miarę postępu w intensywnej terapii jest oczywistym fakt, że noworodek dawniej kwalifikowany do grupy niezdolnych do przeżycia, obecnie przeżywa[142].

Niestety wiele noworodków ma trwale uszkodzony system nerwowy. Toteż pediatrzy są zmuszeni do nieustannej weryfikacji kryteriów podtrzymywania życia. Uniwersalny wzorzec intensywnej opieki jest trudny do wypracowania. Zanim zostanie udzielona odpowiedź, warto zapoznać się z wypowiedzią Christophera Nolan’a, dwudziestoletniego mężczyzny sparaliżowanego w następstwie asfiksji w okresie okołoporodowym. Dla niego „każdy dzień życia jest nagrodą błogosławieństwa”. Również dla nowonarodzonych obowiązuje moralna i prawna zasada równej wartości każdego życia[143].

Podsumowując zobowiązanie służby zdrowia do nie stosowania uporczywej terapii, należy zaznaczyć, że jest ono zgodne z nauczaniem kościelnym i obowiązującym prawem państwowym. Jan Paweł II daje jasną wykładnię w encyklice „Evangelium vitae”: „Od eutanazji należy odróżnić decyzję o rezygnacji z tak zwanej «uporczywej terapii», to znaczy z pewnych zabiegów medycznych, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny”[144].

---

tomnego chorego, jeśli jest pełnoletni i «sui iuris» (zdolny rozporządzać sobą). Co do właściwej i niezależnej powinności rodziny, jest ona zwykle zobowiązana jedynie do stosowania środków zwyczajnych. Konsekwentnie, jeśli się okaże, że podjęcie reanimacji stanowi dla rodziny tego rodzaju obciążenie, że nie da się go jej nałożyć jako zobowiązania w sumieniu, rodzina może w sposób godziwy nalegać, żeby lekarz przerwał te zabiegi, a lekarz może godziwie ją posłuchać. Brak w tym przypadku jakiejkolwiek bezpośredniej dyspozycji co do życia chorego, ani nie zachodzi przypadek eutanazji”. – tenże, *Questions juridiques et morales concernant la réanimation*, przem. cyt., s. 3128.

[139] *Rozważanie etyczne nad zwalczaniem bólu nowotworowego i opieką paliatywną. Raport Komitetu Ekspertów WHO,* Genewa 1990, „Medicus” 1(1992) nr 6, s. 30.

[140] St. Kornas, dz. cyt., s. 233.

[141] Tamże.

[142] G. Solbach, *Rechtliche Grenzen der Sorge für schwerstgeschädigte Neugeborene?,* „Klinische Pädiatrie” (1993) nr 6, s. 389.

[143] I. A. Laing, G. C. Halley, *Kiedy przerwać opiekę neonatologiczną,* „Aktualności Pediatryczne” 4(1995) nr 3, s. 192-193.

[144] EV nr 65.

J. Wróbel wyjaśnia, że moralnie uprawniona rezygnacja z działań przyjmujących znamiona uporczywej terapii, nie oznacza całkowitego odstąpienia od udzielania pomocy choremu. Zupełne opuszczenie człowieka nieuleczalnie chorego lub znajdującego się w nieodwracalnym stanie terminalnym, jest nie do pogodzenia z miłością bliźniego, z zasadą solidarności, a także z etosem lekarskim"[145].

4. Moralne problemy eutanazji

Śmierć jest najbardziej dramatycznym wydarzeniem egzystencji człowieka[146]. Z drugiej strony zdaje on sobie sprawę, że jest ona procesem nieuchronnym, toteż próbuje się uczynić ją możliwie najmniej dla niego przykrą. Eutanazja oznacza właśnie taką „dobrą śmierć" bez straszliwych cierpień[147].

O eutanazji pisze już Platon (około 427-347 lat przed Chrystusem). Dla niego o wartości życia decyduje nie jego długość, ale jakość. Zdrowe, płodne i produktywne życie uznaje on za bardziej wartościowe od formy życia cierpiącego i chorego. Uczeń Platona, Arystoteles (384-322 przed Chrystusem) nie zajmuje się umierającymi. Samobójstwo dla skrócenia cierpień uznaje on za tchórzostwo. Chociaż nie pisze wprost o chorych, jest przeciwny przyśpieszaniu śmierci. Także Pitagorejczycy sprzeciwiają się wszystkim formom samobójstwa. Uważają bowiem, że człowiek nie może decydować o przerwaniu swego życia. Jest ono darem bogów, który śmiertelnicy mają absolutnie szanować. Ich poglądy zebrane w „Corpus Hippocraticum" leżą u podstaw tworzącej się etyki medycznej (około 450 r. przed Chrystusem)[148]. W okresie późno-greckim filozofia szacunku dla życia stopniowo zanika[149]. W starożytności znane jest też współczesne rozumienie eutanazji. W Sparcie zabijano na przykład dzieci niepełnosprawne[150].

---

[145] J. Wróbel, *Człowiek i medycyna…,* dz. cyt., s. 426.

[146] D. M. Pappas, *Recent historical perspectives regarding medical euthanasia and physician assisted suicide,* „Medical Bulletin British" 52(1996) nr 2, s. 386.

[147] Słowo „eutanazja" pochodzi z języka greckiego i oznacza «dobrą śmierć». Słowu temu od czasów greckich, zależnie od okoliczności, przypisuje się różne znaczenie. Termin eutanazja nie jest jednoznaczny.– [b.a.], *Eutanazja,* w: *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN,* dz. cyt., t. II, s. 301; por. J. Kujawska -Tenner, *Niektóre problemy w opiece paliatywnej,* „Nowotwory" 46(1996) nr 2, s. 765; Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji,* dok. cyt., s. 3.

[148] „Hipokratejska medycyna zachowuje swe wpływy aż do XIX w. Przysięga Hipokratesa jeszcze dziś jest traktowana jako fundament etyki lekarskiej. Ten chyba najbardziej znany fragment „Corpus Hippocraticum" prawdopodobnie nie jest dziełem samego Hipokratesa. Zawarty w nim zakaz przerywania ciąży i pomoc przy samobójstwie, które przedstawiają dla hipokratejskich lekarzy środki jak najbardziej zgodne z prawem, świadczy o posthipokratejskim powstaniu tego dokumentu. Naukowcy przypuszczają, iż autorzy przysięgi pozostają pod wpływem sekty pitagorejczyków (500-350 przed Chrystusem), którzy odrzucają posługiwanie się nożem jako metodę terapii". – [b.a.], *Wzór – Hipokrates,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 37.

[149] Poglądy Epikurejczyków, którzy głoszą dążenie do przyjemności i unikania bólu, wywierają na społeczeństwo coraz większy wpływ. Stoicy wyznają podobne poglądy. W głównej mierze inspirowani są oni przez Sokratesa (469-399 lat przed Chrystusem), który kończy swoje życie wypiciem śmiercionośnej cykuty. Zenon z Kition (około 336-264 przed Chrystusem) założyciel szkoły stoickiej, popełnia samobójstwo z powodu bolesnego zranienia stóp. Pisma stoików zawierają opisy samobójstw także i te, których przyczyną jest nieuleczalna choroba. Ich poglądy dotyczące przyśpieszania śmierci znajdują odzwierciedlenie w spisanych myślach Pausaniana, króla Sparty (408-394 przed Chrystusem). Według niego najlepszym lekarzem jest ten, „który nie pozwala choremu trwać, ale przyśpiesza mu śmierć". – L. T. Cowley, E. Young, T. Rafifin, *Care of the dying: An ethical and historical perspective,* „Critical Care Medicine" 20(1992) nr 10, s. 1473-1476.

[150] J. Troska, *Moralność życia cielesnego,* Poznań 1999, s. 141.

W Rzymie już w wieku V przed Chrystusem na eutanazję zezwala prawo „dwunastu tablic". W kręgach tej kultury wzrasta akceptacja ograniczonego leczenia i tolerancja dla samobójców[151]. Świadczy o tym piśmiennictwo[152].

W ciągu XV stuleci dzielących cesarstwo rzymskie od współczesnej medycyny, stosunek do chorego umierającego ulega stopniowej przemianie. Ewolucję tę można potraktować jako trzystopniowy proces. Pierwszy rozpoczyna się w średniowieczu i trwa aż do początku obecnego stulecia. Człowiek uznaje życie jako dar Boży, a cierpienie ludzkie jako dopełnienie „udręk Chrystusa dla dobra Jego Ciała, którym jest Kościół" (Kol 1, 24). W ten sposób ustają praktyki eutanatyczne, chociaż jest jeszcze praktykowany zwyczaj dobijania śmiertelnie rannych rycerzy[153]. Humanizm renesansu i oświecenia umacnia ideę przedłużania życia i traktuje ją jako ważny element sztuki lekarskiej. W końcu osiągnięcia współczesnej medycyny potrafią przedłużać życie, lecz powodują też poważne dylematy moralne[154]. Duch dociekań i analizy, który charakteryzuje oświecenie, sprzyja otwartym debatom dotyczącym troski o umierających[155].

Słowo „eutanazja" w XIX wieku używane jest coraz częściej. Przyczyną tego jest intensywny rozwój medycyny, która pozwala już nieco, jak już wiadomo, złagodzić cierpienie związane ze śmiercią[156]. Metody naukowe w medycynie stają się ważnymi czynnikami wpływającymi na jej postęp. Lekarz coraz częściej staje przy umierającym. Jednak zakres jego posługi nie jest jeszcze dostatecznie określony. Nie spełnia on próśb chorych o przyspieszenie ich śmierci, uważając je za niemoralne[157].

Wiek XIX i XX charakteryzuje szybki rozwój technologii medycznych. Ponownie ożywają nadzieje na pokonanie procesu starzenia się. W znacznej mierze przyczynia się do tego teoria ewolucji Ch. R. Darwina (1809-1882). Długość życia zwiększa się i przybywa niepełnosprawnych oraz star-

---

[151] Marek Aureliusz (121-180), cesarz rzymski i znany moralista stoicki, tak określa swój stosunek do śmierci: „Czekam na śmierć w pogodnym nastroju, która nie jest niczym innym jak tylko rozkładem substancji, z których każdy żyjący się składa". Seneka Starszy (około 55 r. przed Chrystusem - 40 r.), kończy swoje życie przez podcięcie nadgarstków, kiedy podana mu trucizna nie działa wystarczającą szybko.– L. T. Cowley, E. Young, T. Rafifin, art. cyt., s. 1476.

[152] Pliniusz Starszy (23-79), podaje jako wystarczające powody do zakończenia życia kamienie w woreczku żółciowym, dysfunkcje żołądka i bóle głowy. Podobne poglądy głosi Diogenes Laertios (III wiek) i Cyceron (106-43 przed Chrystusem). Trucizna jest wtedy powszechnym środkiem ucieczki od cierpienia związanego ze śmiercią. Lekarze dysponowali odpowiednią wiedzą toksykologiczną. Natomiast brak jest źródeł historycznych potwierdzających ich obecność w czasie popełniania samobójstwa. W piśmiennictwie rzymskim opisywane są przypadki odmowy uczestnictwa lekarzy. Kiedy cesarz Hadrian (76-138) proponuje popełnić samobójstwo, jego lekarz sam odbiera sobie życie, aby nie być zmuszonym do podania mu śmiertelnej mikstury. – tamże.

[153] J. Troska, *Moralność życia cielesnego,* dz. cyt., s. 141.

[154] L. T. Cowley, E. Young, T. Rafifin, art. cyt., s. 1477.

[155] J. Locke (1632-1704), odrzuca praktykę eutanazji. Zwolennikiem „łagodnej śmierci" jest F. Bacon (1561-1626), który zachęca, by korzystając z posiadanej wiedzy poszukiwać sposobów przerwania fizycznego bólu u chorego. Przeciwnego zdania jest D. Hume (1711-1776), ostatni z wielkich empirystów. Jest on przekonany, że cierpienie w czasie choroby usprawiedliwia odważną ucieczkę. Inni, jak B. Franklin (1706-1790), czy J. Bentham (1748-1832), angielski prawnik i filozof, usprawiedliwiają praktykę eutanazji ze względu na hedonistyczne wartości.– tamże, s. 1479; por. [b.a.], *Eutanazja i jej dwuznaczność,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 402.

[156] J. Ch. Reil (1759-1813), niemiecki lekarz i profesor uniwersytetu w Hale zajmujący się terapeutycznymi założeniami teorii eutanazji jest zdania, że „należy zadbać o to, by człowiek zmarł śmiercią naturalną". Eutanazję rozumie on jako pomoc lekarza umierającemu. Polega ona na otoczeniu go cierpliwą, życzliwą opieką, połączoną z umiejętnym dawkowaniem lekarstw przeciwbólowych. Pod żadnym pozorem nie wolno jednak przyśpieszać procesu umierania. – tamże.

[157] L. T. Cowley, E. Young, T. Rafifin, art. cyt., s. 1479.

szych osób. Staje się to powodem nawoływania do szybkiego otrucia tysięcy „bezwartościowych" ludzi przez E. Haeckela (1834-1919), niemieckiego biologa i filozofa [158].

Na początku XX wieku ludzkość słowu „eutanazja" nadaje nowe tragiczne znaczenie, którego nikt wcześniej nawet nie przeczuwał. W roku 1920 K. Binding, prawnik i A. Hoche, psychiatra twierdzą, że ludzie przydatni społeczeństwu poświęcają się na rzecz uciążliwego „balastu", pielęgnowanego w instytutach idiotów. Ich likwidacja jest pożądana. „Jak ludzki organizm odrzuca szkodliwe części, tak samo powinien postąpić organizm państwa, działając dla dobra ogółu". Przekonanie to wykorzystuje w roku 1933 A. Hitler (1889-1945). Wprowadza on ustawę „O zapobieganiu potomstwu dziedzicznie obciążonego" mającą strzec czystości rasy poprzez przymusową sterylizację[159].

II wojna światowa ujawnia okrucieństwo zaplanowanej i konsekwentnie wykonywanej masowej eksterminacji. A. Hitler wydaje nowy zbrodniczy rozkaz: „Nieuleczalnie chorym trzeba pozwolić na łaskawą śmierć"[160]. Na jego podstawie zamordowano około 70 tysięcy chorych z zakładów opieki medycznej. Akcja ta jest wstępem do masowych mordów chorych psychicznie, homoseksualistów, starców i nienarodzonych dzieci, członków tzw. „rasy niewolników"[161].

Przerażenie spowodowane zbrodniami ostatniej wojny wycisza publiczną dyskusję o eutanazji. Dopiero z początkiem lat siedemdziesiątych obserwuje się wzrost zainteresowania społecznego tą problematyką[162].

W roku 1987 idea eutanazji doczekała się aprobaty w „Zasadach Europejskiej Etyki Medycznej" opublikowanych w dokumentach Rady Europy i Stowarzyszenia Lekarskiego EWG. Staje się to przyczyną coraz częstszego przyzwalania na eutanazję i znajduje praktyczne odzwierciedlenie w prawodawstwie wielu krajów europejskich[163].

---

[158] Zagadnieniami społecznymi eutanazji również interesuje się A. Carrel (1873-1944), francuski fizjolog i profesor uniwersytetu Rockefellera w Nowym Jorku (jest jej przeciwnikiem) oraz F. Nietzsche (1844-1900), filozof niemiecki. W tym czasie pisma K. Marksa (1818-1883), niemieckiego twórcy socjalizmu naukowego, popierają rozwój eutanazji, ale nie nadają jej obecnego znaczenia. W swoich poglądach K. Marks bliższy jest założeniom współczesnej opieki paliatywnej niż eutanazji. Pragnie on, aby chorzy nie cierpieli i byli otoczeni wszechstronną troską. Teoria godnego umierania nie skłania go jednak do przyjęcia przyśpieszania śmierci. – tamże, s. 1480.

[159] [b.a.], *Uciążliwy ciężar, bezwartościowe życie,* w: *Kronika medycyny*, dz. cyt., s. 402; por. J. Troska, *Moralność życia cielesnego,* dz. cyt., s. 142.

[160] „Wiosną 1939 r. utworzono w kancelarii fürera komisję Rzeszy do naukowego opracowania problemu związanego z ciężkim upośledzeniem wrodzonym i nabytym. Pod tym ukrywa się organizacja – zajmująca się mordowaniem dzieci upośledzonych. Ważną rolę odgrywa w niej dyrektor lipskiej kliniki dziecięcej Werner Catel (1884-1981), jeden z trzech kompetentnych ekspertów, którzy nie widząc nawet dzieci, których to dotyczyło, decydowali o ich życiu i śmierci".– [b.a.], *Eutanazja. Masowy mord chorych,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 456.

[161] R. Domżał-Drzewicka, *Czym jest eutanazja w XX wieku?,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, s. 111.

[162] Dopiero z początkiem lat siedemdziesiątych obserwuje się wzrost zainteresowania społecznego tą problematyką. W roku 1980 powstaje Niemieckie Stowarzyszenie Godnej Śmierci Człowieka (Deutsche Gesellschaf für Humanes Sterben), które domaga się prawa do okazania pomocy w umieraniu osobom nieuleczalnie chorym, którzy mogliby decydować o momencie swojej śmierci. W cztery lata później głośny proces niemiecki stawia J. Hackethalowi zarzut udzielenia pomocy w samobójstwie chorej, która otrzymuje od niego cyjanek potasu. Proces zostaje umorzony, ponieważ sąd jest przekonany, że chory ma prawo decydowania o swoim życiu. – [b.a.], *Debata o umieraniu godnym człowieka,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 580.

[163] W roku 1989 sąd brytyjski upoważnia lekarzy do dokonania eutanazji na czteromiesięcznej dziewczynce. W Holandii w roku 1993 izba niższa parlamentu holenderskiego, pod wpływem nacisku środowisk medycznych i opinii publicznej, uchwala kompromisową ustawę o eutanazji. Wówczas po raz pierwszy w tym kraju ujawnione zostają wyniki badań statystycznych związanych z eutanazją. W 1990 roku na 129 tysięcy wszystkich zgonów odnotowanych w Holandii, eutanazję wykonano u 2-3 tysięcy osób z 9 tysięcy proszących o nią, 400 osób popełniło tzw. „wspomagane samobójstwo", u 1000 eutanazję wykonano bez wyraźnej

Badania statystyczne przeprowadzone w roku 1997 wśród 350 onkologów ujawniają, że ponad połowa z nich dopuszcza możliwość eutanazji umierającego człowieka, gdyby była ona prawnie zalegalizowana. Pozostali lekarze przyznają się, że na swoim sumieniu mają pojedyncze przypadki odebrania życia chorym, którzy umierali w nieludzkim cierpieniu[164].

Współcześnie jednym z najgorliwszych zwolenników eutanazji jest P. Ch. Singer, australijski filozof. Odrzucając Boga stosuje „utylitarystyczną" normę moralną. Według niego człowiek jest celem sam w sobie. Jego życie ma sens tylko wówczas, jeśli jest pełnowartościowe i przyczynia się do szczęścia innych. Nie dostrzega on różnicy pomiędzy życiem ludzkim a zwierzęcym. Dla niego „witalne konie, owce lub szczury zasługują na życie w większym stopniu niż chorzy w stanie śpiączki, którzy na skutek choroby nie mają już ani świadomości, ani własnych interesów"[165].

W Polsce trudno jest określić wyraźne postawy społeczne wobec eutanazji. Do roku 1999 nie są przeprowadzone w tym zakresie badania statystyczne na szeroką skalę[166]. Stąd prawdopodobnie opinie na temat udzielania pomocy w samobójstwie osobom nieuleczalnie chorym są podzielone. Późniejsze badania ujawniają, że poziom aprobaty dla eutanazji jest dość duży, z tendencją do wzrostu[167]. W tej sytuacji bardzo cenne są wypowiedzi studentów medycyny, o wyższej samoocenie religijnej, stykających się z cierpieniem i śmiercią człowieka. Perspektywa legalizacji eutanazji przyjmowana jest przez nich z wielkim niepokojem. Samo jej dokonanie świadczy, według nich, o głębokim kryzysie człowieczeństwa i wypaczeniu najbardziej elementarnych relacji międzyludzkich[168].

---

prośby, a u 22,5 tysięcy chorych zgon nastąpił w wyniku przedawkowania leków przeciwbólowych lub w wyniku innego działania z wyraźną intencją skrócenia życia. Władze ustawodawcze Holandii sądzą, że legalizacja eutanazji jest to mniejsze zło, które ma przeciwdziałać sytuacjom wykonywania eutanazji wbrew woli chorego. Dokonanie eutanazji jest obwarowane licznymi warunkami, bez których spełnienia lekarz naraża się na karę więzienia. – [b.a.], *Legalizacja eutanazji w Holandii,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 603; por. A. Michnowska, O eutanazji, „Gazeta Lekarska" (1997) nr 4(75), s. 39-40; M. Roth, *Euthanasia and related ethical issues in dementias of later life with special reference to Alzheimer's disease,* „British Medical Bulletin" 52(1996) nr 2, s. 263.

[164] J. Łuczak, *Krzyk śmierci. Medycyna wydłuża proces umierania,* „Polityka" (1998) nr 32(2153), s. 20. Dla zrozumienia motywacji zwolenników eutanazji istotną staje się wypowiedź Ch. Barnarda (ur.1922), kardiochirurga. „Eutanazję osobiście definiuję nie tyle jako dobrą śmierć, ile jako dobre umieranie. Na pewno nie oznacza ona dla mnie zabójstwa z litości. [...] Niektórzy wyznają zasadę, że nikt nie ma prawa przyspieszyć śmierci chorego, że człowiekowi nigdy i pod żadnym pozorem nie wolno udawać, że jest Bogiem. Jednak lekarz, będąc naukowcem, musi żyć w świecie realnym". Chociaż Ch. Barnard, ojciec przeszczepów serca, nigdy nie dopuszcza się eutanazji, jednak osobiście nie wyklucza takiej możliwości. Uważa on, że medycyna zmuszona jest podjąć dyskusję o legalności eutanazji. – J. A. Pieńkowski, *Prof. Christiaan Barnard o etycznych aspektach eutanazji i samobójstwa. – Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A Biela, Lublin 1996, ss. 83-86.

[165] P. Ch. Singer, *Nie każde życie jest święte,* „Forum" 37(2001) nr 50(1897), ss. 9-11.

[166] Wyjątek stanowi tylko kilka badań sondażowych opinii publicznej. Pełniejszego opracowania podjęło się Centrum Badania Opinii Społecznej (COBOS). Badanie przeprowadzono w dniach 7-13 lipca 1999 roku wśród 1055 osobowej reprezentatywnej grupy dorosłej ludności Polski. – J. C. Willke, *Życie czy śmierć. Stare i nowe tajemnice eutanazji,* Gdańsk 2000, ss. 227-232.

[167] Wśród ankietowanych 42 % osób akceptuje postępowanie lekarza, który pomaga choremu na jego wyraźną prośbę w umyślnym skróceniu życia. 40 % wyraża dezaprobatę (w 1988 roku było 38 % „za" i 43 % „przeciw"). Opinie, poddanych badaniu osób, dotyczące reakcji lekarza na prośbę chorego o środek powodujący śmierć, również są podzielone. 40 % spośród nich uważa, że lekarz powinien spełnić wolę osoby cierpiącej, nieuleczalnie chorej, która domaga się podania środka powodującego śmierć. 44 % sprzeciwia się takiemu postępowaniu (w 1988 roku było 30 % „za" i 47 % „przeciw"). – tamże.

[168] Badania przeprowadzono na 242 osobowej grupie studentów wydziału lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Większość studentów (58,3%) opowiada się przeciw eutanazji, są to osoby z wyższą samooceną religijną. Dużą grupę (41,7%) stanowią jednak zwolennicy eutanazji. W tej grupie znajdują się studenci o słabszej religijności. Życie dla nich nie ma absolutnej wartości. Jest ono w rękach kon-

Środki społecznego komunikowania poświęcają coraz więcej uwagi eutanazji. Uwarunkowane jest to kilkoma czynnikami. Przede wszystkim Polska jest krajem starzejącego się społeczeństwa. Narasta w nim problem opieki nad osobami w podeszłym wieku, chorymi i niepełnosprawnymi. Stopniowo również zanika pielęgnowanie tradycji rodzin wielopokoleniowych. Młode małżeństwa starają się o własne mieszkanie i prowadzenie oddzielnego gospodarstwa. Oznacza to, że nie ma pośród nich miejsca dla rodziców w podeszłym wieku i dziadków[169].

W roku 1995 sejmowa podkomisja do rozpatrzenia projektu „Ustawy o Zawodzie Lekarza" usuwa z niego punkt zabraniający lekarzom dokonywanie eutanazji jako świadomego aktu, który ma na celu zakończenie życia chorego. W ten sposób społeczeństwo polskie powoli jest przyzwyczajane do możliwości zastosowania eutanazji, podobnie jak to ma miejsce w USA. W kraju tym od wielu lat prowadzona jest propaganda. Jej celem jest przekonanie obywatela, że jego „patriotycznym" obowiązkiem jest poddanie się eutanazji wówczas, gdy będzie stary, nieproduktywny lub terminalnie chory[170].

W wywiadach wiele osób wyraża pogląd, że popełniłoby samobójstwo w przypadku zachorowania na raka. W praktyce tylko nieliczni spośród nich realizują swoje zamierzenia. W obliczu choroby możliwość dokonania wyboru za życiem lub przeciw niemu, często jest wystarczające, aby rozładować negatywne emocje[171]. Motywacje podejmowania prób samobójczych i eutanazji, wśród chorych na raka, są dość złożone. Jednym z istotnych powodów jest trudne do wyobrażenia sobie cierpienie ciała i psychiki.

Jeśli w tak dramatycznej sytuacji chory pozostawiony jest sam sobie przez rodzinę i opiekunów medycznych, to niewiele potrzeba, aby uległ rozpaczy. Prośba o eutanazję lub myśl o samobójstwie jest w istocie wołaniem chorego nie o śmierć, lecz o zainteresowanie się nim[172].

W społeczeństwach sprzyjających „kulturze śmierci", lekarz próbuje przerzucić odpowiedzialność za podjęcie decyzji o wykonaniu eutanazji, wyłącznie na chorego i jego rodzinę, co rzekomo ma usprawiedliwiać czyn[173]. Tragicznym przejawem jest rozpowszechnianie się eutanazji ukrytej albo wykonywanej otwarcie za przyzwoleniem prawa[174].

Eutanazja „legalna niedobrowolna" polega na pozbawieniu życia osób zaliczonych do kategorii beznadziejnie chorych, bez ich lub opiekunów wiedzy i przyzwolenia, zatem wyłącznie na mocy decyzji odpowiednich organów społecznych. Takie postępowanie kojarzy się nieodparcie z obozami koncentracyjnymi prowadzonymi przez nazistów, choć próbuje się je usprawiedliwić współczuciem, a czasami względami praktycznymi, nakazującymi unikania zbyt dużych wydatków[175]. Nie można też przemilczeć istnienia takiej formy eutanazji, kiedy pobierane są narządy do przeszczepów od dawców, zanim jeszcze zostaną uznani, według powszechnie przyjętych kryteriów, za zmarłych[176].

J. Wróbel analizując przesłanki negatywne do transplantacji, zawarte w encyklice «Evangelium vitae», wskazuje na „zagrożenia i niebezpieczeństwa związane z redukcjonizmem antropologicznym, w których dominuje materialistyczno-biologistyczna wizja człowieka. Sprzyja ona «rozpo-

---

kretnego człowieka. To on, jako jedyny właściciel życia, może decydować o momencie swojej śmierci. Do zaakceptowania jest również taka sytuacja, że życie chorego skraca ktoś inny, po uprzednim zezwoleniu osoby zainteresowanej. – J. Pyszkowska, *Postrzeganie eutanazji przez studentów medycyny,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, s. 66-67.

[169] A. Latawiec, *Za czy przeciw eutanazji,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna…,* dz. cyt., s. 158.

[170] H. Niemiec, *Życie cierpienie śmierć a eutanazja,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna…*, dz. cyt., s. 75.

[171] D. M. Pappas, art. cyt., s. 387.

[172] EV nr 26.

[173] Tamże, nr 89.

[174] Tamże, nr 15.

[175] A. T. Łukowska, K. Karpińska, *Eutanazja jako kamuflaż,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna…,* dz. cyt., s. 115; T. Ślipko, *Granice życia,* dz. cyt., s. 237.

[176] EV nr 15; por. G. Howarth, M. Jefferys, *Euthanasia. Sociological perspectives,* „British Medical Bulletin" 52(1996) nr 2, ss. 376-385.

wszechnianiu się indywidualizmu, utylitaryzmu i hedonizmu» oraz zastąpieniu wartości związanych z „być" przez wartości związane z „mieć"[177]. Takie rozumienie człowieka rzutuje swój cień na relacje międzyludzkie, prowadząc w istotnej mierze do ich zubożenia czy też nawet zafałszowania, zwłaszcza z punktu widzenia wyznaczników afirmujących godność i podmiotowość uczestniczących w nich osób. W praktyce przejawia się to w tym, iż «właściwe kryterium, które powinno przesądzać o uznaniu godności osoby, to znaczy kryterium szacunku, bezinteresowności i służby, zostaje zastąpione przez kryterium wydajności, funkcjonalności i przydatności: drugi człowiek jest ceniony nie za to, kim „jest", ale za to, co „posiada", czego dokonuje i jakie przynosi korzyści[178]. Ma to również swoje reperkusje w spojrzeniu na ludzkie ciało: «Nie jest już [ono] postrzegane jako typowa rzeczywistość osobowa, znak i miejsce relacji z innymi, z Bogiem i ze światem. Zostaje sprowadzone do wymiaru czysto materialnego: jest tylko zespołem organów, funkcji i energii, których można używać, stosując wyłącznie kryteria przyjemności i skuteczności"[179].

W prawie polskim świadomy zamiar skrócenia życia choremu, czy nawet pomocy przy samobójstwie, jest czynem nadal podlegającym odpowiedzialności karnej i traktowane jako zabójstwo na żądanie lub ze współczucia, pociąga za sobą odpowiedzialność cywilną lekarza[180]. Również i Światowa Organizacja Zdrowia w swoim raporcie wypowiada się jednoznacznie, że „eutanazja (aktywne przyśpieszenie śmierci za pomocą leków) nie powinna być zalegalizowana"[181].

Nad eutanazją wciąż toczy się burzliwa dyskusja. Spór o jej legalność jest objawem powtarzającego się kryzysu moralnego w świecie. Próba jej usprawiedliwienia jest w pierwszej kolejności dramatem konkretnej osoby i jej najbliższego otoczenia. Dopiero później ma on wpływ na całe społeczeństwo i system jego wartości. Sama dyskusja o jej dokonaniu zależy od wielu czynników wpływających na podejmowane przez człowieka decyzje (cechy wrodzone, wychowanie, wiara, kultura danej społeczności itd.)[182].

Ocena moralna eutanazji wymaga wyraźnego określenia. Współczesne jej rozumienie ma niewiele wspólnego z eutanazją praktykowaną w starożytności[183]. Jan Paweł II wyjaśnia, że przez „eutanazję w ścisłym i właściwym sensie należy rozumieć czyn lub zaniedbanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia. Eutanazję należy zatem rozpatrywać w kontekście intencji oraz zastosowanych metod"[184].

W papieskim rozumieniu eutanazją jest z pewnością podanie choremu środka farmakologicznego, który ma spowodować jego śmierć. Jednak nie musi ona nastąpić natychmiast. Tak się rzecz ma w przypadku leków uspokajających i przeciwbólowych, których celowo zwiększana dawka dopiero po pewnym czasie wywołuje zgon. Intencja, jaką kieruje się lekarz lub opiekun medyczny chorego, jest niezwykle ważna. Nie zawsze bowiem zewnętrzna ocena granicy pomiędzy łagodzeniem cier-

---

[177] EV nr 22 i 23.

[178] EV nr 23; por. J. Kowalski, *Granice ingerencji człowieka w naturę w perspektywie teologiczno-etycznej, w: Konferencje. Opieka paliatywna i hospicyjna „Quo vadis". Hospicjum w służbie umierającym,* Częstochowa 2002, ss. 66-75.

[179] J. Wróbel, *Dawstwo organów w perspektywie teologiczno moralnej i pastoralnej. Wybrane aspekty,* „Roczniki Teologiczne" 44(1997) z. 3, s. 68-69; por. J. Kowalski, *Kontekst powstania Encykliki „Evangelium vitae" i jej istotna treść,* w: *Życie dar nienaruszalny. Wokół encykliki „Evangelium vitae",* red. A. Młotek, T. Reroń, Wrocław 1995, ss. 23-33.

[180] Kodeks karny, dok. cyt., art. 150. – „Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 5"; KK art. 151. – „Kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 5".

[181] Komitetu Ekspertów WHO, *Rozważanie etyczne nad zwalczaniem bólu nowotworowego i opieką paliatywną,* Genewa 1990, dok. cyt., s. 30.

[182] A. Ostrowski, *O eutanazji,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna...*, dz. cyt., ss. 106-108.

[183] Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji,* dok. cyt., s. 3.

[184] EV nr 65; por. Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji,* dok. cyt., s. 3; KKK nr 2277.

pienia a zadaniem śmierci, w niektórych wypadkach, jest możliwa[185]. Środek lub zabiegi medyczne wykorzystywane w codziennej pielęgnacji mogą również spowodować śmierć, jeśli użyte zostaną niezgodnie ze sztuką lekarską. K. M. Foley, światowy autorytet w dziedzinie zwalczania bólu, określa wprost eutanazję jako „leczenie cierpienia przez wyeliminowanie cierpiącego"[186]. Należy jednak odróżnić ją od rezygnacji z tak zwanej „uporczywej terapii"[187].

Kościół przypomina, że „czyn jest «wewnętrznie zły» (intrinsece malum) ze względu na swój przedmiot, niezależnie od ewentualnych intencji osoby działającej i od okoliczności"[188]. Sobór Watykański II zabójstwo, ludobójstwo, spędzanie płodu, eutanazję i dobrowolne samobójstwo uznaje za największe moralne zagrożenie współczesnego człowieka (KDK 27). Pokusa z rajskiego ogrodu, aby stać się jak Bóg, „poznając dobro i zło" (Rdz 3,5), wciąż jest groźna. Człowiek usiłuje przekonać siebie i innych, że sam dla siebie jest prawodawcą i prawem. W tej dziedzinie nadużyć dopuszczają się szczególnie reprezentanci bogatych społeczeństw[189].

W przypadku, gdy motywem eutanazji jest bezinteresowna litość, jest ona również niemoralna. Prawdziwe współczucie bowiem przejawia się w solidarności i wytrwałym towarzyszeniu cierpiącemu, aż do samego końca. „Czyn eutanazji zatem wydaje się tym większym wynaturzeniem, gdy zostaje dokonany przez tych, którzy powinni leczyć chorego oraz opiekować się nim cierpliwie i z miłością"[190].

Eutanazja staje się aktem jeszcze bardziej godnym potępienia, gdy przybiera formę zabójstwa, dokonanego przez innych na osobie, która w żaden sposób jej nie żąda, nie wyraziła nigdy na nią zgody lub jest niepełnoletnia. Jawi się tutaj też problem eutanazji na małych dzieciach. Prawo dziecka do życia i opieki medycznej nie może być dowolnie interpretowane przez dorosłych. W żadnym wypadku o jego życiu nie mogą przesądzać względy emocjonalne lub ekonomiczne[191]. Jan Paweł II broniąc prawa do życia przypomina, że nie ma takich okoliczności, które usprawiedliwiałyby zabicie dziecka. Jego choroba, niepełnosprawność i trudności ekonomiczne, z jakimi borykają się rodzice, powinny raczej pobudzać do większej miłości. Dzieci mają bowiem „pełne prawo być zaliczane do kategorii ubogich, do których należy Królestwo Niebieskie"[192].

Chory nigdy nie poprosiłby o śmierć, jeśli w chwili ostatecznego zmagania byłby otoczony opieką przez najbliższych i zespół medyczny. Eutanazja wspomagana jako „środek" kończący wszelkie cierpienie wskazuje na to, że jest on w stanie rozpaczy. A ci, którzy mieli przy nim wytrwać zawiedli w godzinie próby[193]. Jest to usilna prośba o miłość ze strony opiekunów i pomoc w zachowaniu nadziei. Bowiem „tajemnica losu ludzkiego ujawnia się najbardziej w obliczu śmierci" (KDK 18).

---

[185] Pius XII, *Trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie,* przem. cyt., s. 135; por. Naczelna Izba Lekarka, *Kodeks Etyki Lekarskiej,* dok. cyt., art. 32.

[186] J. Łuczak, *Krzyk śmierci. Medycyna wydłuża proces umierania,* „Polityka" (1998) nr 32(2153), s. 20.

[187] Kongregacja Nauki Wiary, dok. cyt., s. 2-3; por. W. Gubała, *Zagadnienia etyczne w anestezjologii i intensywnej terapii w nauczaniu Jana Pawła II,* w: *Śladami Boga i Człowieka. Księga pamiątkowa ku czci ks. prof. dra hab. Jana Kowalskiego, red. J. Orzeszyna,* Kraków 2000, s. 282-283.

[188] VS nr 80; por. Jan Paweł II, *Posynodalna Adhortacja apostolska „Reconciliatio et paenitentia". O pojednaniu i pokucie w dzisiejszym posłannictwie Kościoła,* Watykan 1984, nr 17.

[189] EV nr 66; por. J. Wróbel, *Czy Kościół broni życia ludzkiego za wszelką cenę?,* w: *Problemy współczesnego Kościoła,* red. J. Rusiecki, Lublin 1996, ss. 435-444.

[190] EV nr 15; por. K. de Walden-Gałuszko, Eutanazja a jakość życia pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej, w: Eutanazja a opieka paliatywna…, dz. cyt., s. 60-61.

[191] EV nr 58; por. Jan Paweł II, *Śladami dobrego Samarytanina. Rozważanie przed modlitwą „Anioł Pański",* OsRomPol. 21(2000) nr 4(222), s. 21.

[192] Tenże, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Przemówienie do uczestników kongresu Papieskiej Rady ds. Rodziny,* OsRomPol. 21(2000) nr 3(221), ss. 33-35; por. J. Kowalski, *Dziecko w różnych religiach,* „Sosnowieckie Studia Teologiczne" 3(1997), ss. 49-58.

[193] EV nr 67; por. J. Stolarczyk, *Słowo o eutanazji,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna…,* dz. cyt., red. A. Biela, Lublin 1996, ss. 72-73.

Człowiek, jeśli nie jest w stanie rozpaczy, wzdryga się przed myślą o samobójstwie, ponieważ instynktownie przeczuwa, że przeznaczony jest do wieczności, pisze Jan Paweł II[194].

Cała doktryna chrześcijańska zwrócona jest ku życiu. Budzi ona nadzieję na nieśmiertelność. „Ten, co wskrzesił Chrystusa z martwych, przywróci do życia wasze śmiertelne ciała mocą mieszkającego w was swego Ducha" (Rz 8, 11). Opowiada się za życiem ludzkim nawet wówczas, gdy jest ono ciężko doświadczone przez cierpienie. Wtedy też jest ono darem Bożym i zawiera w sobie ukryty sens. Toteż dla chrześcijanina nie ma życia pozbawionego wartości. Gdziekolwiek jest żyjący człowiek, pozostaje on darem Bożym i zadaniem dla niego samego i najbliższych[195].

Chrystus choć ukazuje człowiekowi drogę miłości i miłosierdzia, to jednak nie obiecuje łatwej egzystencji. Chrześcijanin nie powinien szukać cierpienia, ani gardzić nim. Powinien pamiętać, że droga do pełni zjednoczenia z Nim prowadzi przez cierpienie. Święty Paweł wyraża tę rzeczywistość jako całkowitą przynależność do Pana, która ogarnia każdą ludzką kondycję. „Nikt zaś z nas nie żyje dla siebie i nikt nie umiera dla siebie, jeżeli bowiem żyjemy, żyjemy dla Pana, jeżeli zaś umieramy, umieramy dla Pana. I w życiu więc i w śmierci należymy do Pana" (Rz 14,7-8)[196].

Kryzys społeczeństwa i jego służby zdrowia, która wybiera „kulturę śmierci" jest spowodowany m.in. „takim wychowaniem i taką filozofią, które chcą zbawić człowieka bez krzyża, wbrew krzyżowi, a zatem wbrew prawdzie"[197]. Ale nawet człowiek przeżywający pokusę zakończenia swojego życia, może odnaleźć chrześcijański sens śmierci i nadzieję. Staje się to wówczas, gdy swój wzrok skieruje na Chrystusa umierającego na krzyżu[198]. On nie cierpi ze spokojem filozofa, lecz wołając pełen bólu: „Boże mój, Boże mój, czemuś Mnie opuścił?" (Mt 27,46). Zna on niedolę ludzkiej egzystencji, aż do trwogi konania i osamotnienia na krzyżu. Pysze szatana, który chciał być równy Bogu, przeciwstawia uniżenie i wyniszczenie samego siebie (Flp 2,6-11)[199].

---

[194] EV nr 2.

[195] J. Ratzinger, *Śmierć i życie wieczne,* Warszawa 2000, s. 98; por. J. Wróbel, *Nova et vetera w piątym przykazaniu Dekalogu,* w: *Katechizm Kościoła Katolickiego. Przesłanie moralne Kościoła…*, art. cyt. ss. 157-168.

[196] Tamże; por. EV nr 67.

[197] J. Ratzinger, *Śmierć i życie wieczne*, dz. cyt., s. 100.

[198] KKK nr 1681; por. J. Wróbel, *Katechizm Kościoła Katolickiego o poszanowaniu życia ludzkiego*, „Ateneum Kapłańskie" 87(1995) z. 1(515), ss. 44-56.

[199] J. Ratzinger, *Śmierć i życie wieczne,* dz. cyt., s. 100.

ROZDZIAŁ PIĄTY

ZOBOWIĄZANIA SŁUŻBY ZDROWIA DOTYCZĄCE ZASPOKAJANIA POTRZEB RELIGIJNO-MORALNYCH CHOREGO

Opieka medyczna opisywana jest już w Piśmie Świętym (par. 1). Pierwsi chrześcijanie okazują pomoc potrzebującym i chorym, jak samemu Chrystusowi. Uważają ją za szczególnie ważne zadanie ich życia. Posługujących nazywają diakonami (par. 2). W średniowieczu opiekę tę roztaczają głównie zakony, choć wspierane są przez świeckie wspólnoty. Szpitale, hospicja i przytułki fundowane są w pobliżu kościołów i klasztorów[1] (par. 3). Z upływem czasu Kościół stopniowo przekazuje je świeckim chrześcijanom. Zaś organizację opieki zdrowotnej przejmuje państwo. Współcześnie posługa choremu ma charakter społeczny[2]. Zobowiązanie personelu medycznego do jej sprawowania ma uzasadnienie w nauczaniu kościelnym i prawie państwowym[3] (par. 4). Powinno ono być realizowane z poszanowaniem podstawowego prawa do wolności, któremu podlega wierzący i niewierzący. Stąd też jest ono istotnym warunkiem jego wypełniania (par. 5). Pełna realizacja tego zobowiązania wymaga współpracy personelu medycznego z kapelanem szpitalnym lub dochodzącym duchownym (par. 6). Wierzący personel medyczny jest zobowiązany nie tylko do działalności medyczno-sanitarnej i opieki religijnej, lecz również do apostolstwa (DA 2). Jego początkiem i warunkiem jest prawdziwie chrześcijańskie życie i pielęgnowanie zmysłu moralnego. Z pomocą personelowi medycznemu, w pogłębieniu wiary i refleksji etycznej, przychodzi Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Zdrowia (par. 7).

1. Rys biblijny troski o chorego

Posługa choremu to najbardziej podstawowa odpowiedź na doświadczenie jakim jest choroba. Jej zadaniem jest uwolnienie go spod jej wpływu[4]. „Człowiek jest wezwany do troski o życie i zdrowie fizyczne jako cenne dary Boga, które nie tylko warunkują wypełnienie powołania chrześcijańskiego, ale stanowią istotny wymiar tego powołania", spostrzega J. Nagórny[5]. Opieka medyczna ma swoje uzasadnienie teologiczne. Zakotwiczona jest ona w Bogu, który jest Ojcem zatroskanym o każdego człowieka i o wszystkie jego problemy. Odnosi się ona jednak przede wszystkim do „ubogich i uciśnionych" (Łk 4,18), do których zaliczyć trzeba m. in. chorego. On bowiem bardzo często najbardziej potrzebuje pomocy[6].

---

[1] B. Kumor*, Historia Kościoła. Starożytność chrześcijańska,* Lublin 1973, t. I, s. 243-244; por. J. Kłoczowski, *Wspólnoty chrześcijańskie,* Kraków 1964, ss. 163-203.

[2] KPSZ nr 1; por. J. Nagórny J., *Społeczny charakter troski o życie i zdrowie,* „Roczniki Teologiczne" 46(1999) z. 3, ss. 5-23; por. J. Wróbel, *Teologiczno moralne przesłanki uczestnictwa chrześcijan w życiu politycznym,* „Roczniki Teologiczne" 40(1993) z. 3, ss. 53-73.

[3] Jan Paweł II, *List apostolski „Motu proprio" ustanawiający Papieską Komisję Duszpasterstwa Pracowników Służby Zdrowia „Dolentium hominum",* OsRomPol. 6(1985) nr 2(62), s. 24; por. tenże, *Posynodalna Adhortacja apostolska „Christifideles laici"…*, dok. cyt., s. 54; *Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej*, dok. cyt., art. 58, § 1-7; *Tekst Konkordatu Polskiego*, w: *Konkordat między Stolicą Apostolską i Rzeczpospolitą Polską z 28 lipca 1993 r.,* red. W. Góralski, W. Adamczewski, Płock 1994, art. 31, § 1-2.

[4] J. Wróbel, *Człowiek i medycyna...,* dz. cyt., s. 232.

[5] J. Nagórny J., *Społeczny charakter troski o życie i zdrowie,* art. cyt., s. 5; por. J. Kowalski, *Zaangażowanie na rzecz ubogich,* w: *Zaangażowanie chrześcijan w życiu społecznym,* Opole 1994, ss. 185-201.

[6] EV nr 47.

Troska o chorego opisywana jest już w Starym Testamencie (Iz 1,6; 3,7; Jr 8,22; 30,13; 46,11; 51,8). Oficjalnie pełnią ją kapłani, co sugeruje, że musieli posiadać podstawy wiedzy lekarskiej (Kpł 13; 14,2-3; 21,1-3; Mt 8,2-4). Niektóre czynności lekarskie wykonują sami Prorocy, choć nigdy nie są nazywani lekarzami. Księga Królewska ukazuje Proroka Izajasza, który ratuje Ezechiasza (2 Krl 20,7). Starotestamentalne teksty opisują wiele prostych praktyk medycznych i środków leczniczych (m.in. Iz 1,5-6; Jr 8,22; Ez 30,21; Mdr 16,12; 7,20). Wskazują również jak leczyć przy ich pomocy (Tb 11,7-13). Choć „Stary Testament wiele uwagi poświęca problemom troski o zdrowie i profilaktyki, to jednakże pojawiające się tutaj przepisy prawne dotyczące praktyk higienicznych mają przeważnie charakter religijny i są związane z kultem", spostrzega J. Wróbel[7].

W Starym Testamencie istnieje powszechne przekonanie, że w sensie właściwym jedynym lekarzem jest Bóg Jahwe: „Patrzcie teraz, że Ja jestem, Ja jeden, i nie ma ze Mną żadnego boga. Ja zabijam i Ja sam ożywiam, Ja ranię i Ja sam uzdrawiam, że nikt z mojej ręki nie uwalnia" (Pwt 32,39). Stąd też chory nie powinien szukać wyłącznie pomocy u lekarza. To Bóg jest „lekarzem" (Wj 15,26). Jednak chce On okazać mu pomoc poprzez drugiego człowieka, lekarza (Syr 38,1-14). Najważniejsze przesłanie Starego Testamentu, dotyczące opieki nad chorym, wyraża się w tym, „iż posługa lekarska jest chciana bezpośrednio przez samego Boga. On to bowiem ostatecznie leczy, posługując się lekarzem, którego uposaża w odpowiednie umiejętności"[8]

W Nowym Testamencie tylko sporadycznie można spotkać wzmianki o roli lekarza i opiece medycznej. Natomiast cała działalność Chrystusa, „Słowa, które stało się ciałem i zamieszkało wśród nas" (J 1,14), charakteryzuje się szczególną troską, m. in. o chorych. On leczy ich i przywraca im godność. „Córko, twoja wiara cię ocaliła, idź w pokoju i bądź uzdrowiona ze swej dolegliwości!" (Mt 5,34). Nadaje On szczególne znaczenie posłudze chorym mówiąc: „Nie potrzebują lekarza zdrowi, lecz ci, którzy się źle mają" (Mt 9,12; Mk 2,17; Łk 5,21). Sam często jest ukazany jako lekarz, który okazuje współczucie choremu. „Jezus więc zdjęty litością dotknął ich oczu, a natychmiast przejrzeli i poszli za Nim" (Mt 20,34)[9].

S. Mojek podkreśla, że w Chrystusowych gestach uzdrawiania „zanegowana jest zasada wykluczenia religijnego, społecznego i kulturowego sformułowana przez Księgę Kapłańską i stosowana w bardziej surowych wspólnotach religijnych. «Ktokolwiek z potomków twoich według ich przyszłych pokoleń będzie miał jakąś skazę, nie będzie mógł się zbliżyć, aby ofiarować pokarm swego Boga [...], ani niewidomy, ani chromy, ani mający zniekształconą twarz, ani kaleka, ani ten, który ma złamaną nogę albo rękę, ani garbaty, ani niedorozwinięty, ani ten, kto ma bielmo w oku» [...] (Kpł 21,17-20). Przez swe słowa i czyny Jezus odrzuca zdecydowanie wszelką formę dyskryminacji chorych, kalekich, słabych"[10].

Ewangelista Mateusz uwypukla, że uzdrowienia dokonywane przez Jezusa są wypełnieniem się proroctw odnoszących się do zapowiadanego Mesjasza: „Z nastaniem wieczora przyprowadzono Mu wielu opętanych. On słowem wypędził złe duchy i wszystkich chorych uzdrowił. Tak oto spełniło się słowo proroka Izajasza. On wziął na siebie nasze słabości i nosił nasze choroby" (Mt 8,16-17). Solidarność Jezusa z chorym ukazana jest jako spełnianie proroctwa o cierpiącym Słudze Jahwe, wyzwalającym lud Boży: „Wzgardzony i odepchnięty przez ludzi, Mąż boleści, oswojony z cierpieniem, jak ktoś, przed kim się twarze zakrywa, wzgardzony tak, iż mieliśmy Go za nic. Lecz On się obarczył naszym cierpieniem, On dźwigał nasze boleści, a myśmy Go za skazańca uznali, chłostanego przez Boga i zdeptanego" (Iz. 53,3-4)"[11]. W praktyce oznacza to, „że zasięg działalności uzdrawiającej Pana Jezusa jest o wiele szerszy niż posługa ściśle terapeutyczno-lekarska"[12].

---

[7] J. Wróbel, *Człowiek i medycyna…,* dz. cyt., s. 235.

[8] Tamże; por. J. Nagórny, *Godność powołania medycznego,* „Roczniki Teologiczne" 44(1997) z. 3, ss. 5-25.

[9] J. Wróbel, *Człowiek i medycyna…,* dz. cyt., s. 235.

[10] S. Mojek, art. cyt., s. 55.

[11] Tamże.

[12] J. Wróbel, *Człowiek i medycyna…,* dz. cyt., s. 243.

Co więcej, zbawienie każdego Chrystus uzależnia od jego odniesienia do potrzebujących pomocy, w których wpisać trzeba przede wszystkim chorych i cierpiących. Podkreśla to z całym naciskiem opis Sądu Ostatecznego: „Bo byłem głodny, a daliście Mi jeść. Byłem spragniony, a daliście Mi pić. Byłem przybyszem, a przyjęliście Mnie. Byłem nagi, a przyodzialiście Mnie. Byłem chory, a odwiedziliście Mnie. Byłem w więzieniu, a przyszliście do Mnie" (Mt 25,35-36)[13].

Z tej racji Kościół od początku swego istnienia podejmuje zarówno nakaz Chrystusa, jak też praktykę nawet cudownego leczenia chorych. Wystarczy przypomnieć uzdrowienia chorego przez Piotra i Jana, gdy wychodzą z jerozolimskiej świątyni (Dz 3,1-11). Charakterystyczne są słowa Piotra skierowane do proszącego ich o pomoc: „Nie mam srebra ani złota, ale co mam, to ci daję. W imię Jezusa Chrystusa Nazarejczyka, chodź!" (Dz 3,6). Gdy przychodzi do sporu między Piotrem i Pawłem na tzw. Soborze Jerozolimskim, a potem do jego załagodzenia, jawi się bardzo charakterystyczny warunek, dotyczący nawróconych z pogaństwa[14]. Nie mogą oni zapomnieć o potrzebujących, jeśli o potrzebujących, to z pewnością i przede wszystkim o chorych[15].

K. Romaniuk i A. Jankowski podkreślają, że św. Paweł Apostoł szczególnie zachęca chrześcijan do troski o ubogich i chorych. „Niczego chyba nie pochwala tak bardzo jak ducha ofiarności na rzecz potrzebujących. Przypomina Bogu nieustannie o wysiłku miłości Tesaloniczan (l Tes 1,3). Dziękuje Bogu za to, że owa miłość coraz bardziej wzrasta (2 Tes 1,3). Jest on ogromnie uradowany na wiadomość o miłości, którą Kolosanie okazują wszystkim świętym (Kol 1,4). Chlubi się Filemonem, słysząc o jego miłości względem wszystkich świętych (Flm 5). Te same wiadomości sprawiają Pawłowi radość, gdy pisze do Efezjan (1,15). Jest wzruszony do głębi, gdy mówi o wsparciu, którego udzielili mu Filipianie (Flp 4,10-19). Prosi też Boga często, aby rozwijał w duszach wiernych cnotę chrześcijańskiego miłosierdzia (l Tes 3,12; Flp 1,9; Kol 2,2) i znowu niczego chyba nie zaleca ludziom tak bardzo, jak okazywania sobie nawzajem czynnej miłości (1 Tes 5,8.13)[16]. Rzymianom wręcz napisze: «Zaradzajcie potrzebom świętych. Przestrzegajcie gościnności» (Rz 12,13). Podobne upomnienie czytamy w liście do Efezjan: «Kto dotąd kradł, niech już przestanie kraść, lecz raczej niech pracuje uczciwie, własnymi rękami, by miał z czego udzielać potrzebującemu» (Ef 4,28)"[17].

2. Obowiązek opieki nad chorym ze strony pierwszych chrześcijan

Jak widać, już w pierwszych gminach chrześcijańskich, niesienie czynnej pomocy cierpiącym uważane jest za szczególnie ważne zadanie. Wokół Kościołów i ich biskupów skupiają się chrześcijanie, którzy posługują chorym i potrzebującym. Bez ich pomocy nie mogą oni przetrwać najtrudniejszych chwil życia. Przyjmując jednak pomoc od wspólnot kościelnych zobowiązani zostają do tego, by sami okazali wsparcie wobec innych, szczególnie chorych lub nieletnich[18].

---

[13] SD nr 30. „Składając samego siebie w ofierze za nas na krzyżu, Jezus ustanowił zasady sądu zbawienia, objawiając zamysł miłosierdzia Ojca. Ten sąd zapowiada już dzisiaj: utożsamiając się z «najmniejszym z braci», Jezus żąda od nas, byśmy go przyjęli i służyli mu z miłością".- Jan Paweł II, *Kościół jest dla was „ gościnnym domem". Przemówienie z okazji jubileuszu niepełnosprawnych,* OsRomPol. 22(2001) nr 2(230), s. 44.

[14] W. Rakocy, *Tak zwany Sobór Jerozolimski wyrazem troski o jedność pierwotnego Kościoła,* „Roczniki Teologiczne" 43(1996) z. 1, ss. 139-148.

[15] J. Wróbel, *Człowiek i medycyna…,* dz. cyt., s. 238.

[16] Por. też. 1 Tes 5,8.13; Flp 2,1n.; 1 Kor 14,1; 16,14; Ga 5,13; Rz 12,9; 13,9n.; 14,15; 15,30.

[17] K. Romaniuk, A. Jankowski*, Kapłaństwo w Piśmie Świętym Nowego Testamentu*, Kraków 1994, s. 264-265.

[18] T. Kaczmarek, *Tematyka cierpienia w nauczaniu Ojców Kościoła,* „Ateneum Kapłańskie" 93(2001) z. 2-3(555-556), s. 237.

J. Wróbel spostrzega, że w tym rozumieniu leczenie „jest wiązane nierozłącznie z opieką i pomocą okazaną będącemu w potrzebie, co syntezuje w sobie pojęcie «diakonii» (1 Kor 12,5)[19]. Stąd też pełniący dzieła miłosierdzia wobec biednych, więźniów i chorych są nazwani w kręgu nowotestamentalnym i starochrześcijańskim diakonami, czyli sługami pełniącymi dobre uczynki i przychodzącymi z pomocą potrzebującym. «Polecam wam Febę, naszą siostrę, diakonisę Kościoła w Kenchrach[20]. Przyjmijcie ją w Panu tak, jak się świętych winno przyjmować. Wesprzyjcie ją w każdej sprawie, w której pomocy waszej będzie potrzebowała. I ona bowiem wspierała wielu, a także i mnie samego» (Rz 16,1-2)”[21].

Do szczególnej troski nad chorymi wzywa kapłanów, diakonów i wiernych Kościoła kartagińskiego św. Cyprian[22]. Uczy on wrażliwości na cierpienie chorego. Jej źródłem jest dla niego obecność Chrystusa w cierpiącym chrześcijaninie. Właśnie ta obecność jawi się mu jako najgłębsze podłoże dla przykazania miłości bliźniego. Wielokrotnie przypomina on: „W dziełach miłosierdzia musimy myśleć o Chrystusie, który jasno powiedział, że są to czyny wobec Niego”[23]. Zaś św. Grzegorz z Nazjanzu uznaje ją za najważniejszy obowiązek, po wspieraniu ubogich[24]. Święty Augustyn,

---

[19] „Misja Apostołów, którą Pan Jezus stale powierza pasterzom swojego ludu, jest prawdziwą służbą, która w Piśmie Świętym określona jest znamiennym mianem «diakonii», czyli posługi, urzędu. W nieprzerwanie trwającej sukcesji apostolskiej, kapłani w chwili święceń otrzymują od Zmartwychwstałego Chrystusa charyzmat Ducha Świętego a wraz z nim, władzę i świętą moc działania «in persona Christi Capitis» (w zastępstwie Chrystusa Głowy) [DK 2; KK 10], ażeby głosząc Ewangelię i sprawując sakramenty służyli Kościołowi i jednoczyli go w Duchu Świętym”. – Jan Paweł II, *Posynodalna Adhortacja apostolska „Christifideles laici”…,* dok. cyt., nr 22.

[20] K. Romaniuk, A. Jankowski, wyjaśniają, „że w l Liście do Tymoteusza (3,11) znajduje się pewna aluzja do niewiast-diakonis. Jedną z nich zdaje się również być wspomniana w Liście do Rzymian (16,1) Febe, pobożna niewiasta posługująca w Kościele w Kenchrach. Dokumenty późniejsze przypisują owym niewiastom obowiązki pouczania o prawdach wiary inne kobiety, asystowanie przy obrzędach chrztu św. oraz nawiedzania i posługi przy chorych. Nic nie wiemy na podstawie Pisma Świętego o sposobach ich rekrutacji, nie znamy też bliższych szczegółów ich apostolskiej działalności”.– K. Romaniuk, A. Jankowski, dz. cyt., s. 307.

[21] J. Wróbel, *Człowiek i medycyna…,* dz. cyt., s. 250.

[22] „Cyprianus presbyteris et diaconibus, fratribus charissimis, salutem. Saluto vos, fratres charissimi, per Dei gratiam incolumis, optans cito ad vos venire, ut desiderio tam meo quam vestro et omnium fratrum salisfiati. Oportet nos tamen paci communi consulere et interdum, quamvis cum taedio animi nostri, deesse vobis, ne praesentia nostra invidiam et violentiam gentilium provocet, et simus auctores rumpendae pacis, qui magis quieti omnium consulere debemus. Ouando ergo vos scripseritis, rebus compositis, me venire debere, aut si ante dignatus fuerit Dominus ostendere, tunc ad vos veniam. Ubi enim mihi aut melius possit esse aut laetius quam illic ubi me Deus et credere voluit et crescere? Viduarum et infirmorum et omnium pauperum curam peto diligenter habeatis. Sed et peregrinis, si qui indigentes fuerint, sumptus suggeratis de quantitate mea propria quam apud Rogatianum compresbyterum nostrum dimisi. Quae quantitas ne forte iam universa erogata sit, misi eidem per Naricum acolythum aliam portionem, ut largius et promptius circa laborantes fiat operatio. Opto vos, fratres charissimi, semper bene valere el nostri meminisse. Fraternitatem vestram meo nomine salulate, et ut nostri memores sint admonete”.– S. Cypriani, *Epistola XXXVI, Ad clerum de cura pauperum et peregrinorum,* w: *Patrologiae cursus completus. Series prima,* red. J. P. Migne, Parisiis 1844, t. IV, kol. 326-327.

[23] T. Kaczmarek, art. cyt., s. 236.

[24] Ilustracją problematyki są pouczenia Grzegorza z Nazjanzu z „Mowy o miłości ubogich”: „Czy myślisz, że miłość bliźniego nie jest dla ciebie obowiązkiem, a tylko czymś dowolnym? Czy myślisz, że nie jest ona prawem, a tylko zachętą? Także ja tego pragnąłem i podobnie myślałem, ale mnie dotknęła lewa dłoń Bożego Sędziego, «kozły» i wyrok na nie ze strony Tego, «który zasiadł na tronie». Zostali bowiem osądzeni i umieszczeni po lewej stronie nie dlatego, że okradali, popełnili świętokradztwo, cudzołóstwo czy jakąś inną zakazaną rzecz, ale dlatego, że nie zatroszczyli się o Chrystusa w potrzebujących. Dlatego jeżeli chcecie wysłuchać mojego słowa, o, słudzy Chrystusa, bracia moi i współuczestnicy mojego dziedzictwa, wiedzcie, że jak długo dany jest nam na to czas, mamy odwiedzać Chrystusa; troszczmy się o Chrystusa, podajmy chleb Chrystusowi, przyodziejmy Chrystusa, udzielmy Mu gościny, uszanujmy Go: nie tylko przy stole, jak nie-

wydaje nawet szczegółową instrukcję dotyczącą troski o chorych, m.in. o ich odwiedziny[25]. Święty Jan Chryzostom, mówiąc o solidarności z cierpiącym, odwołuje się do sumienia chrześcijan: „Muły przewożą fortuny, a Chrystus umiera z głodu pod twoimi drzwiami. To co powiem jest straszne, ale trzeba abym wam to powiedział. Postawcie Boga w tym samym rzędzie co swoich niewolników. Uwolnijcie Chrystusa od głodu, nędzy, więzienia, nagości"[26].

Opieka chrześcijan nad chorymi jest sprawą wyjątkową w ówczesnym kręgu kulturowym Europy. Egipcjanie, Grecy i Rzymianie nie posiadają szpitali. Wyjątek stanowi szpital, zbudowany przed rokiem 14, dla rzymskich legionistów (valentudinarium)[27]. Ducha czasu oddaje m. in. postawa Seneki, który jest zwolennikiem ograniczonej pomocy drugiemu człowiekowi. Stąd też, pochwalając wsparcie ubogiego jałmużną i pomoc tonącemu, czyni zastrzeżenie: „Mędrzec nie ulega litości [...] . Litość jest chorobą duszy u ludzi zbyt silnie wzruszających się nędzą"[28]. Służba choremu odróżnia chrześcijan pierwszych wieków od wyznawców innych religii świata[29]. „Okazuje się, że właśnie odkrycie najgłębszego sensu cierpienia w wymiarze zbawczym, faktycznie uzdalnia wspólnoty chrześcijańskie do tego, by z miłością pochylać się nad codziennym cierpieniem w wymiarach, które wprost zdumiewały otoczenie. Pośród ocen starożytności można spotkać stwierdzenie, że świat przed Chrystusem jest światem bez miłości"[30].

T. Kaczmarek podkreśla, że chrześcijanie pierwszych wieków dostrzegają zło owocujące cierpieniem i chorobami. Podejmują walkę przeciw niemu. Stąd też uwrażliwienie na potrzeby chorego współbrata w wierze jest stałym elementem formacji chrześcijańskiej. Nawet najbiedniejszy członek wspólnoty chrześcijan „nie może poprzestać na zdawaniu się biernie na udzielanie mu pomocy, lecz musi sam również według swoich możliwości dać siebie i swój czas do posługiwania [...]. Egzaminator kandydatów do chrztu zadaje im m.in. pytanie: «Czy szanują wdowy, czy odwiedzają chorych, czy pełnią czyny miłosierdzia»"[31].

---

którzy; nie cennym olejkiem jak Maria, nie samym udzieleniem Mu grobu jak Józef z Arymatei, nie pogrzebem jak Nikodem, przyjaciel Chrystusa [...]. Nawet nie złotem, kadzidłem i mirrą, jak mędrcy. Ale ponieważ Pan wszystkich ludzi pragnie miłosierdzia a nie ofiary, a prawdziwe dobro jest większe od tysiąca tłustych baranów, okażmy Jemu tę dobroć w potrzebujących, którzy dziś leżą na ziemi w potrzebie. To wszystko po to, aby On, gdy stąd już odejdziemy, przyjął nas do wiecznych przybytków".– tamże, s. 240; por. R. Rak, J. Szurlej, *Chorych duszpasterstwo,* w: *Encyklopedia Katolicka,* Lublin 1985, tom. III, kol. 254.

[25] „Visitationis gratia nepoti meo charissimo morienti extremum vale dicturus, hesterna die processi, sed tactus dolore cordis intrinsecus, non sinequantulacumque oculorum humecatione vix verbunt in aliquod tandem ora singultosa resolvi, unde nec digna mea, nec digna se satis proferre potui. Si enim (quod omnium est) animus dolore non minimo affectus verba attentaret, ipsa verborum attentatio lacrymarum esset augmentatio. Parcebam itaque verbis, ut parcerem lacrymis. Non consolatorias siquidem effundere lacrymas, effeminatum est, porro nullas (cum gaudere cum gaudentibus, flere cum flentibus jubeamur), et inobedientia et inhumanitas est. Et lacrymatus est Jesus. Plorabo igitur, mi nepos dulcissime, ne sim inobediens et inhumanus, sive non imitator mei Jesu, temperabo quoque a lacrymis, ne nimis videar effeminatus".- S. Augustyni, *De visitatione infirmorum,* w: *Patrologiae cursus completus. Series prima,* red. J. P. Migne, Parisiis 1845, t. XL, kol. 1147.

[26] T. Kaczmarek, art. cyt., s. 241.

[27] „W kulturze islamskiej powstają w przeciwieństwie do szpitali lecznice (bimaristan), jak w Damaszku (rok 707) i Bagdadzie (rok 800). Natomiast «maristan» najczęściej nie przyjmuje chorych, a służy ochronie podróżnych. W czasach średniowiecza gminy żydowskie budują w pobliżu synagog sale dla chorych w Jerozolimie (około roku 100), Stobi (około roku 500) i Palermo (około roku 600)".– [b.a.], Ze schronisk dla pielgrzymów powstają szpitale dla chorych, w: Kronika medycyny, dz. cyt., s. 62.

[28] Tamże, s. 236.

[29] H. Küng, *Bóg a cierpienie,* Warszawa 1973, s. 57.

[30] T. Kaczmarek, art. cyt., s. 236; por. G. Uhlohorn, Die Christliche Liebestätigkeit, Stuttgart 1905, s. 5.

[31] T. Kaczmarek wyjaśnia, że chrześcijanie nie uznają takiej postawy, aby chory, niepełnosprawny i ubogi żebrał. Ich pomoc dla niego polega na tym, „by umożliwić im dojście do stanu samodzielności (jeśli jest to możliwe) i zapracowania własnym trudem na swoje utrzymanie. Nie udzielano pomocy tym, którzy unikali dostępnej dla nich pracy. Taki duch istnieje we wspólnotach od czasów apostolskich. «Didache» przypomina

W początkach chrześcijaństwa posługa choremu bywa szczególnie intensywna w czasie dramatycznych wydarzeń, którymi są częste epidemie, klęski żywiołowe, wojny i prześladowania. Staje się ona poważnym wyzwaniem dla wspólnot kościelnych. Uwidacznia się to szczególnie w życiu Kościoła kartagińskiego[32].

3. Opieka nad chorym w średniowieczu i w czasach nowożytnych

W średniowieczu wschodnie chrześcijaństwo tworzy zorganizowaną formę działalności charytatywnej w postaci m.in. szpitalnictwa dla chorych. Sobór w Nicei w roku 325 zobowiązuje do tego, aby każde miasto posiadało przytułek dla potrzebujących pomocy, chorych i umierających[33]. Instytucje te nazywane są najczęściej „xenodochium" a później „hospitale". W roku 361, za cesarza Juliana Apostaty (332-363), prawie każda gmina chrześcijańska posiada tego rodzaju ośrodki, spostrzega B. Kumor. Święty Bazyli Wielki (330-379) w roku 372 zakłada, na przedmieściach Cezarei Kapadockiej, ośrodek charytatywny. W jego skład wchodzi szpital, hospicjum, kościół i klasztor. Opiekę nad chorym sprawują w nim lekarze i pielęgniarze[34]. W podobny sposób zostaje zorganizowana opieka szpitalna w Edessie (rok 375), Antiochii (około roku 398) i Efezie (rok 451)[35].

W początkach V wieku Kościół troskę o chorego powierza powstającym licznym bractwom i zakonom. „Xenodochia" coraz liczniej powstają na zachodzie Europy. W wieku VI św. Benedykt (480-560) zobowiązuje opatów do zakładania przy klasztorach „hospicjum", czy też „xenodochium"[36]. Stąd też domaga się on od swoich mnichów specjalnej opieki nad chorym: „O chorych należy troszczyć się przede wszystkim i ponad wszystko i służyć im rzeczywiście tak, jak Chrystusowi [...]. Ale i chorzy niech pamiętają, że bracia służą im dla chwały Bożej i niech przez nadmierne wymagania nie sprawiają przykrości tym, którzy się nimi opiekują. Takich wymagających chorych należy jednak znosić cierpliwie, ponieważ przy nich zyskuje się obfitszą nagrodę. Niech więc będzie główną troską opata, aby nie doznawali żadnego zaniedbania"[37].

W tym czasie szpitale powstają w Lyonie (rok 542), w Meridzie (rok 580), w Paryżu (rok 651), w Lucca (rok 680)[38]. Synod w Akwizgranie w roku 847 zobowiązuje biskupów do organizowania

---

jako «logion» Pański upomnienie, by jałmużna przed daniem jej najpierw spociła się w dłoni dawcy, to jest, by została udzielona dopiero po roztropnym zastanowieniu się".– tenże, *Tematyka cierpienia w nauczaniu Ojców Kościoła,* art. cyt., s. 236; por. A. Hamman, *Życie codzienne pierwszych chrześcijan,* Warszawa 1990, s. 203.

[32] „W roku 253 zaraza wybucha w porcie w Kartaginie, skąd rozprzestrzenia się na cały rejon, powodując wymieranie licznych miejscowości, spustoszenie, panikę. Teraz najbardziej palącym problemem stanie się zajęcie umierającymi, do których grzebania brakowało ludzi, oraz licznymi bezdomnymi, masowo opuszczającymi zagrożone miejsca. «Wszyscy drżeli, płakali, uciekali, porzucali swoich bez miłosierdzia, notuje Poncjan, biograf Św. Cypriana, jak gdyby przez porzucenie umierającego można było samą zarazę usunąć. W całym mieście leżą masowo zwłoki nie pogrzebanych». Biskup organizuje wtedy chrześcijan, rozpoczynając od ożywienia w nich motywów miłosierdzia. Niesiona pomoc rozciągała się na wszystkich poszkodowanych, nie tylko na współbraci we wierze. „Wielu z tych, którzy z powodu ubóstwa nie mogą służyć majątkiem, więcej daje niż majątek, nadrabiając własną pracą, droższą nad wszystkie bogactwa. Bo któż pod kierunkiem takiego nauczyciela by nie spieszył, żeby znaleźć się pośród walczących, w których ma upodobanie Bóg Ojciec i Sędzia – Chrystus?". – T. Kaczmarek, art. cyt., s. 238.

[33] K. Wałdowska, *Od przytułku do hospicjum,* „Więź" 42(1999) nr 2(484), s.52.

[34] B. Kumor, dz. cyt., s. 243-244.

[35] [b.a.], *Miejsce schronienia dla podróżnych. Biednych i chorych,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 62.

[36] Tamże; por. [b.a.], *Ojciec mnichów europejskich,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 67.

[37] *Reguła Świętego Benedykta,* w: *Święty Benedykt z Nursji. Reguła. Żywot. Komentarz,* red. Benedyktyni tynieccy, Warszawa 1979, s. 45-46; por. [b.a.], *Benedyktyni tworzą medycynę klasztorną,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 66; [b.a.], *Kąpiele i dobre jedzenie dla chorego,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 66.

[38] S. Leff, V. Leff, *Od czarów do medycyny współczesnej,* Warszawa 1959, s. 117-118; por. M. Wrężel, dz. cyt., s. 30.

opieki charytatywnej nad ubogimi i chorymi oraz do zakładania i wyposażania szpitali. Średniowieczne szpitale są więc nie tylko ośrodkami pomocy dla ludzi chorych, ale także sprawują opiekę nad osobami w podeszłym wieku i nad ubogimi, a zatem świadczą one szeroką działalność charytatywną[39].

W drugiej połowie wieku XI, na południu Francji, w pobliżu klasztoru Cluny, świeccy chrześcijanie tworzą wspólnoty, których zadaniem jest opieka nad ubogimi i chorymi. Przyczyną wzrostu świeckiego pielęgniarstwa, praktykowanego także w innych krajach Europy, jest zapoczątkowana wówczas reforma klasztorów. W tej sytuacji wiele klasztorów przekazuje swoje hospicja pod opiekę świeckich. Powstające wspólnoty pielęgnacyjne składają się z przedstawicieli wszystkich stanów społecznych. Na rozwój tego ruchu ma również wpływ utworzenie zakonu żebraczego przez św. Franciszka z Asyżu (1181-1226). Jego „tercjarzami" są osoby świeckie, których misją jest m.in. opieka nad chorym. W późnym średniowieczu siostry szpitalne z trzeciego zakonu otrzymują ludową nazwę „szarych sióstr"[40].

Wiek XII jest czasem dalszego rozwoju opieki nad chorym i powstawania nowych szpitali. W południowej Francji Gwidon z Montpellier zakłada zakon Świętego Ducha i szpital. W roku 1136 cesarz bizantyjski Joannes II Komnenos (1088-1143) funduje budowlę, która łączy w sobie funkcje klasztoru, szpitala i grobowca. Szpital pod względem organizacji i opieki przewyższa wszystkie ówczesne europejskie instytucje opieki nad chorym[41].

W początkach wieku XIII papież Innocenty III zakłada w Rzymie szpital pod wezwaniem Świętego Ducha. Jest on dla ówczesnego świata chrześcijańskiego wzorem opieki nad chorym[42]. W roku 1255 grupa chirurgów paryskich tworzy korporację pod patronem świętych Kosmy i Damiana. Ten pierwszy „związek zawodowy" w Europie ma duży wpływ na rozwój świeckiej opieki szpitalnej[43].

W tym czasie w niektórych miastach Europy dochodzi do konfliktów pomiędzy duchownymi i świeckimi opiekunami chorych. Przedmiotem sporu staje się często zakres wpływu władzy duchownej na rodzaj sprawowanej opieki i organizację szpitala. Stąd też mieszkańcy miast coraz częściej fundują szpitale, które są niezależne od władzy kościelnej. Jednym z nich jest wybudowany w roku 1286 w Lubece, szpital Świętego Ducha[44].

W Polsce opiekę nad chorymi, obok Benedyktynów sprawują Stróże Grobu Chrystusowego, nazywani Bożogrobcami albo Miechowitami i to już od roku 1166. W Poznaniu za Mieszka III Starego osiedlają się Joannici (między rokiem 1122 a 1125), od 1530 roku nazywani Kawalerami Maltańskimi. Zakon ten wywodzi się ze szpitala ufundowanego w Jerozolimie około roku 1050 przez kupców z Amalfi. Zakonnicy obok opieki nad chorymi pełnią służbę rycerską. Troska o chorego zawarta w ich regule staje się wzorem dla innych zakonów szpitalnych. W prowadzonych przez nich szpitalach opiekę nad chorymi sprawuje czterech lekarzy, w tym dwóch chirurgów. W każdej izbie szpitalnej pracuje dziewięciu pielęgniarzy. Kobietami opiekują się pielęgniarki. Chory traktowany jest przez nich z niezwykłym szacunkiem. Stąd też nazywany jest „panem", którego należy leczyć w uprzywilejowany sposób. Pielęgniarze są zobowiązani do dbania o porządek i czystość w salach szpitalnych[45].

---

[39] B. Drożdż, *Duszpasterstwo chorych, w: Duszpasterstwo specjalne,* red. R. Kamiński, B. Drożdż, Lublin 1998, ss. 275-276; por. M. Kalinowski, *Duszpasterstwo hospicyjne,* w: *Duszpasterstwo specjalne,* dz. cyt., s. 147.

[40] [b.a.], *Świeccy przejmują opiekę nad chorymi,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 86; por. J. Kłoczowski, *Wspólnoty chrześcijańskie,* dz. cyt., ss. 163-203.

[41] [b.a.], Szpital, *klasztor i grobowiec cesarza,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 91.

[42] J. Kłoczowski, *Zakony na ziemiach polskich w wiekach średnich,* w: *Kościół w Polsce. Średniowiecze,* red. J. Kłoczowski 1968, t. I, s. 445.

[43] [b.a.], *Chirurdzy zakładają związek zawodowy,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 102.

[44] [b.a.], *Obywatele zakładają własny szpital,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 103.

[45] [b.a.], *Wojny religijne a opieka nad chorymi,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 141; por. K. Dola, *Szpitale średniowieczne Śląska cz. I. Rozwój historyczny,* „Rocznik Teologiczny Śląska Opolskiego" 1(1968), s. 246; J. Kłoczowski, *Zakony na ziemiach polskich…,* art. cyt. s. 452.

W Krakowie już od początku wieku XIII działają, założeni przez Gwidona z Montpellier, Kanonicy i Kanoniczki Ducha Świętego, nazywani Braćmi Szpitalnymi. Iwo Odrowąż, biskup krakowski osadza ich w roku 1220 na Prądniku pod Krakowem. Następnie biskup Prandota przenosi ich klasztor do samego miasta i lokuje przy kościele Świętego Krzyża. Tutaj dzięki nim powstaje zespół budynków kościelno – klasztorno – szpitalnych. Źródła historyczne wieku XV określają je jako „wielki szpital"[46]. J. Kłoczowski podkreśla, że jedną ze znamiennych cech europejskiego kanonikatu regularnego, zwłaszcza w wieku XII, jest skupianie się przy jego domach dużej liczby ludzi świeckich. Tworzą oni wspólnoty pełniące różne służebne funkcje w społeczeństwie. Do nich należy również opieka nad chorym. Świeccy chrześcijanie zakładają ośrodki pełniące funkcje zbliżone do współczesnych szpitali i hospicjów[47].

Na Kujawach i na Śląsku w wieku XII i XIII szpitale fundują Krzyżowcy z czerwoną gwiazdą (Bracia Szpitalni Najświętszej Panny). Są oni podobnie jak Duchacy kongregacją kanoniczą. Oba zostają założone przez świeckich chrześcijan organizujących bractwa dla opieki nad chorymi. Do ich obowiązków należy m.in. zakładanie i prowadzenie szpitali. W Polsce jak i w Europie Zachodniej dopiero w późniejszym czasie przyjmują regułę św. Augustyna, potwierdzoną przez Rzym[48].

W roku 1190 w Palestynie z bractwa szpitalnego wyodrębnia się zakon Krzyżaków (Zakon Szpitala Najświętszej Marii Panny Domu Niemieckiego w Jerozolimie). Rozprzestrzenia się on bardzo szybko w całej Europie. Do Polski sprowadza ich Konrad Mazowiecki (1187-1247). Domy zakonne zwane komandoriami albo komturiami sprawują opiekę hospicyjno – szpitalną. Obsługiwane są na równi przez duchownych, jak i świeckich. W praktyce pełnią podobne funkcje jak małe szpitale fundacji kanonickich[49].

W wieku XIV i XV opieka nad chorym w Europie stopniowo organizowana jest niezależnie od klasztorów. Istotny wpływ na niezależność szpitali od klasztorów, a tym samym opieki nad chorym, ma wzrost znaczenia mieszczaństwa[50]. W Polsce przejawem tych tendencji jest założenie, przez chirurgów gdańskich w roku 1454, zawodowego cechu. W ten sposób powstaje pierwszy na ziemiach polskich samorząd lekarski. Ma on wpływ na doskonalenie umiejętności zawodowych, jak również przyczynia się do wzrostu szacunku dla chorego. W tym czasie jednym z bardziej znanych lekarzy polskich jest Jan Stańko. W roku 1472 wykonuje on na osobie Jana Długosza pierwszą w Polsce operację usunięcia kamienia z pęcherza moczowego[51].

W wieku XV na ziemiach etnicznie polskich powstaje około 210 nowych szpitali, w stosunku do 180 znanych do roku 1400. Organizowane są one najczęściej w miastach[52]. Obok szpitali o charakterze ogólnym powstają instytucje służące ludziom, którzy stanowią zagrożenie dla swojego otoczenia (np. trędowaci i umysłowo chorzy[53]) lub przeciwnie, dla których pobyt w szpitalu jest nie-

---

[46] U schyłku wieku XII powstają dwa dalsze szpitale Duchaków w diecezji krakowskiej. Pierwszy jest wzniesiony przez kasztelana Żegotę w roku 1292 w Sandomierzu. Drugi w Sławkowie organizuje dla górników w roku 1298 biskup Muskata. – J. Kłoczowski, *Zakony na ziemiach polskich…*, art. cyt. s. 452.

[47] Tamże, s. 433.

[48] Tamże; por. R. Rak, J. Szurlej, *Chorych duszpasterstwo,* art. cyt., kol. 255; M. Banaszak, *Historia Kościoła Katolickiego. Średniowiecze,* Warszawa 1987, t. II, s. 209.

[49] J. Kłoczowski, *Zakony na ziemiach polskich*..., art. cyt., s.452.

[50] Tamże, s. 346.

[51] [b.a.], *Kalendarium,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 123.

[52] W Polsce centralnej i południowej na przełomie XV/XVI wieku jeden szpital przypadał średnio na 14-20 parafii, na Pomorzu zachodnim, na Śląsku i na Warmii przypadał na około 5-7 parafii. – B. Drożdż, art. cyt., s. 275.

[53] „Chorzy umysłowo są w średniowieczu bardzo upośledzeni. Jest to skutkiem nieznajomości chorób psychicznych. Pozostawiono im zupełną swobodę, jak długo nie byli szkodliwi dla otoczenia. Z tą chwilą czeka ich wygnanie lub separacja. Stulecie XIV przynosi ledwo zaczątki pewnej opieki, którą można już nazwać instytucjonalną, w Europie Zach. W okresie ścigania za uprawianie czarów często padają ofiarą sądów. Przekazy dotyczące Śląska są pojedyncze. «Clausa» albo «stuba hospitalis», w której chorego zamykano, budowana jest przy bramie miejskiej, by przechodnie łatwiej mogli podawać jałmużnę. Nadzór nad nią spełnia szpital. Pierwszy dom opieki dla umysłowo chorych o charakterze ogólnomiejskim powstaje we Wro-

wskazany (np. dzieci). Stąd też fundowane są pierwsze szpitale dziecięce, do których najczęściej trafiają chore sieroty[54].

J. Kłoczowski wyjaśnia, że na pojęcie szpitala w średniowieczu składają się dwa elementy: dom, w którym przebywają chorzy i ubodzy (domus pauperum, domus infirmorum, infirmaria) oraz znajdujący się w pobliżu kościół szpitalny (ecclesia, oraculum, oratorium, capella). Ścisły związek ówczesnych szpitali z kościołami związany jest z religijnością społeczeństwa. Troska o chorego pojmowana jest wówczas jako zaspokojenie jego potrzeb duchowych i zdrowotnych[55].

Ważnym wydarzeniem w Kościele jest Powszechny Sobór Trydencki (1545-1563), który m.in. wpływa na działalność charytatywną, a szczególnie opiekę nad chorym. Czyni on biskupów diecezjalnych odpowiedzialnymi za organizację opieki medycznej i dostosowanie jej do zaistniałych potrzeb. W szpitalach diecezjalnych i zakonnych coraz częściej pracują świeccy[56]. W Polsce kardynał B. Maciejowski (1548-1608)[57], pod wpływem nauczania Soboru Trydenckiego, w liście pasterskim zobowiązuje proboszczów i świeckich do opieki duchowej i materialnej nad chorym. Na początku XVII wieku, pod jego kierunkiem, zostaje opracowany szczegółowy program działalności szpitali i zakładów opiekuńczych w diecezji[58]. W podobny sposób opiekę nad chorym organizuje biskup poznański S. Wierzbowski (1620-1687). Co więcej o konieczności troski o chorego przypominają również synody warmińskie (1582, 1726) i wileński (1744)[59].

W Polsce, w wieku XVII i XVIII kontynuowane jest dzieło B. Maciejowskiego. Powstają nowe szpitale, podnoszony jest poziom higieny i wiedzy o chorobach[60]. W tym czasie największym warszawskim szpitalem dla chorych wenerycznie jest „Szpital Gnoiników" założony już w roku 1591 przez ks. Piotra Skargę[61].

---

cławiu w sąsiedztwie szpitala Bożego Grobu. Pod koniec XVI wieku włączony jest do miejskiego szpitalu Wszystkich Świętych. Również w XVI w. roku 1599 powstaje zakład w Ząbkowicach". – K. Dola, *Szpitale średniowieczne Śląska cz. I. Rozwój historyczny,* art. cyt., s. 261.

[54] „Epidemie, które wyludniają miasta średniowieczne, pozostawiają dużą liczbę dzieci bez opieki, bez rodziny. Przygarniają je klasztory, ale w miastach w minimalnym tylko stopniu rozwiązuje to trudny problem. Powstają więc oddziały dziecięce przy dużych szpitalach zakonnych. We Wrocławiu przy szpitalu Krzyżaków z czerwoną gwiazdą, siostry przygarniają do swojego domu mieszkalnego sieroty. Także w szpitalu duchaków w Głogowie dzieci bez opieki (...) znajdują przyjęcie. Osobny, dla dzieci tylko przeznaczony szpital, powstał najpierw we Wrocławiu („hospitale hypobolimaeorum»), około roku 1400. Niewiele później, po latach zarazy 1413-1414 podobny szpital zakłada pleban w Nysie. W obydwu szpitalach pokaźna liczba ok. 40 dzieci znajduje opiekę. W innych miastach (Głubczyce, Świdnica, Kłodzko, Głogów) opiekują się u siebie sierotami kobiety z przytułków (...). Zadaniem tych „sierocińców» jest nie tylko doraźna opieka nad dzieckiem, ale także przygotowanie go do życia, wyuczenie rzemiosła i ułatwienie przyjęcia do cechu, który często w XV wieku stanowił zamknięty klan. [...] Pokrewną szpitalom dziecięcym instytucją jest szpital szkolny. Ubodzy uczniowie od czasu założenia każdej szkoły są przedmiotem wielu legacji, które rektor między nich rozdziela. Zapisy te dają podstawy do skoncentrowania opieki nad ubogimi, a zwłaszcza chorymi scholarami w szpitalach szkolnych. Zaczynają się one organizować na przełomie XIV-XV wieku najpierw przy szkołach wrocławskich". – tamże, ss. 258-260.

[55] J. Kłoczowski, *Zakony na ziemiach polskich…,* art. cyt., s. 351.

[56] P. Gach, *Sieć szpitali w diecezji krakowskiej w połowie XVIII w.,* „Roczniki Humanistyczne" 21(1973) z. 2, s. 244.

[57] Maciejowski Bernard, Prymas, w latach 1570-83 jest chorążym nadwornym koronnym, od 1587 biskupem łuckim, od 1600 krakowskim. W 1604 roku mianowany został kardynałem, a w 1606 roku arcybiskupem gnieźnieńskim. Jest on współpracownikiem Zygmunta III Wazy. Uważany za jednego z głównych twórców Unii Brzeskiej (1596). – [b.a.], *Maciejowski Bernard,* w: *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN,* dz. cyt., t. IV, s. 12.

[58] P. Gach, art. cyt., s. 244-245.

[59] R. Rak, J. Szurlej, art. cyt., kol. 255.

[60] P. Gach, art. cyt., s. 245.

[61] [b.a.], *Leczenie kiły w Polsce,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 157.

W Europie, w wieku XVII stopniowo zwiększa się liczba lekarzy świeckich. Dawny lekarz dworski staje się lekarzem domowym bogatych rodzin fabrykantów i kupców. Jego usługi nie są jednak wysoko cenione w społeczeństwie. Powodowane jest to tym, że coraz częściej nie zwraca on uwagi na wzrastające zubożenie chorego. Unika on również pracy w szpitalach dla biednych, ponieważ wynagrodzenie w nich jest niewielkie. Autorytet swój traci przez nadmierne bogacenie się i konflikty w środowisku zawodowym, spowodowane rywalizacją o dochody. Nie brakuje jednak znakomitych postaci o dużym autorytecie zawodowym i etycznym[62].

Stąd też wielu chorych pragnie opieki w szpitalach prowadzonych przez Kościół. Niektórzy z nich są zmuszeni do tego leczenia, ze względu na brak środków materialnych na opłacenie bogatego lekarza. Tej sytuacji próbują zaradzić nowe zgromadzenia zakonne, których misją jest opieka nad chorym, zwłaszcza ubogim. Pierwszym z nich jest, założona w roku 1540 przez św. Jana Bożego przy szpitalu w Grenadzie w Hiszpanii, wspólnota świecka. W późniejszym czasie przekształca się ona w Zakon Braci Miłosierdzia (Bonifratrzy), współcześnie noszący nazwę Zakon Szpitalny[63]. Opieka nad chorym roztaczana przez bonifratrów cieszy się uznaniem w społeczeństwie. W czasie groźnych epidemii zakaźnych wykazują się szczególną ofiarnością i apostolstwem. W Hiszpanii od roku 1581 do 1832, z powodu zarażenia się chorobą, umiera dwustu braci. Bonifratrzy wykazują szczególną troskę o chorych najuboższych i chorych psychicznie. Dzięki bardzo dobremu przygotowaniu zawodowemu z medycyny i farmacji, przyczyniają się do rozwoju szpitalnictwa i nauk medycznych. W Polsce w wieku XVII i XVIII stanowią jedyną rodzinę zakonną, tak dobrze przygotowaną fachowo do pracy wśród chorych. Posiadają swój własny personel lekarski, farmaceutyczny i pielęgniarski pracujący we własnych szpitalach. Obłąkanych traktują jak chorych psychicznie i dość często skutecznie ich leczą. W Warszawie fundują pierwszy na ziemiach polskich szpital psychiatryczny[64].

Zakonem żeńskim wykazującym troskę o chorego jest Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia (Filles de la Charité), założone w Paryżu 29 listopada 1633 roku przez św. Wincentego à Paulo (1581-1660). Współzałożycielką i jego bliską współpracownicą jest św. Ludwika de Marillac (1591-1660)[65]. Święty Wincenty à Paulo uważany jest także twórcę nowożytnej Caritas Kościoła Katolickiego. W roku 1625 zakłada w Paryżu Saint Lazare, który staje się wkrótce głównym domem Zgromadzenia Kapłanów Lazarystów (Księża Misjonarze). Oba zgromadzenia poświęcają się pracy duchowej i zdrowotnej wśród ubogich, chorych, niepełnosprawnych i sierot. Posługę swoją wykonują w licznych szpitalach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i domach prywatnych[66].

Podobną opiekę sprawuje założony w Rzymie w roku 1582 przez św. Kamila Lellis (1550-1614) zakon Kamilianów (Zakon Kleryków Regularnych Posługujących Chorym). Jego celem jest niesienie pomocy chorym w szpitalach, zwłaszcza podczas zarazy. Kroniki zakonne wspominają ponad dwustu zakonników, którzy utracili życie opiekując się zarażonymi. Odpowiedzialność tej służby podkreśla ślub zakonny posługiwania chorym. Współcześnie w Polsce pełnią posługę pielęgniarzy i kapelanów wśród chorych, szczególnie na AIDS, bezdomnych i uzależnionych od narkotyków i alkoholu[67].

W wieku XVIII na ziemiach polskich istnieją także mniejsze liczebnie zgromadzenia zakonne, które opiekują się chorymi w szpitalu. Do nich należy m.in. Zgromadzenie Braci Rochitów założone w Wilnie w roku 1713 przez bpa K. Brzostowskiego. W szpitalu bracia pełnią funkcje lekarzy i pielęgniarzy. Oprócz trzech ślubów zwykłych składają oni ślub czwarty, a mianowicie opieki nad chorymi i ubogimi. Ich posługa traktowana jest jako właściwa służba Bogu[68].

---

[62] M. Wrężel, dz. cyt., s. 31-32.
[63] B. Łoziński, *Leksykon zakonów w Polsce,* Warszawa 1998, s. 33-34.
[64] J. Duchniewski, *Bonifratrzy,* w: *Encyklopedia Katolicka,* Lublin 1985, t. I, koll. 799-801.
[65] B. Łoziński, dz. cyt., s. 328-329.
[66] [b.a.], *Powstaje opiekuńczy zakon,* w: *Kronika medycyny,* dz. cyt., s. 177.
[67] B. Łoziński, dz. cyt., s.62.
[68] M. Kalinowski, *Duszpasterstwo hospicyjne,* art. cyt., s. 148.

4. Obowiązek zapewnienia opieki religijno-moralnej choremu ze strony służby zdrowia

Od wieku XIX troska Kościoła o chorego ulega stopniowemu przeobrażeniu. Coraz mniej w jego opiece jest szpitali. Organizację opieki nad chorym przejmuje państwo lub świeckie instytucje. Zakonnicy i zakonnice, pracujący jako lekarze i personel pomocniczy, są zastępowani przez świeckich. Jednak są to przecież chrześcijanie. Na nich ciąży nie tylko troska o zdrowie i życie chorego, ale również pośrednio troska o życie religijne[69]. Pius XII przypomina, że ma ona swoje źródło w poleceniu Stwórcy: „«Bądźcie płodni i rozmnażajcie się, abyście zaludnili ziemię i uczynili ją sobie poddaną; abyście panowali nad rybami morskimi, nad ptactwem powietrznym i nad wszystkimi zwierzętami pełzającymi po ziemi» (Rdz 1, 28). Troszcząc się o chorego przeciwdziałają temu, co poniża jego godność, a jednocześnie życie jego czyni bardziej ludzkim”[70].

Papież Paweł VI, odwołując się do Soboru Watykańskiego II, uzasadnia to zobowiązanie miłością Boga do człowieka, zwłaszcza chorego[71]. „Czyż badania świętej teologii i praktyka pobożności chrześcijańskiej nie prowadzą do pełniejszego i radośniejszego z dnia na dzień poznania miłości? [...] . Miłość powinna uzyskać w czasach współczesnych należne jej miejsce, najwyższe i najważniejsze w porządku dóbr, które odnoszą się do religii i obyczajów, nie tylko w ocenie i opinii, lecz także w działaniu i praktyce życia chrześcijańskiego”[72]. Właśnie ona jest źródłem troski o chorego.

W czasach, gdy w rękach Kościoła znajduje się cała służba medyczna, od lekarzy poczynając, nie istnieje problem troski o życie religijne. J. Nagórny uważa, że z uspołecznienia służby medycznej wynikają pewne zagrożenia, które w minionych wiekach nie były znane. Przede wszystkim jest nim materialistyczne podejście do życia ludzkiego. Chory jawi się w kategoriach wydajności i funkcjonalności. Sprowadza się go do roli „rzeczy”, którą można dowolnie dysponować. Racjonalizm techniczno-naukowy nie przewiduje obecności Boga w jego życiu. Stąd też opieka religijna staje się czymś zbędnym. Konsekwencją tego jest przesadna wiara w skuteczność medycyny. Zapomina się o tym, że zdrowie w pierwszej kolejności jest darem Boga, a dopiero następnie zależy od odpowiedzialności osobistej i współpracy całego społeczeństwa[73].

Zdaniem T. Ślipko negatywne zmiany we współczesnej opiece nad chorym, spotęgowane zostały jeszcze bardziej przez kryzys moralny personelu medycznego, jak również przez niewłaściwe uży-

---

[69] KPSZ nr 110.

[70] „Vous tirerez aisément de ces réponses des orientations utiles pour votre action pratique. Les principes fondamentaux de l'anesthésiologie, comme science et comme art, et la fin qu'elle poursuit, ne soulèvent pas d'objection. Elle combat des forces qui, à bien des égards, produisent des effets nuisibles et entravent un plus grand bien. Le médecin qui en accepte les méthodes n'entre en contradiction ni avec l'ordre moral naturel, ni avec l'idéal spécifiquement chrétien. Il cherche, selon l'ordre du Créateur (Gen 1,28), à soumettre la douleur au pouvoir de l'homme, et utilise pour cela les acquisitions de la science et de la technique, selon les principes que nous avons énoncés et qui guideront ses décisions dans les cas particuliers. Le patient désireux d'éviter ou de calmer la douleur peut, sans inquiétude de conscience, utiliser les moyens trouvés par la science et qui, en eux-mêmes, ne sont pas immoraux. Des circonstances particulières peuvent imposer une autre ligne de conduite; mais le devoir de renoncement et de purification intérieure qui incombe aux chrétiens n'est pas un obstacle à l'emploi de l'anesthésie, parce qu'on peut le remplir d'une autre manière. La même règle s'applique aussi aux exigences surérogatoires de l'idéal chrétien”. – Pius XII, *Questions juridiques et morales concernant la réanimation. Discours à un groupe de médecins réunis sur l'initiative de l'Institut de génétique „Gregori Mendel”* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* dok. cyt., t. III, nr 5557.

[71] S. Mojek, art. cyt., s. 39.

[72] Paweł VI, *Encyklika „Ecclesiam suam”,* dok. cyt., ss. 159-226.

[73] J. Nagórny, *Godność powołania medycznego,* art. cyt., ss. 7-9.

wanie wolności ludzkiej i zagubienie prawdziwej hierarchii wartości[74]. Z przykrością należy stwierdzić, że również służba zdrowia ma swój udział w tworzeniu się zjawisk składających się na tzw. „kulturę śmierci". Zwraca na to uwagę Jan Paweł II, pisząc: „Nawet medycyna, która z tytułu swego powołania ma służyć obronie życia ludzkiego i opiece nad nim, w niektórych dziedzinach staje się coraz częściej narzędziem czynów wymierzonych przeciw człowiekowi i tym samym zniekształca swoje oblicze, zaprzecza samej sobie i uwłacza godności tych, którzy ją uprawiają"[75]. Ukazanie tych zagrożeń, z którymi boryka się współczesna medycyna, nie umniejsza inicjatyw płynących ze środowiska służby zdrowia, aby zobowiązanie do posługi choremu stało się bardziej okazją do ofiarowania siebie Bogu i ludziom[76].

Obecnie, gdy nie tylko lekarze, ale cała służba zdrowia[77] (są wyjątki w krajach misyjnych, w krajach trzeciego świata) jest domeną ludzi świeckich, to oni obojętnie czy są wierzący, czy też nie, są zobowiązani do zadośćuczynienia prośbom chorego o posługę religijną[78]. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia przypomina, że „troska duszpasterska o chorego polega na opiece duchowej i religijnej. Jest ona podstawowym prawem chorego i obowiązkiem Kościoła (Mt 10, 8; Łk 9, 2; 10,9). Jeśli się jej nie zapewnia, nie sprzyja jej lub ją uniemożliwia, narusza się to prawo i jest się niewiernym takiemu obowiązkowi"[79].

J. Wróbel wyjaśnia, że „wierność powołaniu chrześcijańskiemu wyraża się konsekwentnie w służbie miłości i otwarciu na potrzeby bliźniego. Stąd również przyjście z pomocą człowiekowi cierpiącemu czy choremu jest szczególną formą wypełnienia tegoż przykazania, a posługa lekarska stanowi jeden z najszczytniejszych wyrazów jego praktycznego urzeczywistniania. W tym przykazaniu mieszczą się też najgłębsze pokłady motywacyjne [...] posługi medycznej"[80].

Zakres jej zobowiązań wobec chorego w ogromnej mierze zależy od koncepcji medycyny. Rozumiana przez lekarza i współpracujący z nim personel pomocniczy jako wezwanie Boga do służby życiu sprawia, że troszczy się o chorego, szanując godność jego osoby i potrzeby religijne[81]. Pius XII przypomina, że medycyna nie jest tylko sztuką lekarską, lecz przede wszystkim służbą pełnioną z potrzeby serca. W takim ujęciu lekarz jest przyjacielem i doradcą chorego. Widzi on nie tylko jego chorobę, lecz również „rany duchowe". Jako współpracownik Boga jest narzędziem Jego miłosierdzia[82]. Paweł VI podkreśla „ważność współczującej miłości przy wykonywaniu zawodu"[83].

---

[74] T. Ślipko, *Wolność i postęp a etyka lekarska. Rozważania na marginesie encykliki „Evangelium vitae",* w: *„Evangelium vitae". Dobra nowina o życiu ludzkim. Materiały na temat encykliki Jana Pawła II „Evangelium vitae" oraz dyskusja panelowa o karze śmierci,* art. cyt., ss. 29-53.

[75] EV nr 4.

[76] J. Nagórny, *Godność powołania medycznego,* art. cyt., s. 11

[77] „Zakres działania pracowników służby zdrowia stanowi na ogół to, co wyrażają przede wszystkim pojęcie «zdrowie i służba zdrowia». Przez pojęcie «zdrowie» rozumie się to wszystko, co dotyczy zapobiegania, diagnozy, leczenia i rehabilitacji, aby polepszyć równowagę i dobro fizyczne, psychiczne oraz duchowe osoby. Przez pojęcie «służby zdrowia» rozumie się natomiast to wszystko, co dotyczy polityki, prawodawstwa, programowania i struktur sanitarnych". – KPSZ nr 9.

[78] Jan Paweł II jest przekonany, że „właśnie taka głęboka miłość do każdego człowieka daje początek «niezwykle bogatej historii działalności charytatywnej», która rozwija się przez stulecia i dzięki której pojawiają się w życiu Kościoła i społeczeństwa bardzo liczne struktury służące życiu. Budzą one podziw każdego obserwatora pozbawionego uprzedzeń. Każda chrześcijańska wspólnota, przeniknięta zawsze żywym poczuciem odpowiedzialności, powinna zapisywać kolejne karty tej historii poprzez różnorodną działalność duszpasterską i społeczną. [...] Podobną troskę należy okazać życiu ludzi cierpiących i osamotnionych, zwłaszcza w jego końcowych fazach". – EV nr 87.

[79] KPSZ nr 108.

[80] J. Wróbel, *Człowiek i medycyna…,* dz. cyt., s. 249; por. L. Melina, *Corso di bioetica. Il Vangelo della vita,* Casale Monferrato 1996, ss. 271-273.

[81] J. Nagórny, *Godność powołania medycznego,* art. cyt., s. 12.

[82] Pius XII, *Le médecin de campagne. Allocution à des médecins de campagne,* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* dok. cyt., ss. 1105-1106.

Według papieża chory potrzebuje nie tylko biegłości zawodowej, lecz nade wszystko zrozumienia. Jest to możliwe, jeśli lekarz i pomagający mu personel, pochyla się nad chorym z miłości ku Chrystusowi[84]. Wówczas nie zaniedba on opieki religijnej nad chorym.

Zobowiązanie do zaspokojenia potrzeb religijno-moralnych chorego, ze strony wierzącego personelu medycznego, przyczynia się do przybliżenia słowa i łaski Chrystusa tym, którzy cierpią z powodu choroby[85]. Stąd też trudności związane z opieką religijną nie powinny zniechęcać personelu medycznego, lecz przeciwnie, skłaniać go do odważnego poszukiwania właściwych dróg, które pozwolą przyjść mu z pomocą i zaspokoić jego potrzeby. Świeccy katolicy, podejmując odpowiedzialność za życie wspólnoty kościelnej, są zobowiązani do opieki nad chorym żyjącym wśród nich. Nie mogą oni zamykać się na jego potrzeby, czy trwać w bezczynności, nie przychodząc mu z medyczną i religijną pomocą. Posługa ta jest niezwykle cenna i wzbogacona przez Chrystusa licznymi charyzmatami[86].

Jan Paweł II podkreśla, że opiekunowie chorego mają sposobność do wykorzystania bogactw tego charyzmatu. Ich powołanie sprawia, że mogą stać się bardziej wrażliwi na potrzeby chorego i ofiarnie mu służyć. Dlatego też, „gdy do tych naturalnych zdolności dojdzie świadomy altruizm, a przede wszystkim siła wiary i moc ewangelicznej miłości, wówczas można oglądać prawdziwe cuda poświęcenia”[87].

Kościół wskazuje nie tylko na zobowiązania personelu medycznego wobec chorego, lecz także stara się z nim współpracować. Stąd też od samego początku swego istnienia łączy on troskę o zdrowie i życie chorego z troską o jego sprawy duchowe. Przekonany jest, że zaspokojenie jego potrzeb religijno-moralnych jest posługą człowiekowi jako jedności psychofizycznej. „Współpracując ze «światem medycznym» Kościół pragnie, by ta służba człowiekowi dokonywała się w duchu takiej wizji człowieka, jaką niesie ze sobą antropologia chrześcijańska. [...] Tylko bowiem integralna koncepcja człowieka i pełna wizja jego godności, pozwala na skuteczne zabezpieczenie go przed manipulacjami, które prowadzą do uprzedmiotowienia osoby ludzkiej i do zagubienia pełnej wartości życia i zdrowia. Kościół stając dzisiaj w obronie tej godności, stając w obronie życia ludzkiego [...] liczy na współdziałanie tych, którzy do końca potrafili odczytać godność swojego powołania medycznego”[88].

5. Obowiązek poszanowania prawa do wolności religijnej chorego

Obowiązek ciążący na służbie zdrowia, a dotyczący problemów religijno-moralnych chorego, wypływa nie tylko z nauczania kościelnego, ale także z podstawowego prawa do wolności w ogóle, a religijnej w szczególności[89]. Temu przecież podlega zarówno wierzący, jak i też nie wierzący. Jan XXIII przypomina, że do podstawowych i niezbywalnych praw człowieka zalicza się również „możność oddawania czci Bogu zgodnie z wymaganiami własnego prawego sumienia oraz wyznawania religii prywatnie i publicznie”[90]. Paweł VI dodaje, że wolność ta nie może być pustym słowem, wymaga ona „niemałej wielkoduszności, dobrowolnego znoszenia wielu niedogodności i nieustannego wysiłku”. Wzywa on chrześcijan, aby każdy z nich zbadał swoje sumienie, „które no-

---

[83] Paweł VI, *Posłannictwo służby zdrowia,* w: *Będziecie mi świadkami. Paweł VI przemawia do ludzi świeckich,* red. E. Weron, Poznań – Warszawa 1975, s. 283.

[84] Tamże.

[85] KPSZ nr 110.

[86] Tamże; por. H. Urs von Balthasar, *Czy są świeccy w Kościele?,* „Communio” 1(1981) nr 6, s. 11.

[87] Jan Paweł II, *Przedłużajcie w czasie posługę miłosierdzia Chrystusa. Przemówienie do sióstr zakonnych pracujących w lecznictwie,* L’Osservatore Romano (wyd. pol.) 20(1999) nr 2(210), s. 44-45.

[88] J. Nagórny, *Godność powołania medycznego,* art. cyt., s. 23-24.

[89] S. Olejnik, *Powołanie chrześcijańskie. Teologia moralna fundamentalna,* Włocławek 1998, t. I, s. 180-218; por. Pius XI, *Encyklika „Quadragesimo anno”…,* dok. cyt., s. 87.

[90] Jan XXIII, *Encyklika „Pacem in terris”…,* dok. cyt., nr 14.

wym jakby głosem odzywa się w tych naszych czasach”[91]. Jan Paweł II wyjaśnia, że „istota wolności tkwi we wnętrzu człowieka, należy do natury osoby ludzkiej i jest jej znakiem rozpoznawczym. Wolność ma swój fundament w transcendentnej godności człowieka. [...] Człowiek, będąc stworzony na obraz i podobieństwo Boże (Rdz 1, 27), jest nierozerwalnie związany z tą wolnością. Człowiek jest wolny, ponieważ posiada zdolność opowiedzenia się po stronie prawdy i dobra”[92]. Papież wyjaśnia, że warunkiem prawdziwej wolności jest rzetelny stosunek do prawdy[93]. „Jest to równocześnie przestroga przed jakąkolwiek pozorną wolnością, przed wolnością rozumianą powierzchownie, jednostronnie, bez wniknięcia w całą prawdę o człowieku i o świecie. Chrystus przeto również i dziś, po dwóch tysiącach lat, staje wśród nas jako Ten, który przynosi człowiekowi wolność opartą na prawdzie, który człowieka wyzwala od tego, co tę wolność ogranicza, pomniejsza, łamie u samego niejako korzenia, w duszy człowieka, w jego sercu, w jego sumieniu”[94].

S. Olejnik snuje refleksję, że prawo do wolności jest istotnym warunkiem odpowiedzialności uczestnictwa w życiu społecznym, jakim jest środowisko służby zdrowia niosące pomoc choremu. „Jej przeciwieństwem jest przymus wewnętrzny, psychiczny, czyli zniewolenie lub przymus zewnętrzny, społeczny, czyli sytuacja ograniczenia przestrzeni swobodnego działania w życiu społecznym. Jeden i drugi rodzaj przymusu może być stopniowany, dlatego i wolność, zarówno psychiczna, jak i społeczna podlega ustopniowaniu, czyli, inaczej mówiąc, może być poszerzana lub zacieśniana. Przy rozpatrywaniu życia społecznego podkreśla się rolę i znaczenie wolności od przymusu zewnętrznego, a wolność społeczną uznaje się za jedną z podstawowych zasad moralnych dotyczących życia społecznego. Nie znaczy to jednak, jakoby bez znaczenia była wolność wewnętrzna”[95].

Skoro podstawowe prawo do wolności religijnej ujawnia się w wolności sumienia i wyznania, nic dziwnego, że prawodawstwo państwowe, jak konstytucja, gwarantuje ją[96]. Potwierdzona jest ona również przez konkordat[97]. R. Sobański spostrzega, że „poszanowanie obowiązującego w państwie

---

[91] Paweł VI, *Encyklika „Populorum progressio”…,* dok. cyt., s. 406; por. J. Kowalski, *Współczesna interpretacja sumienia, w: Sumienie wyznacznikiem ludzkiej moralności,* Warszawa 1997, ss. 65-83.

[92] Jan Paweł II, *Orędzie na XIV Światowy Dzień Pokoju,* dok. cyt., nr 6.

[93] Sobór Watykański II uczy, że „obowiązki te dotykają i wiążą sumienie człowieka i że prawda nie inaczej się narzuca, jak tylko siłą całej prawdy, która wnika w umysły jednocześnie łagodnie i silnie. Następnie, ponieważ wolność religijna, której ludzie domagają się dla wypełnienia obowiązku czci Bożej, dotyczy wolności od przymusu w społeczeństwie cywilnym, pozostawia ona nienaruszoną tradycyjną naukę katolicką o moralnym obowiązku ludzi i społeczeństw wobec prawdziwej religii i jedynego Kościoła Chrystusowego”. – DWR 1.

[94] Jan Paweł II*, Encyklika „Redemptor hominis”,* dok. cyt., nr 12.

[95] S. Olejnik, *Teologia moralna życia społecznego,* Włocławek 2000, t. III, s. 46-47.

[96] „ Każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii. Wolność religii obejmuje wolność wyznawania lub przyjmowania religii według własnego wyboru oraz uzewnętrzniania indywidualnie lub z innymi, publicznie lub prywatnie, swojej religii przez uprawianie kultu, modlitwę, uczestniczenie w obrzędach, praktykowanie i nauczanie. Wolność religii obejmuje także posiadanie świątyń i innych miejsc kultu w zależności od potrzeb ludzi wierzących oraz prawo osób do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajdują. Rodzice mają prawo do zapewnienia dzieciom wychowania i nauczania moralnego i religijnego zgodnie ze swoimi przekonaniami. Przepis artykułu 48, ust. 1 stosuje się odpowiednio. Religia kościoła lub innego związku wyznaniowego o uregulowanej sytuacji prawnej może być przedmiotem nauczania w szkole, przy czym nie może być naruszona wolność sumienia i religii innych osób. Wolność uzewnętrzniania religii może być ograniczona jedynie w drodze ustawy i tylko wtedy, gdy jest to konieczne do ochrony bezpieczeństwa państwa, porządku publicznego, zdrowia, moralności lub wolności i praw innych osób. Nikt nie może być zmuszany do uczestniczenia ani do nie uczestniczenia w praktykach religijnych. Nikt nie może być obowiązany przez organy władzy publicznej do ujawnienia swojego światopoglądu, przekonań religijnych lub wyznania”. – Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej, dok. cyt., art. 58, § 1-7.

[97] „Osobom przebywającym w zakładach leczniczych oraz zamkniętych zakładach pomocy społecznej zapewnia się prawo wykonywania praktyk religijnych i korzystania z posług religijnych. W celu realizacji ich uprawnień, kierownicy właściwych zakładów państwowych zatrudnią kapelanów skierowanych przez bisku-

prawa jest kamieniem węgielnym założeń konkordatu (i leży też w interesie Kościoła, bo właśnie to prawo gwarantuje wolność religijną i chroni Kościół przed naruszeniem jego wolności)"[98].

Jan Paweł II przypomina, że „pierwszą i podstawową wartością jest zawsze stosunek człowieka do Boga, wyrażający się w przekonaniach religijnych. Wolność wyznania staje się w ten sposób podstawą innych wolności. [...] «Wolność sumienia i religii jest pierwszym i niezbywalnym prawem osoby ludzkiej; a nawet więcej, można powiedzieć, że w stopniu, w jakim dotyka ona najbardziej intymnej sfery ducha, podtrzymuje głęboko zakotwiczoną w każdej osobie rację bytu innych wolności»[99]"[100]. Papież apeluje do odpowiedzialnych instytucji, do których należy również opieka zdrowotna, aby umożliwiały realizowanie jej. Ciąży na nich obowiązek zapewnienia choremu niezależności chronionej przez prawo, aby mógł żyć, według wymagań swojego sumienia. „Takiej zresztą wolności żądają najważniejsze układy międzynarodowe i inne dokumenty, jak Powszechna Deklaracja Praw Człowieka i Konwencja Międzynarodowa w tym samym przedmiocie, jak również większość konstytucji państwowych. Jest to tylko kwestia sprawiedliwości, ażeby państwo, będąc nosicielem mandatu otrzymanego od obywateli, nie tylko respektowało podstawowe ich swobody, ale je ochraniało i popierało. Wypełni tę pozytywną rolę, przestrzegając zasad prawa i troszcząc się o dobro wspólne według wymogów prawa moralnego. Również grupy pośrednie, tworzone w sposób wolny, przyczynią się na swój sposób do przestrzegania i rozwijania tych swobód. To szlachetne zadanie spoczywa na wszystkich żywotnych siłach społeczeństwa"[101].

Z Konstytucji i przepisów prawnych z niej wynikających płynie obowiązek, ciążący na służbie szpitalnej, ułatwienia choremu wykonywanie praktyk religijnych. W. Adamczewski wyjaśnia, że „gwarancje wolnościowe sankcjonowane konwencjami międzynarodowymi uznają nie tylko prawo każdej osoby do indywidualnego wyznawania wiary, ale również zaliczają do sfery możliwości wspólnotowego i publicznego sprawowania kultu. Polski konkordat formułuje te gwarancje w artykule 8"[102].

Stąd też dyrektor szpitala lub zakładu opiekuńczo-leczniczego zobowiązany jest przez ustawę do zatrudnienia kapelana i wyznaczenia stosownego pomieszczenia na kaplicę. Natomiast lekarz i personel pomocniczy powinni umożliwić choremu uczestniczyć we Mszy Świętej w niedzielę i święta[103], z wyjątkiem sytuacji, kiedy nie pozwala na to stan zdrowia chorego lub nie wyraża on zgody. Służba medyczna również zobowiązana jest przywołać kapelana lub duchownego innego wyznania, jeśli jest takie życzenie chorego[104]. Winni oni okazać szczególne zrozumienie i dyskrecję w czasie korzystania przez niego z rozmowy duszpasterskiej, niejednokrotnie połączonej z sakramentem pokuty[105]. W wielu wypadkach może to narażać ich na dodatkową uciążliwość, związaną m.in. z przygotowaniem chorego lub przeniesieniem go do innego pokoju, gdzie będą odpowiednie warunki. Personel medyczny powinien również, w miarę możliwości, pomóc choremu w korzystaniu z książek, prasy religijnej oraz programów katolickich, nadawanych przez radio i telewizję[106]. W.

---

pa diecezjalnego. W celu umożliwienia udziału zainteresowanych chorych i podopiecznych we Mszy Św. i w innych zbiorowych praktykach religijnych, kierownicy właściwych zakładów państwowych przeznaczą odpowiednie pomieszczenie na kaplice, a w wyjątkowych wypadkach udostępnią do tego celu inne pomieszczenia". – *Tekst Konkordatu Polskiego*, dok. cyt., art. 31, § 1-2.

[98] R. Sobański, *Niezależność i autonomia Kościoła i państwa podstawową przesłanką konkordatu,* „Ateneum Kapłańskie" 88(1996) z. 1(524), s. 24; por. W. Uruszczak, *Znaczenie konkordatu z 1993 r. dla Państwa Polskiego,* „Ateneum Kapłańskie" 88(1996) z. 1(524), ss. 73-81.

[99] Stolica Apostolska, *Dokument o wolności religijnej,* OsRomPol. (1980) nr 10, s. 7-8.

[100] Jan Paweł II, *Orędzie na XIV Światowy Dzień Pokoju,* dok. cyt., nr 6.

[101] Tamże.

[102] W. Adamczewski, *Przedmiot umowy konkordatowej,* „Ateneum Kapłańskie" 88(1996) z. 1(524), s. 31; por. J. Dudziak, *Gwarancje wolności religijnej w konkordacie,* tamże, ss. 50-59.

[103] Tamże; W. Góralski, *Droga do konkordatu,* „Ateneum Kapłańskie" 88(1996) z. 1(524), ss. 7-10.

[104] KPSZ nr 108.

[105] Tamże, nr 112.

[106] M. Kalinowski, *Zadania pastoralne kapelanów w społeczeństwie pluralistycznym,* „Roczniki Teolo-

Adamczewski wyjaśnia, że obowiązek ten wynika pośrednio z umowy konkordatowej. „Przedmiot uregulowań konkordatu w tym zakresie jest podwójny. Z jednej strony uznaje się prawo Kościoła do swobodnego drukowania, wydawania i rozpowszechniania wszelkich publikacji związanych z pełnieniem jego posłannictwa (artykuł 20 ust. 1) oraz posiadania i używania własnych środków społecznego przekazu, a z drugiej strony przyznaje mu się prawo do emitowania własnych programów w telewizji i radiofonii publicznej (artykuł 20 ust. 2)”[107].

Z posług tych nikt nie może być wyłączony, także dzieci[108]. Mają one szczególne prawo do katechezy, którą zwykle prowadzą osoby świeckie lub siostry zakonne. Komentując umowę konkordatową w tym zakresie W. Adamczewski dodaje, że osoby zainteresowane pobieraniem nauki religii w szkole publicznej czy przedszkolu prowadzonym przez administrację państwową lub organy samorządu, są obywatelami państwa, którzy na równi z innymi mogą oczekiwać od tego państwa lub samorządu pomocy w realizacji swoich praw”[109]. Stąd też zajęcia te zorganizowane są w ramach obowiązkowego programu nauczania dla szkół specjalnych istniejących przy wielu szpitalach dziecięcych. Pracownicy służby zdrowia powinni zatroszczyć się o to, aby poinformować rodziców dziecka o prowadzonej w szpitalu katechezie. Do nich należy również wyznaczenie czasu i miejsca na zajęcia katechetyczne. Zdaniem J. Krukowskiego zobowiązanie nauczania religii (zawarte w artykule 12 konkordatu polskiego) w szkołach publicznych, którymi również są szkoły przy szpitalach dziecięcych, „nie przyznają Kościołowi żadnego przywileju. Wysuwane przez przeciwników ratyfikacji konkordatu zarzuty, jakoby gwarancje nadawały państwu charakter wyznaniowy (katolicki), wynikają z braku zrozumienia aksjologii konkordatów posoborowych. Podczas gdy konkordaty przedsoborowe gwarantowały nauczanie religii katolickiej w szkołach publicznych jako religii państwowej, to konkordaty posoborowe gwarantują katolikom nauczanie religii katolickiej w szkołach publicznych z innej racji, tj. poszanowania prawa rodziców do wychowania swoich dzieci zgodnie ze swymi przekonaniami. Dlatego państwo demokratyczne, przy użyciu porównywalnych instrumentów prawnych, jednocześnie zapewnia takie same możliwości nauczania religii lub etyki rodzicom innych wyznań religijnych oraz niewierzącym”[110].

6. Obowiązek współpracy opiekunów medycznych z kapelanem szpitalnym

W warunkach szpitalnej opieki nad chorym jawi się problem istnienia obowiązku współpracy służby zdrowia z duszpasterzem szpitala (lub duchownym innego wyznania), we wspólnej opiece religijno-moralnej nad chorym. H. von Urs Balthasar wyjaśnia różnoraką relację obu stron do tego zobowiązania. Według niego „kapłan posiada przede wszystkim obowiązek głoszenia wierzącym ewangelicznego orędzia, wyjaśniania go i świadczenia o nim całym swoim życiem (jest to funkcja pasterska), człowiek zaś świecki kontynuuje owo przepowiadanie w świecie w ten sposób, że poprzez swój własny przykład i uzasadnianie własnej wiary (1P 3,15) przekazuje on na zewnątrz, w niechrześcijańskie środowisko, świadectwo o prawdzie, którą otrzymał wewnątrz Kościoła. Trzeba bardzo poważnie zrelatywizować pogląd, według którego misja byłaby przede wszystkim domeną kleru, a nie ma być również zadaniem ludzi świeckich. Tak jest, zarówno Pismo Święte, historia Kościoła, jak i szczególnie dzisiejsza sytuacja chrześcijaństwa, każą myśleć o proklamacji Ch. Péguy (1873-1914) «My wszyscy jesteśmy na froncie»”[111].

---

giczne” 47(2000) z. 6, ss. 123-141.

[107] W. Adamczewski, art. cyt., s. 34-35.

[108] W. Chrostowski, *Duchowe aspekty paliatywnej opieki pediatrycznej,* „Collectanea Theologica” 69(1999) nr 3, ss. 101-116.

[109] W. Adamczewski, art. cyt., s. 34.

[110] J. Krukowski, *Gwarancje dotyczące wolności w dziedzinie wychowania i nauczania,* „Ateneum Kapłańskie” 88(1996) z. 1(524), s. 41.

[111] H. Urs von Balthasar, *Czy świeccy są w Kościele?,* art. cyt., s. 12.

Jan Paweł II wyjaśnia, że „współpraca ma oczywiście uwzględniać granice wyznaczone przez sakrament oraz przez odmienność charyzmatów[112] i funkcji”[113]. Wymaga ona od personelu medycznego, duchowego przygotowania, a w sytuacji kiedy są oni niewierzący, przezwyciężenia uprzedzeń. „Wprawdzie w pewnych sytuacjach możliwa jest daleko posunięta «sympatia», czyli współodczuwanie osób podzielających z gruntu odmienne światopoglądy i przekonania religijne, ale są to zazwyczaj wyjątki potwierdzające regułę, że [...] chorzy powinni przebywać w otoczeniu, które rozumie i podziela ich filozofię i postawy życiowe”, spostrzega W. Chrostowski[114].

Papieska Rada „Cor Unum” dostrzega, że potrzeba „stałej bliskości kapelana w ciągu całego przebiegu choroby ma w tej sprawie zasadnicze znaczenie. Jego misja wyznacza mu rolę uprzywilejowaną w stopniowym przygotowaniu na śmierć. Niewątpliwie pozostaje aż do samego końca obowiązek wierzenia w skuteczność „ex opere operato” sakramentów (pojednania, wiatyku, sakramentu chorych) i ich udzielenia warunkowego w przewidzianych przypadkach. Jednakże nagłe pojawienie się kapłana dopiero w ostatnim momencie znacznie utrudnia, a niekiedy uniemożliwia wypełnienie jego posługi. Kapelan szpitalny będzie więc starał się tworzyć klimat zaufania poprzez ciągłe kontakty z chorymi, przede wszystkim w środowisku katolików słabo praktykujących lub obojętnych. [...] Nadto nie jest czymś zbytecznym nalegać, aby przynajmniej szpitale katolickie i katolicki personel medyczny zostawili należytą przestrzeń dla kapelana, zarówno jeśli chodzi o jego udział w decyzjach zespołu medycznego, jak i jego kontakty z chorym”[115].

Obowiązkiem personelu medycznego jest powiadomienie kapelana o chorych wymagających jego opieki duszpasterskiej. Jeśli jest on duchownym nie pracującym na stałe w szpitalu, powinni również zapoznać go ze zwyczajami panującymi w oddziale, jak również z problemami jego podopiecznych. Lekarz zobowiązany jest uprzedzić kapelana o chorych terminalnie, aby on niosąc im pociechę duchową, nie dawał złudnej nadziei na powrót do zdrowia[116]. Od życzliwości opiekunów medycznych i sposobu psychicznego przygotowania chorego do wizyty duszpasterskiej, w dużym stopniu zależy jej powodzenie. Opiekujący się bliskim śmierci, powinien szczególnie dbać o możliwość częstych odwiedzin duszpasterskich. Tym bardziej, że w opinii 47 procent ankietowanego personelu, ksiądz jest najbardziej powołaną osobą, by być przy chorym w jego ostatnich chwilach, stwierdza J. Binnebesel[117].

Rozważając temat obowiązku opieki religijnej nad chorym ze strony służby zdrowia, należy podkreślić, że wynika on z jej specyficznej, służebnej funkcji, którą spełnia wobec niego. Choć obowiązek ten zaliczany jest do zawodowej powinności, która ma charakter warunkowy, to w aspekcie

---

[112] Charyzmaty „to nazwa biblijna użyta przez św. Pawła na oznaczenie szczególnych darów (od greckiego «charis» - łaska, dar), jakimi Duch Święty ubogaca Kościół, Mistyczne Ciało Chrystusa w jego członkach. Paweł Apostoł ukazuje różnorodność tych darów, ale kładzie nacisk na te, które przez swą nadzwyczajność (cudowność) mogą szczególnie wydatnie służyć duchowemu dobru wspólnot chrześcijańskich. Charyzmatycy mieli służyć dobru społecznemu (por. l Kor 12, 7), mieli budować wspólnotę Kościoła (por. l Kor 14, 12). Otrzymany od Ducha Świętego dar stanowił jednocześnie zadanie. Jest to istotny aspekt charyzmatów w nauczaniu Św. Pawła. Skierowanie do służby społecznej ukazuje on często przy wyliczaniu poszczególnych charyzmatów (por. Rz 12,6-10; 14, 1-33; Ef 4,7-13). [...] Charyzmaty mają znamię daru Bożego związanego z powołaniem, zawierają się w nim i umożliwiają jego wypełnienie. W darach charyzmatycznych działa Duch Święty w sposób bardzo zróżnicowany. Każdy otrzymuje swój dar, bo Duch Święty potrafi tworzyć ze swego nieskończonego bogactwa miłości różne dary”. – S. Olejnik, *Powołanie chrześcijańskie…*, dz. cyt., s. 112.

[113] Jan Paweł II, *Ku wspólnemu budowaniu Kościoła. Przemówienie do uczestników sympozjum „Udział wiernych świeckich w duszpasterskiej posłudze kapłanów”,* OsRomPol. 15(1994) nr 8(165), ss. 22.

[114] W. Chrostowski, *Duchowe aspekty paliatywnej opieki pediatrycznej,* „Collectanea Theologica” 69(1999) nr 3, s. 104.

[115] Papieska Rada „Cor Unum”, dok. cyt., s. 447.

[116] M. Kalinowski, *Posługa kapelanów hospicyjnych wśród chorych w terminalnym stadium choroby nowotworowej,* „Studia Warmińskie” 37(2000), s. 566-567.

[117] J. Binnebesel, *Kapelan na oddziale pediatryczno-onkologicznym,* „Przegląd Powszechny” (2001) nr 11, s. 238.

moralnym i w tym sensie jest bezwarunkowy. Stąd też ujmując rzecz ogólnie, „przez obowiązek rozumie się takie zobowiązanie człowieka, którego on doświadcza w obliczu pierwotnej alternatywy moralnej między dobrem a złem, a konsekwentnie wobec wyboru między postępowaniem moralnie słusznym a moralnie niesłusznym. Doświadczenie moralne mówi człowiekowi, że dobro powinien spełnić, zaś zła powinien unikać. Obowiązkiem człowieka jest zatem czynić dobro”[118]. Do takiego właśnie obowiązku należy troska o życie, zdrowie i opiekę religijną chorego[119].

Niewypełnienie powinności medycznej i religijnej wobec chorego, która zobowiązuje w sumieniu, powoduje winę moralną. „Kategoryczność imperatywu moralnego i bezwarunkowość powinności moralnej wyklucza jakąkolwiek możliwość zwolnienia człowieka i jego wolności od tego wewnętrznego imperatywu”[120]. Obowiązek natomiast prawny, nakazany przez prawo państwowe i wynikający z niego regulamin szpitala, nabywa charakteru moralnego w momencie, „gdy człowiek poznaje i uznaje w sumieniu powinność nakazanego czynu jako obowiązek wewnętrzny”[121]. S. Olejnik dodaje, że w chrześcijańskiej moralności prawo państwowe jest usprawiedliwione i uznane za potrzebne, jeśli jest zgodne z prawem Bożym. Wówczas jest ono obowiązujące w sumieniu. Oprócz zgodności z prawem Bożym istnieją jeszcze inne warunki, które muszą spełnić przepisy normujące postępowanie służby zdrowia, aby stały się obowiązującą w sumieniu normą. „Ustala je już św. Izydor Sewilski (560-636), a za nim dekret Gracajana (359-383), św. Tomasz z Akwinu (1225-1274) i wielu innych chrześcijańskich myślicieli i teoretyków prawa”. Według nich prawo państwowe powinno być godziwe, sprawiedliwe, prawdziwie potrzebne i możliwe do wypełnienia[122].

W środowisku służby zdrowia istnieje opinia, że „często dochodzi do kolizji obowiązków, czyli do zaistnienia sytuacji takich zobowiązań jednej i tej samej osoby, które zasadniczo lub przynajmniej w danym momencie czasu wykluczają się nawzajem, przy czym równocześnie są uznawane przez tę osobę za wiążące”[123]. Mamy do czynienia z nią i w przypadku zobowiązań religijnych wobec chorego. Często spotykaną w szpitalu sytuacją jest m.in. obowiązek podjęcia czynności ratujących życie i przywołanie kapłana do umierającego. „Taki pogląd przyjmuje się w etyce, która nie uznaje hierarchii prawd moralnych, to jest ocen (wartości) i norm, tak że w przypadku ich stosowania dochodzi do konfliktu między wieloma normami. [...] Etyka rozwiązuje taki «konflikt» na rzecz dobra wyższego i mocniej uzasadnionego obowiązku”. Podjęcie decyzji przez opiekuna medycznego, który obowiązek i wybór moralny w konkretnej sytuacji jest najważniejszy, jest funkcją i zadaniem sumienia. „Jego osąd i decyzja musi uwzględniać okoliczności czynu obowiązkowego, to jest pewne dodatkowe kryteria, które bliżej określają, co tu i teraz jest jedynym obiektywnym obo-

[118] H. Jaros, *Obowiązek, w: Słownik teologiczny,* dz. cyt., s. 351-352; por. W. Granat, *Personalizm chrześcijański. Teologia osoby ludzkiej,* Poznań 1985, s. 389; A. Böhm, *Wszyscy mówią o prawach, my mówimy o obowiązkach,* w: *Moralność chrześcijańska,* red. P. Góralczyk, Poznań-Warszawa 1987, t. II, s. 252-269.

[119] J. Wróbel, *Odpowiedzialność za życie i zdrowie,* w: *Być chrześcijaninem dziś. Teologia dla szkół średnich,* red. M. Rusecki, Lublin 1994, ss. 351-363.

[120] Jaros H., *Obowiązek,* art. cyt., s. 351-352.

[121] Tamże.

[122] S. Olejnik, *Powołanie chrześcijańskie…,* dz. cyt., t. I, s. 229; por. J. Kowalski., *Sprawiedliwość społeczna u podstaw skutecznej ewangelizacji,* w: *Ad libertatem in veritate,* art. cyt., ss. 427-438; M.D. Chenu, *Vox populi – vox Dei. Opinia publiczna w Ludzie Bożym,* „Znak” 20(1968), ss. 1-14.; D. Composta, Prospettive per una teologia del diritto, Sal 29(1967) nr 1, ss. 28-69; F. Greniuk, *Teologia moralna wobec Kodeksu prawa kanonicznego,* „Roczniki Teologiczno Kanoniczne” 31(1984) z. 3, ss. 19-36; P. Kosmol, *Geneza współczesnej problematyki prawa i moralności,* „Chrześcijanin w Świecie” 15(1983) nr 9, ss. 56-67; W. Łączkowski, *Jaką wartością jest prawo,* „W drodze” (1993), nr 6, ss. 61-69; M. Myrcha, *Niezbędność prawa,* „Życie i Myśl” 26(1976) nr 3, ss. 24-29; R. Sobański, *Norma kanoniczna - norma etyczna,* „Collectanea Theologica” 54(1984) nr 3, ss. 5-10.

[123] S. Olejnik, *Powołanie chrześcijańskie..,* dz. cyt., t. I, s. 229.

wiązkiem, to znaczy obowiązkiem bezwarunkowym spośród wielu innych obowiązków warunkowych”[124].

7. Obowiązek apostolstwa ze strony wierzącej służby zdrowia

Powołanie do apostolstwa obejmuje wszystkich chrześcijan, a więc także pracowników służby zdrowia. Przypomina o tym Leon XIII: „Kościół w żaden sposób nie może zrezygnować z obowiązku, który nań Bóg nałożył, a który mu każe występować, wprawdzie nie w sprawach techniki życia społeczno-gospodarczego, bo do tego nie ma ani środków odpowiednich, ani powołania, ale w tych wszystkich sprawach, które mają związek z moralnością”[125]. Zakorzenione jest ono w sakramencie Chrztu Św. Od czasów Piusa XI i powołanej przez niego Akcji Katolickiej[126], nieustannie pogłębiana jest refleksja na temat odpowiedzialności ochrzczonych za Kościół, w wymiarze osobistym oraz wspólnotowym, spostrzega J. Michalik[127]. Jan XXIII uczy, że „Kościół domaga się pomocy przede wszystkim od katolików świeckich, którzy w tym celu powinni podejmować swe doczesne zajęcia tak, by swe obowiązki wobec innych pełnić w łączności duchowej z Bogiem przez Chrystusa i przyczyniać się przez to do większej chwały Bożej, jak tego uczył św. Paweł Apostoł: «Przeto czy jecie, czy pijecie, czy cokolwiek innego czynicie, wszystko na chwałę Bożą czyńcie» (1 Kor 10,31)”[128]. Paweł VI przypomina, że „nikomu nie wolno obojętnie patrzeć na dolę swoich braci [...] . Niech te cierpienia wzruszą serce każdego chrześcijanina na podobieństwo Chrystusa mówiącego «żal mi ludu»(Mk 8,2)”[129]. J. Nagórny argumentuje, że tylko „miłość pozwala zrozumieć, co to znaczy, że człowiek jest «zadany» drugiemu człowiekowi przez Boga. Miłość i wspólnota pozwalają z kolei zrozumieć, że życie i zdrowie, pozostając nade wszystko wartością poszczególnych osób, są także wartością społeczną, wpisują się więc w kategorię dobra wspólnego”[130].

Jan Paweł II uważa, że konieczność apostolstwa wynika również z tego, że „ człowiek w całej prawdzie swego istnienia i bycia osobowego i zarazem «wspólnotowego», i zarazem «społecznego», w obrębie własnej rodziny, w obrębie tylu różnych społeczności, środowisk, [...] w obrębie całej ludzkości, ten «człowiek» jest pierwszą drogą, po której winien kroczyć Kościół w wypełnianiu

---

[124] Tamże; por. J. Kowalski, *Etyka katolicka wobec poczynań inżynierii genetycznej,* „Częstochowskie Studia Teologiczne” 15-16(1987-1988) ss. 115-130.

[125] Leon XIII, Encyklika „Rerum novarum”…, dok. cyt., s. 77; por. J. Kowalski, *Praca realizacją powołania chrześcijańskiego do uczestnictwa w zbawczych planach Bożych. Wychowanie w miłości i w prawdzie,* „Biuletyn Nauczycielski” 17(1984) nr 165-167, ss. 55-64.

[126] „Do osiągnięcia tego wysokiego i niezmiernie szlachetnego celu i do trwałego zabezpieczenia dobra ogółu za jego pośrednictwem, trzeba naprzód i przede wszystkim błogosławieństwa Bożego, a dalej współpracy wszystkich ludzi dobrej woli. Jesteśmy przekonani, że cel ów - co wynika z poprzednich wywodów - tym pewniej będzie osiągnięty, im większy w tym dziele będzie udział ludzi z doświadczeniem technicznym, zawodowym i społecznym, i co jeszcze ważniejsze, im głębszy będzie na nie wpływ katolickich zasad i lepsze ich zastosowanie. Ostatnie to zadanie wprawdzie nie należy do Akcji Katolickiej (ponieważ Akcja Katolicka nie prowadzi właściwej działalności zawodowo-organizacyjnej lub politycznej), ale do tych naszych Synów, którzy w Akcji Katolickiej otrzymują wyszkolenie w katolickich zasadach i przygotowanie do wykonywania apostolstwa pod kierunkiem i według nauki Kościoła. Według nauki Kościoła, mówimy: albowiem Kościół i na tym polu, jak wszędzie tam, gdzie w grę wchodzą sprawy moralności, nie może zapomnieć lub zaniedbać swego obowiązku czuwania i nauczania, który mu Bóg powierzył”. – Pius XI, *Encyklika „Quadragesimo anno”…*, dok. cyt., s. 89.

[127] J. Michalik, *Świat podstawowym polem działalności świeckich,* „Ateneum Kapłańskie” 85(1993) z. 1(506), s. 53.

[128] Jan XXIII, Encyklika „Mater et Magistra”..., dok. cyt., s. 266.

[129] Paweł VI, Encyklika „Populorum progressio”…, dok. cyt., s. 413.

[130] J. Nagórny, *Społeczny charakter troski o życie i zdrowie,* art. cyt., s.12.

swojego posłannictwa, jest pierwszą i podstawową drogą Kościoła, drogą wyznaczoną przez samego Chrystusa, drogą, która nieodmiennie prowadzi przez Tajemnice Wcielenia i Odkupienia”[131].

Stąd też w wypełnianiu zadań Kościoła pośród chorych podstawową rolę, choć nie wyłączną, odgrywają świeccy chrześcijanie, lekarze, pielęgniarki i personel pomocniczy. Kościół naucza, że na wierzących członkach służby zdrowia spoczywa nie tylko obowiązek spełnienia prośby chorego o posługę medyczną i religijną dla niego, ale również apostolstwo[132]. Zobowiązanie to niekiedy może wymagać heroizmu, zwłaszcza w przypadku obrony życia ludzkiego. Dlatego powinni oni „starać się szerzyć światło żywota z całą odwagą i z całym męstwem apostolskim, aż do wylania krwi” (DWR 14)[133].

W nauczaniu Soboru Watykańskiego II wyraźnie zarysowane są zadania laikatu w Kościele (KDK 43). „Zadaniem ludzi świeckich, z tytułu właściwego im powołania[134], jest szukać Królestwa Bożego zajmując się sprawami świeckimi i kierując nimi po myśli Bożej. Żyją oni w świecie, to znaczy pośród wszystkich razem i poszczególnych spraw i obowiązków świata, i w zwyczajnych warunkach życia rodzinnego i społecznego, z których niejako utkana jest ich egzystencja. Tam ich Bóg powołuje, aby [...] przyczyniali się do uświęcenia świata na kształt zaczynu, od wewnątrz niejako” (KK 31).

Do wierzącego personelu medycznego należy kształtowanie środowiska służby zdrowia w duchu chrześcijańskim. Cz. Strzeszewski snuje refleksję, że „o ile w dziedzinie czysto kościelnej laikat ma spełniać rolę pomocniczą, to w dziedzinie oddziaływania na świat, niejako na froncie działalności Kościoła, stoi on w pierwszym szeregu”[135]. Dlatego są oni niezastąpieni w opiece szpitalnej. Ich misja zawiera w sobie szereg nakazów moralnych, nakazów działalności człowieka, wypływających nie tylko z prawa naturalnego, lecz i objawionego. Zanim jednak podejmą oni swoje obowiązki wynikające z Ewangelii, powinni je dobrze poznać. Zobowiązania wobec chorego zostały wyraźnie ukazane na płaszczyźnie etyki zawodowej[136]. Należy jednak zastrzec, że apostolstwo „nie może się odbywać przez wywieranie presji i odwoływania się do jakiejkolwiek przemocy”, spostrzega Cz. Parzyszek[137]. Przed taką postawą przestrzega również J. Wal. Uważa on, że „nawet tam, gdzie aktywność pastoralna ma swoją dynamikę wynikającą z gorliwości w wierze, może dojść do deformacji moralnej tejże aktywności. Typowym przejawem takiej deformacji byłaby postawa prozelicka. W prozelityzmie mamy zwykle do czynienia z jakąś formą dominacji lub instrumentalnego traktowania ludzi. Nawet jeśli się jest dla innych życzliwym, troszcząc się o ich zbawienie, to w konsekwencji traktuje się ich jako wierzących «drugiej kategorii»„[138]. A przecież apostolstwo „domaga się szukania sprzymierzeńców i aktywizacji pastoralnej ludzi. Postawa uczniów Chrystusa zawarta w wypowiedzi św. Jana: «Nauczycielu, widzieliśmy kogoś, kto nie chodzi z nami, jak w Twoje imię wyrzucał złe duchy, i zabranialiśmy mu, bo nie chodził z nami» (Mk 9,38), nie jest postawą otwartą, dlatego została zganiona przez Zbawiciela”[139]. Skoro tak się rzecz ma, pracownicy służby

---

[131] Jan Paweł II, *Encyklika „Redemptor hominis”,* dok. cyt., nr 14; por. J. Kowalski, *Refleksje moralisty na marginesie „Redemptor hominis”,* „Ruch Biblijny i Liturgiczny” 32(1979), ss. 336-340.

[132] KPSZ nr 48; por. J. Kowalski, *Udział świeckich w pastoralnej posłudze Kościoła w krajach zachodnioeuropejskich,* „Sosnowieckie Studia Teologiczne” 4(1999), ss. 139-160.

[133] J. Wróbel, *Wezwanie do uczestnictwa w życiu społecznym,* „Ethos” 4(1991) nr 11-12, ss. 479-485.

[134] „Z racji odrodzenia w Chrystusie wszyscy wierni są równi co do godności i działania, na skutek czego każdy, zgodnie z własną pozycją i zadaniem współpracuje w budowaniu Ciała Chrystusowego”. – KPK kan. 208.

[135] Cz. Strzeszewski, *Chrześcijanin świecki w życiu społecznym i gospodarczym,* „Communio” 1(1981) nr 6, s. 46.

[136] P. Góralczyk, *Świecki chrześcijanin w życiu zawodowym,* tamże, ss. 56-64.

[137] Cz.. Parzyszek, *Świecki chrześcijanin w świecie,* tamże, s. 40-41.

[138] J. Wal, *Moralne aspekty aktywności pastoralnej,* w: *Śladami Boga i Człowieka. Księga pamiątkowa ku czci ks. prof. dra hab. Jana Kowalskiego,* red. J. Orzeszyna, Kraków 2000, s. 424.

[139] Tamże, s. 423.

zdrowia są „zobowiązani do współpracy i to bez żadnych niedomówień, w tworzeniu nowej sytuacji kulturalnej i nowego humanizmu", spostrzega J. Kowalski[140].

Jan Paweł II uzasadnia obowiązek apostolstwa. „Misja ta nie jest jakimś dodatkiem do chrześcijańskiego powołania. Przeciwnie, jak przypomina Sobór Watykański II, «powołanie chrześcijańskie jest ze swej natury powołaniem do apostolstwa» (DA 2). Chrystusa należy głosić świadectwem życia i słowem"[141]. Chrześcijanin dojrzały w sensie ewangelicznym winien odczuwać potrzebę odpowiedzenia na „transcendentne wezwanie, które ukonkretnia się w cierpiącym i wzywającym obliczu pacjenta powierzonego konkretnym zabiegom". Jest on zobowiązany do dania świadectwa o Chrystusie w każdych okolicznościach i sytuacji, a zwłaszcza wobec chorego[142]. Sobór Watykański II szczególnie docenia wartość osobistego świadectwa: „Apostolstwo indywidualne, którego przeobfitym źródłem jest życie prawdziwie chrześcijańskie (por. J 4,14), stanowi początek i warunek wszelkiego apostolstwa świeckich, również zrzeszonego, i nie można go niczym zastąpić" (DA 16).

Papież przypomina, że „od Hipokratesa po miłosiernego Samarytanina, od sumienia kierowanego rozumem po rozum oświecony przez wiarę, wszystko to powinno prowadzić do głoszenia jednej Ewangelii życia"[143]. Posługa personelu medycznego jest bowiem „służebnym narzędziem rozprzestrzeniającej się miłości Bożej wobec człowieka cierpiącego. Jest równocześnie dziełem miłości wobec Boga, który ukazuje się w pełnej miłości trosce o człowieka. [...] Zawód, powołanie i misja spotykają się ze sobą, a w chrześcijańskiej wizji życia i zdrowia integrują się ze sobą. W tym świetle działalność medyczno-sanitarna nabiera nowego i wzniosłego znaczenia jako «służba życiu» i «posługa leczenia»"[144]. Jej przepowiadanie i jej obrona „nie są niczyim monopolem, ale zadaniem i odpowiedzialnością wszystkich"[145]. Stąd też wezwanie służby zdrowia do apostolskiej odpowiedzialności za chorego[146].

E. Weron zauważa, że „ze względu na stopień poczucia tej odpowiedzialności przyjmuje się rozróżnienie na «dojrzały» i «niedojrzały» laikat kościelny. [...] Apostolskie zaangażowanie ludzi świeckich zależy od świadomości ich powołania". Stąd też uwidacznia się potrzeba pogłębienia chrześcijańskiej motywacji troski o chorego[147].

Jan Paweł II zwraca uwagę, że „dogłębna refleksja nad zjawiskiem choroby i cierpienia stawia nas zawsze wobec pytań, które wykraczają poza obręb medycyny, dotykając istoty kondycji ludzkiej na tym świecie. Łatwo więc zrozumieć, jak ważną rolę w dziedzinie opieki społecznej i zdrowotnej odgrywa nie tylko obecność duszpasterzy, ale także personelu medycznego, który mając integralnie ludzką wizję choroby, potrafi w konsekwencji zbliżać się do chorego, cierpiącego człowieka, zachowując wobec niego w pełni ludzką postawę"[148]. Toteż, aby opiekunowie medyczni mieli świadomość odpowiedzialności zobowiązań wobec chorego, Papież powołuje Komisję do

---

[140] J. Kowalski, *Współczesne wyzwania stawiane teologii moralnej*, dz. cyt., s. 211.

[141] Tenże, *Jesteście świadkami Chrystusa w nowym tysiącleciu. Przesłanie do uczestników Światowego Kongresu Katolików Świeckich w Rzymie,* OsRomPol. 22(2001) nr 2(230), s. 40.

[142] KPSZ nr 3.

[143] Jan Paweł II, *Powołani do budowania cywilizacji miłości. Przemówienie do uczestników X Międzynarodowej Konferencji zorganizowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia,* OsRomPol. 17(1996) nr 2(180), s. 36.

[144] KPSZ nr 4.

[145] EV nr 91.

[146] J. Kowalski, *Personalistyczny wymiar pracy w świetle nauczania papieża Jana Pawła II, Częstochowskie* „Studia Teologiczne" 12-13(1984-1985), ss. 331-341.

[147] E. Weron, *Świecki chrześcijanin w Kościele,* „Communio" 1(1981) nr 6, s. 20-21.

[148] Jan Paweł II, *List apostolski „Motu proprio" ustanawiający Papieską Komisję Duszpasterstwa Pracowników Służby Zdrowia „Dolentium hominum",* dok. cyt. s. 24. „Życie i zdrowie fizyczne są cennymi dobrami powierzonymi nam przez Boga. Mamy się o nie rozsądnie troszczyć, uwzględniając potrzeby drugiego człowieka i dobra wspólnego". – KKK nr 2288.

spraw Duszpasterstwa Służby Zdrowia, która otrzymuje później rangę Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Pracowników Służby Zdrowia[149].

Zadaniem duszpasterstwa jest pomoc we wzroście autentycznej wiary i prawdziwego zmysłu moralnego rozwijającego się w łączności z Bogiem[150]. M. Gogacz uważa, że apostolstwo jest możliwe tylko wówczas, jeśli personel medyczny poszukuje prawdy. Trzeba być w „relacjach z Bogiem, aby spełniać zadania apostołowania. Trzeba być w relacjach z ludźmi, aby przez prawdę i dobro oraz swoją realność kierować ich do realności Boga, pośredniczyć w spotkaniu, które czyni ludzi, kochających Chrystusa, Jego mistycznym ciałem"[151]. Do zrozumienia treści tych prawd, aby potem móc służyć choremu, przygotowuje codzienne czytanie czasopism i książek religijnych, Pisma Św. oraz modlitwa. Ta droga stopniowo prowadzi do postawy, która jest autentycznym świadectwem o Chrystusie wobec chorego. Wydaje się, że to proste i skuteczne przygotowanie do apostolstwa zostało w dużej mierze zaniedbane[152]. Stąd też J. Majka, pisząc o etyce pracy zawodowej, jest głęboko przekonany o wartości modlitwy, która jest pierwszym środkiem apostolskim. „Modlić się pracą, to także modlić się przy pracy, to znaczy świadomie odnosić do Stwórcy i bliźnich nasze czynności i ich wyniki, ale także przeżywać nasze słabości, trud naszej pracy, jako uczestnictwo w zbawczym dziele Chrystusa"[153].

J. Wal wyróżnia trzy czynniki, które mają wpływ na skuteczność apostolstwa. Są nimi „błogosławieństwo Boże, ukierunkowanie aktywności pastoralnej po linii autentycznego dobra i metodyczność postępowania"[154]. Jan Paweł II uczy, że prawdziwe apostolstwo buduje się „ w mocy Ducha Świętego"[155]. Temu ma służyć stała formacja personelu medycznego w dziedzinie moralności i etyki[156]. Nie może on być pozostawiony sam sobie i obciążony odpowiedzialnością wobec coraz bardziej złożonych problemów medycznych. Papieska Rada „Cor Unum" dostrzega trudność oddzielenia aspektów naukowych zawodu lekarza od jego wymiarów etycznych. „Zadaniem lekarza jest doprowadzenie do dojrzałości swoją decyzję, odnoszącą się do obiektywnych kryteriów moralnych. Winien on zatem znać je i być przygotowanym do ich zastosowania w konkretnych sytuacjach. Nauczanie etyki i kodeksów deontologicznych winno stanowić integralną część formacji personelu medycznego i sanitarnego"[157]. Stąd też Jan Paweł II zachęca, aby w szpitalach uniwersyteckich, i nie tylko, organizowano „komitety etyczne". Dzięki nim kompetencje zawodowe lekarza, w połączeniu z ich oceną etyczną, chronią godność chorego i odpowiedzialność personelu za życie, zdrowie i stan religijny chorego[158].

---

[149] Jan Paweł II, *List apostolski „Motu proprio" ustanawiający Papieską Komisję Duszpasterstwa Pracowników Służby Zdrowia „Dolentium hominum",* dok. cyt. s. 24.

[150] M. Kalinowski, *Formacja religijna pracowników służby zdrowia,* „Studia Warmińskie" 33(1996), ss. 103-119.

[151] M. Gogacz, *Warunki skutecznego apostolstwa,* „Communio" 1(1981) nr 6, s. 121-122.

[152] Tamże.

[153] J. Majka, *Rozważania o etyce pracy,* Wrocław 1986, s. 121.

[154] J. Wal, *Moralne aspekty aktywności pastoralnej,* art. cyt., s. 421

[155] Jan Paweł II, *Posynodalna Adhortacja apostolska „Pastores dabo vobis". O formacji kapłanów we współczesnym świecie,* Watykan 1992, nr 57.

[156] M. Kalinowski, *Wskazania Kościoła dotyczące duszpasterstwa pracowników służby zdrowia,* „Roczniki Teologiczne" 42(1995) z. 6, ss. 27-41.

[157] Papieska Rada „Cor Unum", dok. cyt., ss. 448-449.

[158] Jan Paweł II, *Encyklika „Veritatis splendor",* dok. cyt. nr 3; por. EV nr 4; KPSZ nr 9; por. J. Kowalski, *Opieka religijna nad chorymi,* w*: Konferencje. Opieka paliatywna i hospicyjna „Quo vadis". Hospicjum w służbie umierającym,* Częstochowa 2002, ss. 150-158.

ZAKOŃCZENIE

Przełom XX i XXI wieku charakteryzuje ogromny postęp nauk medycznych. Jednocześnie niepokoi fakt jej dehumanizacji. Przekonanie takie wyrażają m.in. lekarze o najwyższym autorytecie fachowym i moralnym. Toteż apelują oni, aby medycyna wróciła do tradycji, kiedy chory był dla niej podmiotem jej działań, zaś w lekarzu, oprócz wiedzy szczególnie ceniono człowieczeństwo. Leży im także na sercu odpowiedzialność służby medycznej za życie chorego, który ma do niego niezbywalne prawo.

Jak wykazuje rozdział pierwszy rozprawy, inspiracje do obecnej nauki o podstawowych i niezbywalnych prawach człowieka, w które wpisuje się stojące na ich czele prawo do życia, dają przepisy praw cywilnych ustanowionych w wieku XVII i XVIII (Stany Zjednoczone) oraz przemiany dokonane w czasie społecznej rewolucji drugiej połowy XIX wieku. W latach czterdziestych i pięćdziesiątych ubiegłego, (XX) stulecia, jawią się prawne regulacje międzynarodowe, które potwierdza Powszechna Deklaracja Praw Człowieka Organizacji Narodów Zjednoczonych (1948). Akceptację uzyskują prawa dotychczas pomijanej społeczności chorych, wyraźnie wyodrębnione i uszczegółowione (prawo wyboru leczenia, tajemnica zawodowa). Kościół w całej pełni je przyjmuje, wskazując na prawo naturalne, na Pismo Święte, Tradycję i własne nauczanie.

Jednocześnie uczeni dyscyplin medycznych dochodzą w swych badaniach do wniosku, jak wielkie zmiany w psychice człowieka, a szczególnie małego dziecka, dokonuje cierpienie. W długotrwałym procesie leczenia w sposób nieunikniony powstają napięcia, na które zwraca uwagę rozdział drugi, ujawniające się na płaszczyźnie biologicznej, psychicznej i społecznej. Psychologowie obserwują związek pomiędzy przeżyciami psychicznymi a zapadalnością na poszczególne choroby. Dla nich choroba jest procesem nie tylko biologicznym, dotyczącym chorych narządów, lecz ogarnia całą osobę i jej najgłębsze „ja". Cierpienie zmusza chorego do nauczenia się przezwyciężania samego siebie. Zanim jednak nabędzie on „umiejętności" chorowania, przechodzi przez trudne i niebezpieczne etapy kolejnych doświadczeń wewnętrznych.

Wyniki badań wykazują, że do zdrowia szybciej wracają chorzy współpracujący z zespołem leczącym i posiadający silną motywację. Jednak dla niektórych choroba jest sposobem rozwiązania problemu, z którym nie umieją sobie poradzić. Czasem nie chcą oni wyzdrowieć, ponieważ choroba daje im bezpieczny azyl od trudności, jakie niesie życie. Refleksje te stanowią treść rozdziału trzeciego. Obejmują one też kwestię trudności związanych ze sposobem informowania chorego oraz wzajemnych relacji służby zdrowia i chorego. Mają one bowiem istotny wpływ na postawę wobec jego własnych przeżyć. Pomoc ze strony personelu medycznego oraz bliskich, ułatwia mu zgodę na własną chorobę i na zmniejszenie lęku przed śmiercią, jeśli jest to choroba nie do przezwyciężenia. Rozmowa lekarza z chorym, jak wykazują obecne badania, jest nieodłącznym elementem terapii, a nie tylko źródłem informacji o jego chorobie. Jest w niej ukryta siła sugestii, która wzmacnia motywację jego współpracy z zespołem leczącym i opiekującym się nim. Z drugiej strony informacja o chorobie, do jakiej ma prawo chory, ma swoich zwolenników i przeciwników, gdy chodzi o wyjawienie mu pełnej prawdy. Etyka katolicka i deontologia opowiada się za pełną prawdą. Nie można jednak jej absolutyzować. Istnieje bowiem możliwość niewłaściwej diagnozy a potem oceny sytuacji chorego. Nie ma też sprawdzonych sposobów przekazywania prawdy o chorobie.

W każdą chorobę wpisuje się cierpienie i ból. Mają one wielorakie płaszczyzny. Medycyna współczesna zna wiele skutecznych środków pomagających opanować ból. Problem ten podejmuje rozdział czwarty. Wskazuje przy tym, że ich stosowanie, zwłaszcza w terminalnej fazie choroby, nie jest wolne od wątpliwości etycznych. Istnieje różnica między ograniczeniem albo zniesieniem bólu, a zadaniem choremu śmierci przez ich niewłaściwe stosowanie. W praktyce jednak nie zawsze jest rozstrzygające, kiedy zabiegi uśmierzające ból spowodują przyśpieszenie jego śmierci. Są one etycznie dozwolone tylko wówczas, gdy nie zmierzają wprost do utraty świadomości i wolności, a utrzymują się w granicach potrzeby klinicznej. Śmierć przy właściwym stosowaniu środków znieczulających oznacza, że chory nie był w stanie znieść leczenia. Zatem celem stosowania leczenia przeciwbólowego nie jest zadanie śmierci, ale uczynienie jego cierpienia bardziej ludzkim.

Z problemem uśmierzania bólu związana jest niewątpliwie kwestia śmierci klinicznej. Rodzi ona pytanie, do jakich granic możliwe i konieczne jest przedłużanie życia. Z punktu widzenia medycyny jest nią śmierć mózgu, nie zawsze jest to równoznaczne z podjęciem decyzji o odłączeniu chorego od aparatury podtrzymującej jego życie wegetatywne. Etyka katolicka i deontologia lekarska są zdania, że jest rzeczą ludzką i godziwą przerwanie stosowania „terapii uporczywej", jeżeli jej rezultaty zawodzą pokładane w niej nadzieje. Takim przypadkiem jest śmierć mózgu. Natomiast niedozwolone jest zaniechanie lub przerwanie zabiegów leczniczych, mających realną szansę powodzenia. Kościół taką postawę ocenia negatywnie, uważając ją za eutanazję bierną. Jeszcze bardziej godna potępienia z punktu widzenia etycznego jest eutanazja czynna, nawet dokonana na prośbę chorego. Czasem bowiem pozostaje tylko współczucie, jako wyraz solidarności z cierpiącym, którego bólu nie sposób złagodzić. Mimo wszystko rozwija się opieka paliatywna jako fizyczne i psychiczne wsparcie dla niego. Do takiego zaś wsparcia nie każdy posiada odpowiednie predyspozycje. Cierpienie chorego bowiem ma wpływ na psychikę bliskich, podobnie jak jego agonia i śmierć. Dotykają one najgłębszej sfery emocjonalnej i niosą wyczerpanie psychofizyczne. Ochrona przed taką sytuacją tkwi w pomocy udzielanej im ze strony służby medycznej i najbliższego otoczenia albo przyjaciół.

Każdy człowiek, jak podkreśla rozdział pierwszy i ostatni, posiada wpisane w swoje jestestwo jakieś przekonanie religijne. Tertulian († 220), pisarz starożytności chrześcijańskiej, pisze, że „dusza jest z natury chrześcijańską" (anima naturaliter christiana est). Rozumie to dobrze chrześcijaństwo od samego swego początku. Stąd Kościół bardzo wcześnie zakłada szpitale, hospicja i przytułki dla chorych. Przez powstające zakony, jak ukazuje rozdział piąty, troszczy się on nie tylko o ciało, ale i ducha. Od niedawna zakłady te są prawie całkowicie w rękach świeckich. Nie oznacza to rezygnacji z religijnej posługi choremu. Przewiduje ją prawodawstwo, nakładając na personel szpitalny obowiązek. Składa się on z wierzących i niewierzących. Podczas gdy do drugich należy spełnienie religijnych życzeń chorego lub najbliższych, to pierwsi wespół z duszpasterzem (kapelanem) szpitalnym podjąć powinni apostolstwo czynne, które posiada wielorakie oblicze i sposoby jego wykonania.

Problematyka związana zarówno ze współczesną medycyną, techniką medyczną, jak i sposobami pomocy choremu i jego najbliższym jest szeroka i wieloaspektowa. Każda z kwestii w niej zawarta ma swój aspekt etyczny. Z całą pewnością osobnej i to szerokiej refleksji domaga się miejsce deontologii i etyki naturalnej i chrześcijańskiej w studiach medycznych. Kwestia ta uwzględniana była w studiach medycznych w Polsce do lat pięćdziesiątych ubiegłego, tzn. dwudziestego stulecia. Od kilkunastu lat zagadnienie to powraca, choć wciąż domaga się pogłębienia i opracowania programu. Rozważania o potrzebie znajomości deontologii pisane, m.in. przez S. Olejnika, T. Ślipko, T. Kielanowskie-go, R. Szulca i K. Szewczyka to za mało.

W krajach zachodnioeuropejskich rozwija się na szeroką skalę pomoc hospicyjna dla chorych i ich rodzin. W Polsce robi się też wiele. Istnieje jednak potrzeba dokładniejszego określenia jej od strony medycznej i etycznej, co domaga się głębokiego przemyślenia.

Obok opieki hospicyjnej rozwija się w świecie także pomoc domowa chorym i bliskim. W Polsce jest ona jeszcze wciąż zbyt mała w stosunku do istniejących potrzeb. Oczekuje się na głębokie przemyślenie tego problemu ze strony etyczno-medycznej.

Obecnie wiele się pisze i robi dla tych, którzy stracili swoich bliskich. W ojczyźnie jest to jednak zagadnienie wciąż zbyt mało poznane przez personel medyczny (lekarze, pielęgniarki), a także duszpasterzy szpitalnych. Wyjątkiem są istniejące, w hospicjach i niektórych szpitalach, grupy wsparcia psychologicznego. Chodzi o pogłębienie, ze strony Kościoła w Polsce, działań duszpasterskich poprzez opracowanie wspólnego programu oraz stałą formację przyszłych kapelanów (nauczanie w seminariach, kursy specjalistyczne dla duszpasterzy szpitalnych).

Wydaje się, że wskazane kwestie są palące. Istnieje konieczność ich zauważenia, opracowania i realizacji.

MORAL ISSUES SURROUNDING HOSPITAL CARE BY MEDICAL PROFESSIONALS, BASED ON LITERATURE OF MEDICAL DEONTOLOGY AND CATHOLIC ETHICS

SUMMARY

The turn of the 20th century was characterized by an enormous progress in medical sciences. At the same time the dehumanization of medicine is disquieting and physicians of the highest professional and moral authority express this opinion. Hence their appeals to return to the tradition when the sick person was the subject of medical activities and apart from the knowledge, the humanity of physicians was in particularly high esteem. The authorities also pay particular care to the responsibility of medical service for the life of the sick having the fundamental right to it.

As shown in Chapter One of the present thesis the regulations of civil law introduced in the 17th and 18th century (United States of America) and transformations brought about by the social revolutions of the second half of the 19th century inspired the current consciousness of the basic and fundamental human rights. In the 1940-ties and 1950-ties of the 20th century international legal regulations appeared and were confirmed by the United Nations Organization, Universal Declaration of Human Rights (1948). The rights of previously neglected social circles of the sick are accepted, distinctly separated and detailed (the right to choose the treatment, confidentiality in medicine). The Church wholly accepts them, pointing at the natural law, the Bible, the Tradition, and the Church tuition.

At the same time the results of studies carried out by scientists in medical disciplines stress the effects of suffering on the psychological state of the ill, particularly young children. In Chapter Two the discussion concerns the tensions appearing in the long-term treatment of illness. The tensions are manifested in the biological, psychological, and social plane. Psychologists observe the dependence between psychological experiences and the liability to various diseases. They regard the illness as a not only biological process in badly functioning organs. It concerns the whole human being, its deepest "ego". The suffering makes the sick to learn how to overcome it. However, before the sick acquire the "capacity" for being ill, they pass difficult and dangerous stages of successive internal experiences.

The results of studies show that health is more rapidly restored to patients complying with the prescribed medication and endowed with a strong motivation. For some patients however, the illness is a method of solving some problems too difficult for them. It happens that the sick do not want to be cured since the illness is a safe asylum against the difficulties of life they do not know how to cope with. Reflections upon such situations are given in Chapter Three. Difficult problems associated with ways of informing the patient and with the relations between medical professionals and the sick are also discussed. These relations can significantly affect the attitude of the patient towards his own experiences. The aid of the medical personnel and the families of the sick facilitate their compliance with the illness and in terminal disorders alleviate the death threat. As the current investigations show the contacts of the doctor and patients are not only the sources of information about the illness but also an inherent element of therapy. The power of suggestion hidden in such conversations strengthens the motivation of the patient to comply with the treatment and with medical professionals. The sick have the right to know about their illness, however, there are adversaries and advocates of giving them full information. Catholic ethics and deontology advocate the full truth though it cannot be regarded as an absolute rule. A wrong diagnosis can happen and the condition of the patient can be wrongly estimated. The ways of truly informing about the illness are unreliable so far.

Every illness is marked with suffering and pain on various planes. The medicine of today has numerous efficient means alleviating pain. This problem is discussed in Chapter Four. It is suggested that the application of these medicaments, especially in the terminal phase of the illness, is not free of ethical doubts. There is a difference between the limitation and elimination of pain and the killing of the patient by inappropriate medication. In practice it is frequently impossible to decide whether the measures alleviating pain might lead to premature death. On ethical grounds these medicaments

are only permitted if they do not directly induce the loss of consciousness and freedom, being limited by the clinical necessity. With the appropriate administration of analgesic agents death signifies that the sick man could not endure the treatment. Hence the aim of pain relieving medication is not to kill but to make the suffering more human.

The problem of clinical death is surly associated with that of pain relieving medication. The question arises where are the limit and the necessity of maintaining life. From the medical standpoint the brain death is the limit though it is not always an unquestionable condition of the decision to disconnect the patient from the apparatus maintaining the vegetative life. The catholic ethics and the deontology suggest that it is human and justified to stop "persistent therapy" if its results disappoint the hopes. Such is the case of the brain death. On the other hand it is forbidden to relinquish or stop medication if it has a real chance of success. The Church negatively estimates such an attitude, regarding it as a passive euthanasia. From the standpoint of ethics a still more condemned action is the active euthanasia even if it is directed by the wish of the patient. Sometimes only compassion remains expressing solidarity with the sick whose suffering cannot be relieved. However, the palliative care is developed, bringing physical and psychological support for the terminally ill. Not everybody has suitable predisposition for bringing such a support, though. The suffering of the patients, like agony and death, affects the psychological state of their kin. This touches the deepest emotional sphere, bringing about psychophysical exhaustion. The protection against such a situation should come from the medical professionals and the nearest surrounding or friends.

In the first and last Chapters of the thesis it is stressed that everybody has some religious views rooted in nature. Tertulian († 220), the author of the early epoch of Christendom writes about "the soul naturally Christian" (anima naturaliter christiana est). This truth is well understood from the beginning of Christendom. Hence comes the early activity of the Church in founding hospitals, hospices, and almshouses for the ill. As shown in Chapter Five the monasteries developed by the Church did not only care for the body but also for the soul. Recently laymen almost only manage all these institutions. Still it does not mean that the religious service is denied to the ill. It is provided by law and imposed as the duty on hospital staff composed of believers and unbelieving people. The latter should meet the religious wishes of patients or their families while the former collaborate with the hospital priests (chaplains), undertaking active mission of varied aspects and means.

The issues connected with modern medicine, medical techniques, and means of helping patients and their kin are wide and varied. Each of them shows its ethical aspect. In medical schools the place of deontology and natural and Christian ethics should obtain a separate and important position. In Poland the question had been taken into consideration to the 1950-ties. In the last several years the problem returns though a new deepened program has not been elaborated yet. S. Olejnik, T, Slipko, T. Kielanowski, R. Szulc, and K. Szewczyk stressed the necessity of deontology in their essays, but this is not enough.

In West European countries the help for the terminally ill and their families in hospices is developed on a wide scale. In Poland a lot has been also done. However, an urgent need arises for a detailed determination of the medical and ethical aspects of this help on the basis of a thorough discussion.

Apart from the care for the terminally ill in hospices also the help for them and their families at home is developing all over the world. In Poland this type of help is still insufficient and does not meet the arising needs. The problem should be taken into a serious consideration in the ethical and medical aspect.

Currently much attention is paid to people mourning to the death of their kin. However, in Poland the problem of bereavement is hardly recognized by medical professionals (physicians, nurses) and hospital chaplains. The groups of the psychological support are only active in some hospitals and hospices. The Church of Poland should develop a common deepened program for the hospital chaplains and for the continuous formation of future priests (teaching in seminars, specialistic courses for hospital chaplains).

It seems that the above questions are fairly urgent. It is necessary to see them, develop, and realize.

tłumaczyła mgr Elżbieta Wróblewska

MORALISCHE PROBLEME IM ZUSAMMENHANG MIT DER KRANKENHAUSPFLEGE DES GESUNDHEITSWESENS AUFGRUND DER LITERATUR VOM BEREICH DER MEDIZINISCHEN DEONTOLOGIE UND DER KATHOLISCHEN ETHIK

ZUSAMMENFASSUNG

Der Umbruch des 20. und 21. Jahrhunderts kennzeichnet sich mit einem enormen Fortschritt der Mediziniwissenschaft. Zu gleicher Zeit beunruhigt die Tatsache ihrer Dehumanisation. Derartige Überzeugung wird u.a. von Ärzten geäußert, deren Fachautorität und ihre sittliche Beschaffenheit besonders hoch gewertet werden. Sie rufen auf, daß die Medizin zur Tradition rückkehrt, wann der Kranke für sie als Subjekt ihrer Betätigungen galt, wobei bei dem Arzt – neben seinem Wissen besonders sein Menschsein geschätzt wurde. Es ist ihnen auch an der Verantwortung des Medizinpersonals um das Leben des Kranken gelegen, dem das unabtrittbare Recht auf Leben zusteht.

Wie aus dem ERSTEN Kapitel der Abhandlung abzulesen ist, Inspiration für die gegenwärtige Lehre über die grundlegenden und unveräßerlichen Rechte des Menschen, in die sich das an ihrer Spitze stehende Recht zum Leben einschreibt, werden von Vorschriften des Zivilrechtes geschaffen, die im 17. und 18. Jahrhundert verabschiedet wurden (Vereinte Staaten), wie auch von Umwandlungen, die in der Zeit der sozialen Revolution in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts stattgefunden haben. In den 40. und 50. Jahren des abgelaufenen Jahrhunderts (des 20. Jhs) erscheinen internationale rechtliche Regulationen, die von der Universellen Erklärung der Menschenrechte der Organisation der Vereinten Nationen 1948 bestätigt worden sind. Angenommen werden die Rechte der bisher übergangenen Gesellschaft der Kranken, die deutlich herausgeschält und eingehend bestimmt wurden (Recht auf Behandlungswahl, Berufsgeheimnis). Sie werden insbesondere vollständig von der Kirche angenommen, indem die Kirche auf das natürliche Recht hinweist, auf die Heilige Schrift, die Überlieferung und die eigene Lehre.

Zu gleicher Zeit gelangen die Wissenschaftler der Medizinspezialitäten in ihren Untersuchungen zum Schluß, wie groß die Veränderungen in der Psyche des Menschen, zumal des Kleinen Kindes, vom Leiden vollbracht werden. Bei langdauerndem Heilungsvorgang entstehen unvermeidlich Spannungen, auf die im ZWEITEN Kapitel hingewiesen wird. Sie kommen auf biologischer, psychischer und gesellschaftlicher Ebene zum Vorschein. Die Psychologen beobachten den Zusammenhang zwischen psychischen Erlebnissen und der Anfälligkeit auf einzelne Krankheiten. Für sie ist die Krankheit nicht nur biologischer Vorgang, der die krankgewordenen Organe betrifft, sondern sie umgreift die ganze Person und ihr tiefstes „ICH". Das Leiden nötigt den Kranken dazu, daß er sich selbst überwindet. Bevor er sich aber die 'Kunst' des Krankseins aneignet, muß er schwierige und gefährliche Stufen der aufeinanderfolgenden inneren Erfahrungen durchmachen.

Aufgrund Ergebnisse von Untersuchungen geht hervor, daß diese Kranken schneller zur Gesundheit zurückkommen, die mit dem Behandlungspersonal mitarbeiten und über eine starke Motivation verfügen. Allerdings für manche schafft die Krankheit die Gelegenheit, daß ein Problem gelöst werden kann, mit dem sie nicht fertig werden können. Es kommt vor, daß sie nicht gesund werden möchten, weil die Krankheit ihnen ein sicheres Asyl bei Schwierigkeiten gewährt, die das Leben bringt. Diese Reflexionen bilden den Inhalt des DRITTEN Kapitels. Sie umfangen auch Fragen der Schwierigkeiten, die mit der Art und Weise zusammenhängen, wie der Kranke informiert werden soll, und der gegenseitigen Verhältnisse zwischen dem Gesundheitswesen und dem Kranken. Sie üben nämlich einen wesentlichen Einfluß auf die Haltung zu seinen eigenen Erlebnissen aus. Die Hilfe von seiten des Medizinpersonals und den Nächsten erleichtert ihm das Einverständnis angesichts der eigenen Krankheit und die Herabminderung der Furcht vor dem Tod, wenn die Krankheit unmöglich überwundern werden kann. Das Gespräch des Arztes mit dem Kranken – wie aufgrund der gegenwärtigen Untersuchungen zu folgern ist, bildet ein untrennbares Element der

Therapie, schafft also nicht nur die Informationsquelle mit Bezug auf seine Krankheit. In ihr ist die Suggestionskraft verborgen, die die Motivation in Richtung seiner Mitarbeit mit dem Behandlungs- und Pflegepersonal stärkt. Anderseits, die Information betreffs der Krankheit, die das Anrecht des Kranken bildet, hat ihre Befürwörter und Gegner, was die Offenbarung dem Kranken der ganzen Wahrheit betrifft. Die katholische Ethik und die Deontologie steht auf dem Grund der ganzen Wahrheit. Allerdings sie kann nicht absolutisiert werden. Es besteht nämlich auch die Möglichkeit einer uneigentlichen Diagnosis und demzufolge der Bewertung des Zustandes des Kranken. Es gibt auch keine geprüften Arten und Weisen, wie die Wahrheit betreffs der Krankheit übermittelt werden soll.

In jede Krankheit prägt sich das Leiden und der Schmerz ein. Es sind ihnen vielfältige Ebenen eigen. Die moderne Medizin kennt viele wirksame Mittel zur Beherrschung des Schmerzes. Diese Frage wird im VIERTEN Kapitel aufgegriffen. Es wird dabei hingewiesen, daß ihre Anwendung, zumal in der Terminalphase der Krankheit, nicht von Zweifeln ethischer Natur frei ist. Es besteht ein Unterschied zwischen der Einschränkung oder Abschaffung des Schmerzes, und der Zufügung des Todes dem Kranken mittels ihrer inkorrekten Anwendung. Allerdings praktisch genommen ist es nicht immer entscheidend, wann die schmerzlindernden Maßnahmen die Beschleunigung seines Todes verursachen. Sie sind nur dann ethisch erlaubt, wenn sie nicht direkt den Verlust des Bewußtseins und der Freiheit anstreben, wobei sie sich in den Grenzen des klinischen Bedarfs bewähren. Der Tod bedeutet im Fall der Anwendung schmerzlindernder Mittel, daß der Kranke nicht imstande war, die Heilungsbehandlung auszuhalten. Demzufolge, Zweck bei der schmerzlindernden Behandlung ist nicht Zufügung des Todes, sondern die Mühe, daß das Leiden mehr menschlich werde.

Mit der Frage der Schmerzlinderung hängt zweifelsohne das Problem des klinischen Todes zusammen. Es entsteht nämlich die Frage, bis zu welcher Grenze es möglich bzw. nötig ist, das Leben zu verlängern. Vom medizinischen Gesichtspunkt aus ist es der Gehirntod. Es ist nicht immer gleichbedeutend mit der Unternehmung der Entscheidung, den Kranken von der Apparatur, die sein vegetatives Leben unterhält, abzuschalten. Die katholische Ethik und die ärztliche Deontologie sind der Meinung, es wäre menschliche und begründete Sache, eine „hartnäckige Therapie" abzubrechen, wenn ihre Resultate die in ihr gelegte Hoffnung täuschen. Solcher Fall besteht bei dem Gehirntod. Es ist dagegen unerlaubt Heilungsmaßnahmen zu unterlassen oder sie abzubrechen, wenn dabei eine reale Erfolgschance besteht. Die Kirche beurteilt solche Verhaltensweise negativ, indem sie sie als passive Euthanasie einschätzt. Noch mehr verurteilswürdig vom ethischen Gesichtspunkt aus ist die aktive Euthanasie, selbst falls sie auf Bitte des Kranken unternommen werden sollte. Es bleibt nämlich manchmals nur noch Mitleid – als Erweis der Solidarität mit dem Kranken, dessen Schmerz unmöglich gelindert werden kann. Trotz allem, erfährt die palliative Pflege ihre Entfaltung als seine physische und psychische Unterstützung. Nicht jeder verfügt aber über entsprechende Prädispositionen, solche Unterstützung leisten zu können. Das Leiden des Kranken übt nämlich Einfluß auf die Psychie der Nächsten, ähnliche wie es auch für seine Agonie und seinen Tod gilt. Sie betreffen die tiefsten emotionellen Sphären und ziehen psychophysische Erschöpfung nach sich. Der Schutz vor solcher Lage steckt in der Hilfe, die ihnen von seiten des medizinischen Personals erteilt wird, wie auch seiner allernächsten Umgebung oder seiner Freunde.

Jedem Menschen, wie es im ERSTEN und LETZTEN Kapitel hervorgehoben wird, ist irgendeine religiöse Überzeugung eigen, die in sein Wesen selbst eingeprägt ist. Terulian († 220), Schriftsteller des christlichen Altertums, schreibt, daß die „Seele von Natur aus christlich ist" (anima naturaliter christiana est). Das wird im Christentum von Anfang an gut verstanden. Daher wurden von der Kirche schon früh Krankenhäuser gegründet, Hospozien und Heime für Kranken. Mit Hilfe der Orden – wie es im FÜNFTEN Kapitel dargestellt wird, sorgt die Kirche nicht nur um den Körper, sondern auch um den Geist. Seit nicht langem sind diese Anstalten fast völlig in weltlichen Händen. Das bedeutet in keinem Fall, daß auf den religiösen Dienst verzichtet wurde. Er wird von der Gesetzgebung vorgesehen, das entsprechende Pflichte dem Krankenhauspersonal aufträgt. Dieses besteht sowohl aus Gläubigen, wie Nicht Gläubigen. Wenn diesen anderen die Erfüllung der religiösen Wünsche des Kranken oder der Nächsten obliegt, sollen die ersten zusammen mit dem Seelsorger (dem Kapelan)

des Krankenhauses die aktive Seelsorge unternehmen, der ihr vielfältiges Antlitz eigen ist und verschiedenartig erfüllt werden kann.

Die Problematik, wie sie mit der modernen Medizin verbunden ist, mit der medizinischen Technik, wie auch den Arten und Weisen, dem Kranken und seinen Allernächsten zu Hilfe zu kommen, ist weit angelegt und vielfältig. Jede der darin enthaltenen Fragen hat ihren ethischen Ausklang. Es kann nicht bezweifelt werden, daß sich eine gesonderte und dabei weitangelegte Reflexion für die Deontologie und die natürliche und christliche Ethik bei der medizinischen Ausbildung gehört. Diese Frage wurde bei den Medizin-Studien in Polen bis zu den 50.ger Jahren des abgeschlossenen, d.h. 20. Jahrhunderts berücksichtigt. Seit über zehn Jahren kehrt diese Frage von neuem zurück, auch wenn sie nach Vertiefung und Bearbeitung eines entsprechenden Programms ruft. Die Erwägungen mit Bezug auf das Bedürfnis nach dem Wissen über die Deontologie, geschrieben u.a. vom S. S. Olejnik, T. Slipko, T. Kielanowski, R. Szulc und K. Szewczyk – sind zu wenig.

In Westländern Europas entwickelt sich sehr weitangelegt die Hospizien-Hilfe für Kranke und ihre Familien. Auch in Polen wird in dieser Hinsicht vieles getan. Doch es besteht die Not, daß sie von medizinischer und ethischer Seite genauer bestimmt wird, was aber nach tiefer Besinnung verlangt.

Neben der Hospizien-Pflege entwickelt sich in der Welt auch die Haushilfe für Kranke und seine Nächsten. In Polen ist sie immer noch zu wenig im Verhältnis zu bestehendem Bedarf. Es werden tiefangelegte Besinnungen dieser Frage von ethisch-medizinischer Seite erwartet.

Zur Zeit wird vieles geschrieben und getan – für diejenigen, die ihre Nächsten verloren haben. In unserer Heimt ist aber diese Frage immerhin vom medizinischen Personal (Ärzte, Krankenschwester) noch allzu wenig bekannt, was übrigens auch von Seelsorgern in Krankenhäusern gesagt werden muß. Ausnahme bilden bestehende – in Hospizien und einigen Krankenhäusern – Gruppen der psychologischen Unterstützung. Es geht um die Vertiefung – von seiten der Kirche in Polen – der seelsorglichen Aktionen, mit Hilfe eines gemeinsam erarbeiteten Programmes und einer beständigen Formation künftiger Kapeläne (Lehre in Seminarien, spezialistische Kurse für Seelsorger in Krankenhäusern).

Es scheint, daß die aufgezählten Fragen dringend sind. Es besteht die Notwendigkeit, sie zu bemerken, zu bearbeiten und in Tat umzusetzen.

tłumaczył ks. dr Paweł Leks SCJ

BIBLIOGRAFIA

NAUCZANIE KOŚCIELNE

A. Nauczanie Soboru Watykańskiego II

Sobór Watykański II, Konstytucje, Dekrety, Deklaracje, Poznań 1968

B. Nauczanie papieskie

Konstytucje, encykliki, adhortacje, listy apostolskie

Leon XIII, *Encyklika „Rerum novarum". O kwestii robotniczej. 1891,* w: *Dokumenty nauki społecznej Kościoła,* red. M. Radwan, L. Dyczewski, A. Stanowski, Rzym – Lublin 1987, cz. I, ss. 41-66.

Pius XI, *Encyklika „Casti connubii". 1930,* „Chrześcijanin w Świecie" 18(1986) nr 148-149, ss. 102-142.

Pius XI, *Encyklika „Quadragesimo anno". O odnowieniu ustroju społecznego i dostosowaniu go do normy prawa Ewangelii. 1931,* w: *Dokumenty nauki społecznej Kościoła,* red. M. Radwan, L. Dyczewski, A. Stanowski, Rzym – Lublin 1987, cz. I, ss. 67-102.

Jan XXIII, *Encyklika „Mater et Magistra". O współczesnych przemianach społecznych w świetle nauki chrześcijańskiej. 1961,* w: *Dokumenty nauki społecznej Kościoła,* red. M. Radwan, L. Dyczewski, A. Stanowski, Rzym – Lublin 1987, cz. I, ss. 220-268.

Jan XXIII, *Encyklika „Pacem in terris". O pokoju między wszystkimi narodami opartym na prawdzie, sprawiedliwości, miłości i wolności. 1963,* w: *Dokumenty nauki społecznej Kościoła,* red. M. Radwan, L. Dyczewski, A. Stanowski, Rzym – Lublin 1987, cz. I, ss. 269-303

Paweł VI, *Encyklika „Ecclesiam suam". O drogach, którymi Kościół Katolicki powinien kroczyć w dobie obecnej przy pełnieniu swojej misji. 1964,* w: *Jan XXIII. Paweł VI. Jan Paweł II. Encykliki,* Warszawa 1981, ss. 159-226

Paweł VI, *Encyklika „Populorum progressio". O popieraniu rozwoju ludów. 1967,* w: *Dokumenty nauki społecznej Kościoła,* red. M. Radwan, L. Dyczewski, A. Stanowski, Rzym – Lublin 1987, cz. I, ss. 391-416.

Paweł VI, *Encyklika „Humanae vitae". O zasadach moralnych w dziedzinie przekazywania życia. 1968,* Wrocław 1994.

Paweł VI, *Konstytucja apostolska „O sakramencie namaszczenia chorych". 1972, w: Sakramenty chorych. Obrzędy i duszpasterstwo,* Katowice 1980, ss. 7-13.

Jan Paweł II, *Encyklika „Redemptor hominis",* Watykan 1979.

Jan Paweł II, *Adhortacja apostolska „Catechesi tradendae". O katechizacji w naszych czasach,* Watykan 1979.

Jan Paweł II, *Encyklika „Laborem exercens". O Pracy ludzkiej,* Watykan 1981.

Jan Paweł II, *Adhortacja apostolska „Familiaris consortio". O zadaniach rodziny chrześcijańskiej w świecie współczesnym,* Watykan 1981.

Jan Paweł II, *Posynodalna Adhortacja apostolska „Reconciliatio et paenitentia". O pojednaniu i pokucie w dzisiejszym posłannictwie Kościoła,* Watykan 1984.

Jan Paweł II, *List apostolski „Salvifici doloris". O chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia,* Watykan 1984.

Jan Paweł II, *List apostolski „Motu proprio" ustanawiający Papieską Komisję Duszpasterstwa Pracowników Służby Zdrowia „Dolentium hominum",* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 6(1985) nr 2(62), s. 24.

Jan Paweł II, *Encyklika „Sollicitudo rei socialis". Z okazji dwudziestej rocznicy ogłoszenia „Populorum Progressio",* Watykan 1988.

Jan Paweł II, *Posynodalna Adhortacja apostolska „Christifideles laici". O powołaniu i misji świeckich w Kościele i świecie dwadzieścia lat po Soborze Watykańskim II,* Watykan 1988.

Jan Paweł II, *Encyklika „Centesimus annus". W setną rocznicę encykliki „Rerum novarum",* Watykan 1991.

Jan Paweł II, *Posynodalna Adhortacja apostolska „Pastores dabo vobis". O formacji kapłanów we współczesnym świecie,* Watykan 1992.

Jan Paweł II, *Encyklika „Veritatis splendor". O niektórych podstawowych problemach nauczania moralnego Kościoła,* Watykan 1993.

Jan Paweł II, *Encyklika „Evangelium vitae". O wartości i nienaruszalności życia ludzkiego,* Watykan 1995.

Jan Paweł II, *Adhortacja apostolska „Vita consecrata". O życiu konsekrowanym i jego misji w Kościele i świecie,* Watykan 1996.

Jan Paweł II, *Encyklika „Fides et ratio". O relacjach między wiarą i rozumem,* Watykan 1998.

Jan Paweł II, *List do moich Braci i Sióstr, ludzi w podeszłym wieku,* Watykan 1999.

Jan Paweł II, *List apostolski „Novo millennio ineunte". Do biskupów, duchowieństwa i wiernych na zakończenie Wielkiego Jubileuszu Roku 2000,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 22(2001) nr 2(230), ss. 4-19.

Przemówienia

Pius XII, *La question sociale aujourd'hui. Radio-Message pour la Pentecôte,* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg – Paris 1963, t. I, ss. 243-257.

Pius XII, *Les devoirs des femmes catholiques. Allocution aux membre du Congrès de „l'Union internationale des femmes catholiques",* „Acta Apostolicae Sedis" 39(1947), ss. 480-488.

Pius XII, *Le devoir du médicin chrétien. Allocution aux membres italiens de l',,Union médico-biologique Saint-Luc",* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg – Paris 1963, t. I, ss. 1056-1069.

Pius XII, *Le médecin de campagne.. Allocution à des médecins de campagne,* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg – Paris 1963, t. I, ss. 1105-1106.

Pius XII, *Problèmes de morale conjugale I. Allocution aux membres de l'Union catholique italienne des sages-femmes,* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg – Paris 1963, t. I, ss. 502-527.

Pius XII, *Les limites naturelles des méthodes médicales de recherche et traitement. Allocution aux membres du premier „Congrès international d'histopathologie du système nerveux",* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg – Paris 1963, t. I, ss. 1070-1083.

Pius XII, *Le médecin au service du mariage. Allocution aux participants du XXVI Congrès de „l'Union des urologues italiens",* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg – Paris 1963, t. I, ss. 1096-1104.

Pius XII, *L'unité de l'être humain comme fondement des droits de la personne en face des interventions de la psychothérapie. Allocution aux participants du V Congrés international de psychothérapie et de psychologie clinique,* „Acta Apostolicae Sedis" 45(1953), ss. 278-286.

Pius XII, *L'activité du médecin et culture générale. Allocution aux participants du IV Congrès international de „l'Union latine des médecines",* „Acta Apostolicae Sedis" 47(1955), ss. 275-281.

Pius XII, *Service des malades, service des hommes. Allocution à un groupe personnel des hôpitaux réunis de Naples,* „Acta Apostolicae Sedis" 47(1955), ss. 829-833.

Pius XII, *Le médecin et le droit. Discours aux participants du VII Congrès international des médecins catholiques* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg – Paris 1963, t. III, ss. 3018-3030.

Pius XII, *Appréciations éthique et religieuse de l'accouchement sans douleur. Discours à des gynécologues de nombreux pays réunis à Rome sur l'invitation du Secrétariat international des médecins catholiques, de l'Association des médecins catholiques italiens et de „l'Institut de Génétique G. Mendel" de Rome,* „Acta Apostolicae Sedis" 48(1956), ss. 82-93.

Pius XII*, La greffe de la cornée et la morale. Discours à des membres de l'association italienne des donneurs de cornée, de l'Union italienne des aveugles, à des oculistes et médecins légalistes,* „Acta Apostolicae Sedis" 48(1956), ss. 459-467.

Pius XII, *Les relations humaines dans l'entreprise. Allocution aux délégués de la Conférence internationale sur les relations humaines dans l'industrie,* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg – Paris 1963, t. III, ss. 3511-3513.

Pius XII, *Pour une éthique chrétienne du service des malades. Allocution au personnel des hôpitaux de Rome,* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg – Paris 1963, t. III, ss. 3161-3165.

Pius XII, *Les structures religieuses d'un hôpital. Allocution au personnel des hôpitaux de Milan et environs,* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg – Paris 1963, t. III, ss. 3166-3172.

Pius XII, *Aspects économiques et moraux de l'industrie pharmaceutique. Allocution aux participants du Congrès international organisé par „l'American Cyanamid Company-Lederle Laboratoiries Division",* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg – Paris 1963, t. III, ss. 3173-3176.

Pius XII, *Trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie. Discours aux participants du IX Congrès de la Société italienne d'anesthésiologie,* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg – Paris 1963, t. III, ss. 3100-3121.

Pius XII, *Questions juridiques et morales concernant la réanimation. Discours à un groupe de médecins réunis sur l'initiative de l'Institut de génétique „Gregori Mendel"*, w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg – Paris 1963, t. III, ss. 3122-3130.

Pius XII, *Fondements de l'apostolat des laïcs et directives pratiques. Discours aux participants du II Congrès mondial pour l'apostolat des laïcs,* „Acta Apostolicae Sedis" 40(1957), ss. 922-939.

Pius XII, *Les ordres religieux. Religieuses au service des malades. Discours à des religieuses hospitalières italiennes de divers ordres,* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg – Paris 1963, t. III, ss. 3424-3431

Pius XII, *Problèmes moraux posés par la psychologie appliquée. Discours aux participants du XII Congrès de la Société internationale de la transfusion du sang,* „Acta Apostolicae Sedis" 50(1958), ss. 268-282.

Pius XII, *La psychopharmacologie et les problèmes moraux qu'elle pose. Discours au „Collegium inernationale neuro-psycho-pharmacologicum", à l'occasion de son I Congrès,* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg – Paris 1963, t. III, ss. 3050-3062.

Pius XII, *Problèmes physiques et moraux soulevés par la génétique du sang. Discoursaux participants du XII Congrès de la Société internationale de la transfusion du sang,* w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives*, red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg – Paris 1963, t. III, ss. 3131-3138.

Pius XII, *Idéal de la collaboration dans les services sanitaires. Message radiophonique à la „I Conférence catholique mondiale de la Santé" tenue à Bruxelles*, w: *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives,* red. A. F. Utz, J. F. Groner, A. Savignat, Fribourg – Paris 1963, t. III, ss. 3139-3146.

Paweł VI, *Orędzie do Narodów Zjednoczonych,* w: *Dokumenty nauki społecznej Kościoła,* red. M. Radwan, L. Dyczewski, A. Stanowski, Rzym – Lublin 1987, cz. I, ss. 307-312.

Paweł VI, *XXV lat Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka. Orędzie do Organizacji Narodów Zjednoczonych,* w: *Nauczanie społeczne. Przemówienia i inne dokumenty,* red. A. Jaworska, Warszawa 1975, t. II, ss. 102-106.

Paweł VI, *Prawo międzynarodowe w służbie dobra powszechnego. Przemówienie do uczestników nadzwyczajnej sesji Instytutu Prawa Międzynarodowego,* w: *Nauczanie społeczne. Przemówienia i inne dokumenty,* red. A. Jaworska, Warszawa 1975, t. II, ss. 71-75.

Paweł VI, *Przemówienie do członków Zgromadzenia Najświętszego Odkupiciela,* „Acta Apostolicae Sedis" 59(1967), s. 962-963.

Paweł VI, *Il rispetto della vita e della persona nell'esercizio della professione medica,* „L'Osservatore Romano" 60(1970), nr 236, s. 1-2.

Paweł VI, *Le Médecin et la qualité de la vie. Letree pontificaux à la Federation internationale des Associations médicales catholiques,* „La Documentation Catholique" 75(1978), s. 259-260.

Paweł VI, *Alucucion en la audiencia general,* „Ecclesia" 38(1978), ss. 581-583.

Jan Paweł II, *Orędzie do Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku,* w: *Dokumenty nauki społecznej Kościoła,* red. M. Radwan, L. Dyczewski, A. Stanowski, Rzym – Lublin 1987, cz. II, ss. 87-98.

Jan Paweł II, *Orędzie na XIV Światowy Dzień Pokoju,* w: *Dokumenty nauki społecznej Kościoła,* red. M. Radwan, L. Dyczewski, A. Stanowski, Rzym – Lublin 1987, cz. II, ss. 173-180.

Jan Paweł II, *Podstawy deontologii lekarskiej. Przemówienie do uczestników Zjazdu Światowego Towarzystwa Lekarskiego,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 4(1983) nr 10(46), s. 22-23.

Jan Paweł II, *Namaszczenie chorych w Kościele – wspólnocie kapłańskiej i sakramentalnej. Katecheza w czasie audiencji generalnej,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 13(1992) nr 6(143), ss. 43-44.

Jan Paweł II, *Dojrzeć oczyma miłości cierpienie człowieka. Przemówienie do uczestników II Plenarnego Zgromadzenia Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 13(1992) nr 7(144), s. 33-34.

Jan Paweł II, *Człowiek wobec tajemnicy śmierci. Przemówienie do uczestników sympozjum zorganizowanego przez Ośrodek Bioetyki Katolickiego Uniwersytetu „Sacro Cuore",* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 13(1992) nr 7(144), s. 38-39.

Jan Paweł II, *Ku wspólnemu budowaniu Kościoła. Przemówienie do uczestników sympozjum „Udział wiernych świeckich w duszpasterskiej posłudze kapłanów",* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 15(1994) nr 8(165), ss. 21-23.

Jan Paweł II, *Prawo do życia. Przemówienie na zakończenie IX Międzynarodowej Konferencji zorganizowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 16(1995) nr 3(171), ss. 44-45.

Jan Paweł II, *Powołani do budowania cywilizacji miłości. Przemówienie do uczestników X Międzynarodowej Konferencji zorganizowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 17(1996) nr 2(180), ss. 36-37.

Jan Paweł II, *Prawo Boże stawiajcie przed prawo ludzkie. Przemówienie podczas poświęcenia nowej Kliniki Kardiochirurgii Szpitala im. Jana Pawła II,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 18(1997) nr 7(194), s. 64-65.

Jan Paweł II, *Trzy etapy. Zrozumienie. Akceptacja. Ofiara, Przemówienie do chorych w Lourdes, w: tenże, Ewangelia cierpienia. Wybór homilii, przemówień i dokumentów, red. J. Poniewierski,* Kraków 1997, ss. 73-75.

Jan Paweł II, *Badania nad genomem. Przemówienie do uczestników IV Zgromadzenia Plenarnego Akademii „Pro vita",* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 19(1998) nr 4(202), ss. 36-37.

Jan Paweł II, *Kobieta ma prawo do ochrony zdrowia. Przemówienie do uczestników międzynarodowej konferencji na temat „Zdrowie kobiet",* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 19(1998) nr 5-6(203), s. 44-45.

Jan Paweł II, *Poszanowanie praw człowieka częścią integralną każdej kultury. Przemówienie do uczestników I Światowego Kongresu poświęconego Duszpasterstwu Praw Człowieka,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 19(1998) nr 12(208), s. 28-29.

Jan Paweł II, *Poszanowanie praw człowieka warunkiem prawdziwego pokoju. Orędzie na XXXII Światowy Dzień Pokoju,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 20(1999) nr 1(209), ss. 4-8.

Jan Paweł II, *Przedłużajcie w czasie posługę miłosierdzia Chrystusa. Przemówienie do sióstr zakonnych pracujących w lecznictwie,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 20(1999) nr 2(210), s. 44-45.

Jan Paweł II, *Budowanie kultury życia. Przemówienie do biskupów Kalifornii, Newady i Hawajów,* „Więź" 42(1999) nr 2(484), ss. 28-35

Jan Paweł II, *Przesłanie z okazji 50. Rocznicy Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 20(1999) nr 3(211), s. 11-12.

Jan Paweł II, *O szacunek dla ludzi w podeszłym wieku. Do uczestników konferencji zorganizowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 20(1999) nr 3(211), s. 18-19.

Jan Paweł II, *Godność człowieka umierającego. Do uczestników Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii „Pro Vita",* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 20(1999) nr 4(212), ss. 47-49.

Jan Paweł II, *Zrównoważony rozwój. Przemówienie do członków Papieskiej Akademii Nauk,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 20(1999) nr 5-6(213), s. 56-57.

Jan Paweł II, *Ludzki kapitał i moralne wartości. Przemówienie do uczestników V Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii Nauk Społecznych,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 20(1999) nr 5-6(213), s. 54-55.

Jan Paweł II, *Dawajmy świadectwo Chrystusowi słowem i czynem. Przemówienie do uczestników XVII Zgromadzenia Plenarnego Papieskiej Rady ds. Świeckich,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 20(1999) nr 5-6(213), s. 52-53.

Jan Paweł II, *Ekonomia i zdrowie. Przemówienie do uczestników XIV Międzynarodowej Konferencji Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 21(2000) nr 2(220), s. 44-45.

Jan Paweł II, *Chorzy na raka wołają o pomoc. Przemówienie do uczestników Kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Onkologii Ginekologicznej,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 21(2000) nr 2(220), ss. 42-44.

Jan Paweł II, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Przemówienie do uczestników kongresu Papieskiej Rady ds. Rodziny,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 21(2000) nr 3(221), ss. 33-35.

Jan Paweł II, *Chrześcijański Humanizm. Przesłanie do uczestników Zgromadzenia Plenarnego Papieskiej Rady ds. Kultury,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 21(2000) nr 3(221), ss. 36-37.

Jan Paweł II, *Bądźcie gorliwymi poszukiwaczami Niewidzialnego Boga. Przemówienie do uczestników Jubileuszu Naukowców,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 21(2000) nr 3(221), ss. 33-35.

Jan Paweł II, *Śladami dobrego Samarytanina. Rozważanie przed modlitwą „Anioł Pański",* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 21(2000) nr 4(222), s. 21.

Jan Paweł II, *W blasku Piękna. Rozważanie przed modlitwą „Anioł Pański",* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 21(2000) nr 4(222), s. 26.

Jan Paweł II, *Ewangelia cierpienia źródłem nadziei. Przemówienie do uczestników Jubileuszu Chorych i Pracowników Służby Zdrowia,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 21(2000) nr 4(222), ss. 23-25.

Jan Paweł II, *Aby budować cywilizację życia, prawdy i miłości. Przemówienie do uczestników sesji upamiętniającej pięciolecie encykliki „Evangelium vitae”,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 21(2000) nr 4(222), ss. 40-42.

Jan Paweł II, *Dziesięcioro Przykazań prawem miłości i wolności człowieka. Homilia w czasie Liturgii Słowa w klasztorze św. Katarzyny na Górze Synaj,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 21(2000) nr 4(222), ss. 17-19.

Jan Paweł II, *Medycyna a prawa człowieka. Przemówienie do uczestników Jubileuszu Lekarzy Katolickich,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 21(2000) nr 9(226), ss. 35-36.

Jan Paweł II, *Nowa ewangelizacja a godność człowieka cierpiącego. Orędzie na IX Światowy Dzień Chorego,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 21(2000) nr 11-12(228), ss. 4-6.

Jan Paweł II, *Dar długiego życia. Homilia wygłoszona w czasie Jubileuszu Ludzi Starszych,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 21(2000) nr 11-12(228), s. 13-14.

Jan Paweł II, *Poszukiwania naukowe muszą szanować godność każdej ludzkiej istoty. Przemówienie do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 21(2000) nr 11-12(228), ss. 37-39.

Jan Paweł II, *Dialog między kulturami drogą do cywilizacji miłości i pokoju. Orędzie na XXXIV Światowy Dzień Pokoju,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 22(2001) nr 2(230), ss. 24-29.

Jan Paweł II, *Jesteście świadkami Chrystusa w nowym tysiącleciu. Przesłanie do uczestników Światowego Kongresu Katolików Świeckich w Rzymie,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 22(2001) nr 2(230), ss. 39-41.

Jan Paweł II, *Kościół jest dla was „gościnnym domem". Przemówienie do uczestników Jubileuszu Niepełnosprawnych,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 22(2001) nr 2(230), s. 43-44.

Jan Paweł II, *Ochrona zdrowia a społeczeństwo. Przemówienie do uczestników Kongresu Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 22(2001) nr 3(231), s. 13-14.

Jan Paweł II, *Życie zwycięży. Przemówienie do uczestników VII Zgromadzenia Papieskiej Akademii „Pro Vita",* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 22(2001) nr 5(233), s. 23-24.

Jan Paweł II, *Globalizacja i etyka, Przemówienie do uczestników VII Sesji Plenarnej Papieskiej Akademii Nauk Społecznych,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 22(2001) nr 6(234), s. 42- 43.

Jan Paweł II, *Miłość najwspanialszą formą ewangelizacji. Przesłanie na zakończenie Międzynarodowego Roku Wolontariatu,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 23(2002) nr 3(241), s. 8-9.

Jan Paweł II, *Krzyż Chrystusa rozjaśnia tajemnicę cierpienia. Przemówienie do chorych,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 23(2002) nr 5(243), s. 41.

Jan Paweł II, *Spieszyć z pomocą chorym. Przemówienie do członków delegacji Włoskiej Ligi Walki z Rakiem,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 23(2002) nr 5(243), s. 40.

Jan Paweł II, *W leczeniu nie zapominajcie o duchowych potrzebach człowieka. Przemówienie do lekarzy uczestników Kongresu Światowej Organizacji Gastrologów,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 23(2002) nr 5(243), s. 41.

C. Nauczanie Stolicy Apostolskiej

Kongregacja Nauki Wiary, *„Quaestio de abortu". Deklaracja o przerywaniu ciąży. 1974,* w: *Troska o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej,* red. K. Szczygieł, Tarnów 1998, ss. 303-305.

Papieska Rada „Cor Unum", *Questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti. 27.07.1981,* w: *Troska o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej,* red. K. Szczygieł, Tarnów 1998, ss. 437-454.

Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji „Iura et bona",* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 1(1980) nr 8, ss. 1-3.

Stolica Apostolska, *Dokument o wolności religijnej,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) (1980) nr 10, s. 7-8.

Wprowadzenie teologiczne i pastoralne (do nowego rytuału Sakramentu Chorych), w: *Sakramenty chorych. Obrzędy i duszpasterstwo*, Katowice 1980, ss. 14-28.

Kodeks Prawa Kanonicznego, Poznań 1984.

Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja o chrześcijańskiej wolności i wyzwoleniu. 1986,* w: *Dokumenty nauki społecznej Kościoła,* red. M. Radwan, L. Dyczewski, A. Stanowski, Rzym-Lublin 1987, cz. II, ss. 369-410.

Kongregacja Nauki Wiary, *„Donum vitae". Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania. 1987,* w: *Troska o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej,* red. K. Szczygieł, Tarnów 1998, ss. 360-385.

Papieska Komisja ds. Duszpasterstwa Pracowników Służby Zdrowia, *Zakonnicy w świecie cierpienia i zdrowia,* Watykan 1987.

Tekst Konkordatu Polskiego, w: *Konkordat między Stolicą Apostolską i Rzeczpospolitą Polską z 28 lipca 1993 r.,* red. W. Góralski, W. Adamczewski, Płock 1994, ss. 145-165.

Katechizm Kościoła Katolickiego, Poznań 1994.

Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia,* Watykan 1995.

Papieska Rada ds. Świeckich, *Godność człowieka starszego oraz jego misja w Kościele i świecie,* Watykan 1999.

Papieska Akademia „Pro Vita", *Godność człowieka umierającego. Deklaracja końcowa V Zgromadzenia Ogólnego,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 20(1999) nr 4(212), s. 49-50.

Kongregacja ds. Kultu Bożego i Dyscypliny Sakramentów, *Instrukcja «Redemptionis Sacramentum». O tym, co należy zachowywać, a czego unikać w związku z Najświętszą Eucharystią,* Poznań 2004.

DOKUMENTY MIĘDZYNARODOWE I PAŃSTWOWE

Rada Ministrów, *Dekret o zwalczaniu chorób wenerycznych,* „Dziennik Ustaw" (1946) nr 51, poz. 394.

Sąd Norymberski, *Stanowisko w procesie lekarzy w sprawie dopuszczalności eksperymentów medycznych. 1947*, w: Kronika medycyny, red. M. B. Michalik, Warszawa 1994, s. 619.

The General Assembly of the United Nations, *Universal Declaration of Human Rights,* New York 1948.

Światowy Związek Lekarzy, *Ślubowanie genewskie. 1948,* w: *Kronika medycyny,* red. M. B. Michalik, Warszawa 1994, s. 619.

Conceil de l'Europe, *Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales,* Roma 1950.

Ustawa o zwalczaniu gruźlicy, „Dziennik Ustaw" (1959) nr 27, poz. 170.

Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych, „Dziennik Ustaw" (1963) nr 50, poz. 279.

Światowy Związek Lekarzy, *Deklaracja helsińska. Rekomendacja dla lekarzy zajmujących się badaniami biomedycznymi na ludziach. 1964,* w: *Kronika medycyny,* red. M. B. Michalik, Warszawa 1994, s. 619- 620.

Kodeks cywilny, „Dziennik Ustaw" (1964) nr 16, poz. 93.

Walne Zgromadzenie Światowego Związku Lekarzy, *Deklaracja z Sydney. Orzeczenie o śmierci. 1968,* w: *Kronika medycyny,* red. M. B. Michalik, Warszawa 1994, s. 620.

Międzynarodowa Liga Towarzystw ds. Umysłowo Upośledzonych, *Deklaracja o powszechnych i szczególnych prawach upośledzonych umysłowo. 1968,* w: *Kronika medycyny,* red. M. B. Michalik, Warszawa 1994, s. 620.

Amerykański Związek Lekarzy, *Etyczne zasady transplantacji narządów. 1968,* w: *Kronika medycyny,* red. M. B. Michalik, Warszawa 1994, s. 620.

Walne Zgromadzenie Światowego Związku Lekarzy, *Deklaracja z Oslo. 1970,* w: *Kronika medycyny,* red. M. B. Michalik, Warszawa 1994, 620.

Szwajcarska Akademia Nauk Medycznych, *Wytyczne w sprawie badań naukowych na człowieku. 1970,* w: *Kronika medycyny,* red. M. B. Michalik, Warszawa 1994, s. 621.

Amerykański Związek Szpitali, *Przepis o prawach dla pacjentów szpitalnych. 1973,* w*: Kronika medycyny,* red. M. B. Michalik, Warszawa 1994, s. 621.

Walne Zgromadzenie Światowego Związku Lekarzy, *Deklaracja tokijska. 1975,* w: *Kronika medycyny,* red. M. B. Michalik, Warszawa 1994, s. 621.

Światowy Związek Psychiatrii, *Deklaracja hawajska. 1977,* w: *Kronika medycyny,* red. M. B. Michalik, Warszawa 1994, s. 622.

Ustawa o ratyfikacji Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych, „Dziennik Ustaw" (1977) nr 38, poz. 167.

Zarząd Niemieckiej Federalnej Izby Lekarskiej, *Wytyczne w sprawie pomocy w umieraniu. 1979,* w: *Kronika medycyny,* red. M. B. Michalik, Warszawa 1994, s. 622.

Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, *Zasady etyki lekarskiej. Przyjęte w związku z rolą personelu medycznego, zwłaszcza lekarzy, podczas ochrony „Więźniów i aresztowanych przed torturami i innymi okrucieństwami, nieludzkimi lub poniżającymi formami traktowania lub kar. 1982,* w: *Kronika medycyny,* red. M. B. Michalik, Warszawa 1994, s. 623.

Naukowy Komitet Doradczy Niemieckiej Federalnej Izby Lekarskiej, *Działania pomocne w rozstrzyganiu o momencie śmierci mózgu. 1982,* w: *Kronika medycyny,* red. M. B. Michalik, Warszawa 1994, s. 623.

Szwajcarska Akademia Nauk Medycznych, *Wskazania medyczne i etyczne w sprawie zapłodnienia „in vitro" i wszczepiania embrionów. 1984,* w: *Kronika medycyny,* red. M. B. Michalik, Warszawa 1994, s. 623-624.

Rada Naukowa Niemieckiej Federalnej Izby Lekarskiej, *Wytyczne w sprawie badań na wczesnych embrionach ludzkich. 1985,* w: *Kronika medycyny,* red. M. B. Michalik, Warszawa 1994, s. 624.

Polska Akademia Nauk. Instytut Państwa i Prawa. Centrum Dokumentacji i Informacji Naukowej o Prawach Człowieka, *Prawa człowieka T. 1,* Wrocław 1989.

The General Assembly of the United Nations, *Convention on the Rights of the Child,* New York 1989.

Konwencja Praw Dziecka, Kraków 1993.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, *Rozporządzenie w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy,* „Dziennik Ustaw" (1990) nr 64, poz. 406.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, „Dziennik Ustaw" (1991) nr 91, poz. 408.

Prawa człowieka. Dokumenty międzynarodowe, red. B. Gronowska, I. Jasudowicz, C. Mik, Toruń 1993.

Naczelna Izba Lekarska, *Kodeks etyki lekarskiej. Tekst uchwalony przez II Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy,* „Gazeta Lekarska" 1992 nr 1, ss. 11-14.

Naczelna Izba Lekarska, *Kodeks etyki lekarskiej. Tekst uchwalony przez III Krajowy Zjazd Lekarzy,* „Gazeta Lekarska" 1994 nr 5(41) (wkładka).

Naczelna Izba Lekarska, *Kodeks Etyki Lekarskiej,* w: *Prawo medyczne,* red. M. Nestorowicz, Toruń 2000, ss. 261-280.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, Rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania, „Dziennik Ustaw" (1993) nr 3, poz. 13.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, „Dziennik Ustaw" (1994) nr 111, poz. 535.

Kodeks karny, „Dziennik Ustaw" (1994) nr 88, poz. 553.

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, „Dziennik Ustaw" (1996) nr 91, poz. 410.

Ustawa o zawodzie lekarza, „Dziennik Ustaw" (1997) nr 28, poz. 152.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 1997.

Council of Europe, *Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine,* Strasburg 1997.

Rada Europy, *Konwencja o ochronie praw człowieka i godności osoby ludzkiej wobec zastosowania biologii i medycyny. Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie. 1997,* w: *Prawo medyczne,* red. M. Nestorowicz, Toruń 2000, ss. 549-560.

Europejska Konferencja Stowarzyszeń na rzecz Dzieci w Szpitalu, *Europejska Karta Dziecka w Szpitalu,* „Pielęgniarstwo 2000" (1998) nr 1, s. 19.

Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, „Dziennik Ustaw" (1999) nr 60, poz. 636.

LITERATURA

Adamczak M., *Rola stowarzyszeń samopomocy pacjentów z chorobą nowotworową,* w: *Psychoonkologia,* red. K. de Walden-Gałuszko, Kraków 2000, s. 117-118.

Adamczewski W., *Przedmiot umowy konkordatowej,* „Ateneum Kapłańskie" 88(1996) z. 1(524), ss. 28-39.

Albrizio M., *Utrata bliskiej osoby – osierocenie,* w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 75-119.

Allport G. W., *Osobowość i religia,* Warszawa 1988.

Antonowicz M., *Wsparcie rodziny dziecka terminalnie chorego,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, ss. 150-153.

Aries P., *Człowiek i śmierć,* Warszawa 1992

Augustyni S., *De visitatione infirmorum,* w: *Patrologiae cursus completus. Series prima,* red. J.P. Migne, Parisiis 1845, t. XL, koll. 1147-1152.

Balthasar von Urs H., *Czy są świeccy w Kościele?,* „Communio" 1(1981) nr 6, ss. 3-15.

Balthasar von Urs H., *Czy wolno mieć nadzieję, że wszyscy będą zbawieni?,* Tarnów 1998.

Banaszak M., *Historia Kościoła Katolickiego T. 2. Średniowiecze,* Warszawa 1987.

Baradon T., Sinason V., Yabsley S., *Assessment of parents and young children,* „Health and Development" 25(1999) nr 1, ss. 37-53.

Barraclough J., *Rak i emocje. Praktyczny przewodnik po psychoonkologii,* Warszawa 1997.

Bensaîd N., *Dire la mort,* „Le genre humain" (1983) nr 7- 8, ss. 114-118

Berry L. S., Hayford J. R., Ross C. K., Pachman L. M., Lavigne J. V., *Conceptions of illness by children with juvenile rheumatoid arthritis. A cognitive developmental aproach,* „Journal of Pediatric Psychology" (1993) nr 18, ss. 83-97

Bibace R., Walsh M. E., *Development of children's concepts of illness,* „Pediatrics" 66(1980) nr 6, s. 914-915.

Bierzanek R., Jakubowski J., Symonides J., *Prawo międzynarodowe i stosunki międzynarodowe,* Warszawa 1980.

Binnebesel J., *Kapelan na oddziale pediatryczno-onkologicznym,* „Przegląd Powszechny" (2001) nr 11, ss. 236-239.

Binnebesel J., *Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową. Aspekt pozamedyczny,* Toruń 2000.

Błeńska W., *Czy lekarz może być przyjacielem chorego?,* w: *Wybrane „Problemy" deontologii lekarskiej,* red. R. Szulc, Poznań 1999, ss. 57-64.

Bogusz J., *Czy może być uzasadniony przymus poddania się chorego operacji?* w: *Etyka i deontologia lekarska,* red. T. Kielanowski, Warszawa 1985, ss. 77-116.

Bogusz J., *Lekarz i jego chorzy,* Kraków 1979.

Bogusz J., *Sumienie najwyższym sędzią,* w: *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie,* Bydgoszcz 1985, s. 5-11.

Boniecki A., *Rozmowy o kompromisie,* „Znak" 29(1977), ss. 1122-1132.

Bortkiewicz P., *Tanatologia. Zarys problematyki moralnej,* Poznań 2000.

Bortkiewicz P., *Wobec jakości a wartości życia,* w: *Globalizacja, życie i zdrowie, medycyna. Chrześcijanin wobec niektórych problemów moralnych,* red. B. Mielec, Kraków 2002, ss. 33-42.

Bowlby J., *Processes of mourning,* „The International Journal of Psychoanalysis" 61(1960) nr 3, ss. 89-113.

Brehant J., Thanatos. *Chory i Lekarz w obliczu śmierci,* Warszawa 1993.

Breitbart W., Suicide W., *Handbook of „Psychooncology",* red. J. Holland, J. Rowland, Oxford 1999, ss. 291-300.

Bromberg W., *Man above humanity. A history of psychotherapy,* Philadelphia 1954.

Brusiło J*., Życie bez bólu,* Kraków 1996.

Brzeziński T., *Tradycyjne zasady deontologii lekarskiej,* w: *Etyka i deontologia lekarska,* red. T. Kielanowski, Warszawa 1985, s. 30-96.

Buber M., *Życie między osobą a osobą,* „Więź" 23(1980) nr 5(265), ss. 11-24.

Buczyński F. L., *Rodzina z dzieckiem chorym na białaczkę,* Lublin 1999.

Bukowski J., Kocur J., *Tajemnica lekarska. Norma moralna i prawna,* „Sztuka Leczenia", 1(1997) nr 3, ss. 9-14.

Bultmann R., *Der Lebensbergriff des Neuen Testamentes,* w: *Theologisches Wörterbuch zum Neuen Testament,* red. G. Kittel, Stuttgart 1935, t. II, ss. 856-862.

Camus A., *Człowiek zbuntowany. Eseje,* Warszawa 1971.

Carlson J. A., *The psychological effects of sudden infant death syndrome on parents,* „Journal of Pediatric Health Care" (1993) nr 7, ss. 77-81.

Chenu M. D., *Vox populi – vox Dei. Opinia publiczna w Ludzie Bożym,* „Znak" 20(1968), ss. 1-14.

Chłap Z., *Korzenie etyki chrześcijańskiej w medycynie,* w: *Spotkania z bioetyką,* red. M. Renkielska, Kielce 1999, ss. 10-40.

Chłap Z., *Z działalności Papieskiej Akademii „Pro Vita",* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 16(1995) nr 3(171), ss. 47-48.

Chodak M., Komornicki A*., Przykład współpracy pacjenta, psychologa i lekarza w przypadku młodej kobiety chorej na nowotwór złośliwy,* „Psychoterapia" 84(1993) nr 1, s. 27.

Chojnacka-Szawłowska G., *Kryzys w chorobie nowotworowej,* w: *Psychoonkologia,* red. K. de Walden-Gałuszko, Kraków 2000, ss. 55-70.

Chojnacka-Szawłowska G., *Rozpoznanie choroby nowotworowej. Uwarunkowania psychologiczne,* Warszawa 1998.

Christos G. A., Christos J. A., *A possible explanation of Sudden Infant Death Syndrome (SIDS),* „Medical Hypotheses" 41(1993), s. 245-246.

Chrostowski W., *Cierpienie dziecka. Sens cierpienia niewinnych,* „Medicus" 1(1992) nr 6, s. 9-10.

Chrostowski W., *Duchowe aspekty paliatywnej opieki pediatrycznej,* „Collectanea Theologica" 69(1999) nr 3, ss. 101-116.

Clarck W. H., *Personality and motivation. Structure and Measurement,* New York 1958.

Col N., Fanale J. E., Kronholm P., *The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly,* „Archives of Internal Medicine" (1990) nr 150, ss. 841-845.

Composta D., *Prospettive per una teologia del diritto,* „Sal" 29(1967) nr 1, ss. 28-69.

Corecco E., *Sens cierpienia,* „Communio" 18(1998) nr 3(105), ss. 55-62.

Cormier Ph., *„Ta choroba nie zmierza ku śmierci" (J 11,4),* „Communio" 9(1989) nr 2(50), ss. 111-130.

Cormier Ph., *Nadzieja w obliczu śmierci,* „Communio" 17(1997) nr 5(101), ss. 64-71.

Courbasson Ch. M., Endler N. S, Cunningham A. J., *Coping with stress, how do people with cancer do it?,* w: *Advances in „Health Psychology" research,* red. W.R. Schwarcer, Berlin 1998, ss. 1-10.

Cowley L.T., Young E., Rafifin T., *Care of the dying: An ethical and historical perspective, „Critical Care Medicine",* 20(1992) nr 10, ss. 1473-1482.

Cypriani S., Epistola XXXVI. *Ad clerum de cura pauperum et peregrinorum,* w: *Patrologiae cursus completus. Series prima,* red. J.P. Migne, Parisiis 1844, t. IV, kol. 326-327.

Czajkowski M., *Cierpienie i solidarność. Refleksje na marginesie „Salvifici doloris",* „Więź" 27(1984) nr 5(307), ss. 7-10.

Dangel T., *Opieka paliatywna nad dziećmi,* „Pediatria Polska" 74(1999) nr 8, ss. 735-743

Derogatis L. R., Morrow G. R.,Fetting J., Penman D., Piasetsky S., Schmale A. M., *The prevelence of psychiatric disorders among cancer patients,* „Journal of the American Medical Association" (1983) nr 6(249), ss. 751-757

Deutsch H., *Absence of grief,* „The Psychoanalytic Quarterly" 6(1937), ss. 12-22.

Dola K., *Szpitale średniowieczne Śląska cz. I. Rozwój historyczny,* „Rocznik Teologiczny Śląska Opolskiego" 1(1968), ss. 239-292.

Dola K., *Szpitale średniowieczne Śląska cz. II. Funkcjonowanie,* „Rocznik Teologiczny Śląska Opolskiego" 2(1970), ss. 177-208.

Dolińska G., *Poradnictwo psychologiczne dla pacjentek oddziałów ginekologicznych,* „Acta Universitatis Wratislaviensis" (1980) nr 608, ss. 109-126.

Domżał-Drzewicka R., *Czym jest eutanazja w XX wieku?,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, ss. 111-113.

Domżał T., *Ból – przyjaciel czy wróg?,* „Magazyn Medyczny" 4(1993) nr 2, ss. 12-26.

Drożdż B., *Duszpasterstwo chorych,* w: *Duszpasterstwo specjalne,* red. R. Kamiński, B. Drożdż, Lublin 1998, ss. 273-290.

Drożdż A., *Człowiek człowiekowi. Teologia moralna szczegółowa Cz. 2,* Tarnów 2001.

Dubowska A., Franek G., Leszczyńska G., *Ocena przygotowania pielęgniarek do opieki nad chorymi w stanach terminalnych,* „Pielęgniarka i Położna" 38(1996) nr 2, ss. 4-6.

Duchniewski J., Bonifratrzy, w: *Encyklopedia Katolicka,* Lublin 1985, t. I, koll. 799-801.

Dudziak J., *Gwarancje wolności religijnej w konkordacie,* „Ateneum Kapłańskie" 88(1996) z. 1(524), ss. 50-59.

Durbin M., *From both sides now: a parent-physician's view of parent-doctor relationships during pediatric cancer treatment,* „Pediatrics" 100(1997) nr 2, ss. 263-267.

Durda W., *Chrześcijańska postawa wobec cierpienia,* Kraków 1998.

Duszpasterstwo specjalne, red. R. Kamiński, B. Drożdż, Lublin 1998.

Dylus A., *Prawo naturalne,* w: *Słownik teologiczny,* red. A. Zuberbier, Katowice 1998, ss. 455-458.

Dziuba, A., *Z problematyki etycznej chorych i umierających,* „Chrześcijanin w Świecie" 14(1982) nr 3(105), ss. 48-60.

Elkin T. D, Phipps S., Mulhern R. K., Fairclough D., *Psychological functioning of adolescent and young adult survivors of pediatric malignancy,* „Medical and Pediatric Oncology" 29(1997) nr 6, ss. 582-588.

Emanuel E.,. Emanuel L., *Four Models of Physician-Patient Relationship,* „Journal of the American Medical Association" 267(1992) nr 16, s. 2221-2222.

Epstein L. H., *The direct effects of compliance on health outcome,* „Health Psychology" (1984) nr 3, ss. 385-393

Ettlinger P. R. A., Freeman G. K., *General practice compliance study: is it worth being a personal doctor?,* „Annals of the Rheumatic Diseases" (1981) nr 282, ss. 1192-1194

Etyka i deontologia lekarska, red. T. Kielanowski, Warszawa 1985.

Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne, red. A. Biela, Lublin 1996.

Fallowfield L., *Improving the quality of life in cancer care,* „Cancer Forum" (1995) nr 19, s. 129.

Farrell M. M, Levin D. L., *Brain death in the pediatric patient: historical, socjological, medical, religious, cultural, legal, and ethical considerations,* „Critical Care Medicine" 21(1993) nr 12, ss. 1951-1965.

Feifel H., *Psychologia śmierci, w: Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 7-22.

Filipiak M., *Biblia o człowieku. Zarys antropologii biblijnej Starego Testamentu,* Lublin 1979.

Formański J., *Psychologia,* Warszawa 2000.

Fost N., *Ethical implications of screening asyptomatic individuals,* „The FASEB Journal" 6(1992) nr 10, ss. 2813-2817.

Frankl V. E., *Homo patiens,* Warszawa 1984.

Fularz A., *Moralna niedopuszczalność eutanazji,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, ss. 94-97.

Furlan M., *Etica professionale per infermieri,* Padova 1985.

Gach P., *Sieć szpitali w diecezji krakowskiej w połowie XVIII w.,* „Roczniki Humanistyczne" 21(1973) z. 2, ss. 242-251.

Gadamer H. G., *Niezdolność do rozmowy,* „Znak" 32(1980), ss. 369-378.

Geets C., *Vérité et mensonge dans relation au malade,* „Revue d'ethique et théologie morale, Le Supplément" (1993) nr 184, ss. 56-77.

Gillet Grant R. G., *Prawa pacjenta,* „Magazyn Medyczny" 3 (1992) nr 11, s. 46-47.

Gillett G. R., *Information and Consent,* „Hospimedica" 8(1991) nr 9, ss. 18-25.

Gillon R., *Etyka lekarska. „Problemy" filozoficzne,* Warszawa 1997.

Gogacz M., *Warunki skuteczności apostolstwa świeckich,* „Communio" 1(1981) nr 6, ss. 119-131.

Gosk G., *Ogólne spojrzenie na ból w pediatrii,* „Terapia" 4(1996) nr 4, s. 23-24.

Góralczyk P., *Świecki chrześcijanin w życiu zawodowym,* „Communio" 1(1981) nr 6, ss. 56-64.

Góralski W., *Adamczewski W., Konkordat między Stolicą Apostolską i Rzeczpospolitą Polską z 28 lipca 1993 r.,* Płock 1994.

Góralski W., *Droga do konkordatu,* „Ateneum Kapłańskie" 88(1996) z. 1(524), ss. 3-15.

Górnicki B., *Kodeks sumienia pediatry,* „Przegląd Pediatryczny" 25(1995) nr 3, ss. 5-9.

Górnicki B., *Kodeks sumienia współczesnego lekarza,* „Gazeta Lekarska" (1997) nr 1(72), s. 37-38.

Grabowski M., *W obliczu ludzkiego początku,* „Znak" 43(1991) nr 10(437), ss. 31-46.

Grabska S., *Cierpienie,* w: *Słownik teologiczny,* red. A. Zuberbier, Katowice 1998, s. 92-93.

Gracia D., *I diritti in sanità nella prospettiva bioetica,* „L'Arco di Giano" (1994) nr 4, ss. 29-44.

Granat W., *Personalizm chrześcijański. Teologia osoby ludzkiej,* Poznań 1985.

Green P. E., *Kontakt z dzieckiem chorym terminalnie. Punkt widzenia pielęgniarki – specjalistki,* w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 219-227.

Greniuk F., *Teologia moralna wobec Kodeksu prawa kanonicznego,* „Roczniki Teologiczno-Kanoniczne" 31(1984) z. 3, ss. 19-36.

Grygiel S., *Tożsamość poczętego dziecka,* „Znak" 43(1991) nr 10(437), ss. 47-59.

Grymonpre R. E., Mitenko P. A., Sitar D. S., *Drug-associated hospital admissions in older medical patients,* „Journal of the American Geriatrics Society" (1988) nr 36, ss. 1092-1098.

Grzesiuk S., *Biblijno-teologiczne aspekty cierpienia i choroby,* „Wiadomości Diecezji Lubelskiej" 52(1978) nr 1-4, ss. 52-55.

Gubała W., *Etyka chrześcijańska wobec transplantacji,* „Służba Zdrowia" (1994) nr 50(2445), s. 3.

Gubała W., *O etyce lekarskiej na co dzień,* „Biuletyn Lekarski"(2000) nr 6, ss. 7-9.

Gubała W., *Służyć życiu ludzkiemu,* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 16(1995) nr 3(171), s. 46-47.

Gubała W., *Wyzwania moralne w obliczu choroby nowotworowej,* w: *Globalizacja, życie i zdrowie, medycyna. Chrześcijanin wobec niektórych problemów moralnych*, red. B. Mielec, Kraków 2002, ss. 61-80.

Gubała W., *Zagadnienia etyczne w anestezjologii i intensywnej terapii w nauczaniu Jana Pawła II,* w: *Śladami Boga i Człowieka. Księga pamiątkowa ku czci ks. prof. dra hab. Jana Kowalskiego,* red. J. Orzeszyna, Kraków 2000, ss. 279-287.

Gubiński A., *Komentarz do kodeksu etyki lekarskiej poprzedzony podstawami odpowiedzialności karnej lekarza*, Warszawa 1994.

Gutowski W., *Prawne aspekty transplantacji,* „Służba Zdrowia" (1994) nr 50(2445), s. 4-5.

Haag E., *Sens cierpienia w Starym Testamencie,* „Communio" 9(1989) nr 2(50), ss. 3-16.

Hagard H. W., *The doctor in history,* New Haven 1934.

Hainaut H., *Face â l'enfant mourant. Revue d'éthique et théologie morale,* „Le Supplement" (1993) nr 184, ss. 79-88.

Hamman A., *Życie codzienne pierwszych chrześcijan,* Warszawa 1990.

Harrison J., Maguire P., *Influence of age on psychological adjustment to cancer,* „Psychooncology" (1995) nr 4, ss. 33-38.

Hauser R. J., *Jak znaleźć Boga w cierpieniu*, Kraków 1999.

Havard J., *Medical Confidence,* „Journal of Medical Ethics" 11(1985) nr 1, ss. 8-11.

Hecht M. H, *Dynamics of bereavement,* „Journal of Religion and Health" (1971) nr 10, ss. 359-372.

Heszen-Klemens I., Jarosz M., *Stosunek lekarz-pacjent. Zespół diagnostyczno-terapeutyczny,* w: *Psychologia lekarska,* red. M. Jarosz, Warszawa 1983, ss. 293-322.

Heszen-Niejodek I, *Radzenie sobie z konfrontacją stresową,* „Nowiny Psychologiczne"(1991) nr 1-2, ss. 13-26.

Hildebrand von A., *Uszlachetnione cierpieniem. Listy do wdowy*, Poznań 2002.

Hirsch E., *Médecine et éthique. Le devoir d'humanité,* Paris 1990.

Hockenberry-Eaton M. J., Cotanch P. H., *Evaluation of child's perceived self – competence during treatment for cancer,* „Journal of Pediatric Oncology Nursing", 6(1989) nr 3, ss. 55-62.

Höffe O., *Prawa człowieka jako podstawa politycznej humanitas,* „Communio" 1(1981) nr 6, ss. 65-77.

Hogan F., *Niechciane błogosławieństwo,* Kraków 1993.

Hollender M. C., *Psychologia w praktyce lekarskiej,* Warszawa 1975.

Horgan J., *W poszukiwaniu godnej śmierci,* „Świat Nauki" (1997) nr 7, ss. 68-74.

Horung R., Krebs. Wissen. Einstellung und präventives Verhalten der Bevölkerung, Bern 1986.

Howarth G., Jefferys M., *Euthanasia. Sociological perspectives,* „British Medical Bulletin" 52(1996) nr 2, ss. 376-385

Hulka B. S., Cassel J. C., Kupper L. L., *Communication. Compliance and concordance between physicians and patients with prescribed medications,* „American Journal of Public Health" (1976) nr 66, ss. 847-853.

Huston P. E, *Neglected approach to cause and treatment of psychotic depression,* „Archives of General Psychiatry" 24(1971) nr 6, ss. 505-508.

Ingelfinger F. J., *Arrogance,* „New England Journal of Medicine" 303(1980) nr 26, ss. 1509-1510.

Jacquard A., *Koszmar manipulacji,* „Znak" 43(1991) nr 10(437), ss. 74-80.

Jagas B., *Uwolnić od bólu i samotności. O opiece hospicyjnej nad dziećmi,* „Magazyn Medyczny" 8(1997) nr 12, ss. 39-41.

James W., *Doświadczenie religijne,* Warszawa 1958.

Jankowski St., *Zbawczy charakter cierpienia w świetle tekstów biblijnych,* „Ateneum Kapłańskie" 93(2001) z. 2-3(555-556), ss. 206-226.

Jantos M., *Rozmowy z dziećmi o śmierci i cierpieniu,* „Sztuka Leczenia" 4(1998) nr 1, ss. 23-27.

Janus J., *Wielki pasterz na wschodnich rubieżach. Śp. Zygmunt z Łozin-Łoziński, biskup piński (1870-1932),* Warszawa 1936.

Januszewska E., *Psychosomatyczne aspekty białaczki u dzieci,* Lublin 1994.

Jarema M., Jarema A., *Psychiczne aspekty choroby nowotworowej,* „Polski Tygodnik Lekarski" 30(1975) nr 49, ss. 2050-2052.

Jaros H., *Obowiązek,* w: *Słownik teologiczny,* red. A. Zuberbier, Katowice 1998, s. 351-352.

Jarosz J., Hiliger M., *Leczenie bólów nowotworowych,* „Służba Zdrowia" (1996) nr 19-23, ss. 23-26.

Jarosz J., *Leczenie bólów nowotworowych,* w: *Zasady postępowania diagnostycznego i leczenia obowiązujące w Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie,* red. A. Kulakowski, Warszawa 1991, ss. 1-6.

Jarosz M., *Psychologia lekarska,* Warszawa 1993.

Jaworski R., *Miejsce spotkania duszpasterstwa i psychoterapii,* „Studia Płockie" 19-20(1991-1992), ss. 171-191.

Jelonkiewicz I., *Radzenie sobie rodziców z chorobą dziecka. Wybrane zagadnienia,* „Nowiny Psychologiczne" (1992) nr 4, ss. 104-108.

Jezierski K. G., *Ból jako problem onkologiczny,* „Magazyn Medyczny" 6(1995) nr 4, s. 34-35.

Jokiel M., Sikorska E., *Opinia publiczna o informowaniu pacjentów w rozpoznaniu choroby nowotworowej w latach 1976 i 1986,* „„Nowotwory"" 40(1990) nr 1, ss. 59-64.

Juczyński Z., Szamburska J., E. Czechowicz, *Informowanie pacjenta o chorobie nowotworowej w opinii i praktyce lekarskiej,* „„Nowotwory"" (1997) nr 47, ss. 43-57.

Juczyński Z., *Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową,* w: *Psychoonkologia,* red. K. de Walden-Gałuszko, Kraków 2000, ss. 23-44.

Juros H., *Chrześcijańska moralność relacji międzyosobowych,* „Chrześcijanin w Świecie", 2(1970) nr 3, ss. 63-75.

Juros H., *Prawa człowieka, w: Słownik teologiczny,* red. A. Zuberbier, Katowice 1998, ss. 448-451.

Kaczmarek T., *Prawa pacjenta a odpowiedzialność prawna lekarza,* „Gazeta Lekarska" (1997) nr 9(80), s. 45-46.

Kaczmarek T., *Tematyka cierpienia w nauczaniu Ojców Kościoła,* „Ateneum Kapłańskie" 93(2001) z. 2-3(555-556), ss. 227-247.

Kahn A., *Rapport général des ateliers centraux,* w: *Colloque Patrimoine génétique et droits de l'humanité,* red. G. Huber, Paris 1990, ss. 27-52.

Kalinowski M., *Zadania pastoralne kapelanów w społeczeństwie pluralistycznym,* „Roczniki Teologiczne" 47(2000) z. 6, ss. 123-141.

Kalinowski M., *Wskazania Kościoła dotyczące duszpasterstwa pracowników służby zdrowia,* „Roczniki Teologiczne" 42(1995) z. 6, ss. 27-41.

Kalinowski M., *Formacja religijna pracowników służby zdrowia,* „Studia Warmińskie" 33(1996), ss. 103-119.

Kalinowski M., *Duszpasterstwo hospicyjne*, w: *Duszpasterstwo specjalne*, red. R. Kamiński, B. Drożdż, Lublin 1998, ss. 141-155.

Kalinowski M., *Posługa kapelanów hospicyjnych wśród chorych w terminalnym stadium choroby nowotworowej,* „Studia Warmińskie" 37(2000), ss. 561-577.

Kamiński B., *Lekarz wobec śmierci,* „Problemy" 33(1977) nr 2(271), s. 6-7.

Kaplan D., *Intervention strategies for families,* w: *Psychosocial aspects of cancer*, red. J. Cohen, New York 1982, ss. 221-234.

Kapłan katolicki u chorego czyli obrzędy przy chorych, konających i zmarłych, red. S. T. Administrator parafii Kock. Warszawa 1895.

Kardas P., Ratajczyk-Pakalska E., *Przestrzeganie zaleceń lekarskich,* w: *Komunikowanie się lekarza z pacjentem,* red. J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwki, Wrocław 2000, ss. 105-120.

Kebers C., *Jak mówić o cierpieniu i śmierci,* Kraków 1994.

Kennell J. H., Slyter H., Klaus M. H, *The mourning of parents to the death of a newborn infant,* „The New England Journal of Medicine" (1970) nr 7, ss. 344-349.

Kępiński A., *Autoportret człowieka. Myśli – aforyzmy,* Kraków 2001.

Kielanowski T., *Medyczne i moralne „Problemy" umierania i śmierci,* w: *W kręgu życia i śmierci,* red. Z. Szwarski, Warszawa 1987, ss. 243-251.

Kleszcz H., *Od życia do śmierci,* „Magazyn Medyczny" 6(1995) nr 11, s. 22-23.

Kłoczowski J., *Wspólnoty chrześcijańskie,* Kraków 1964.

Kłoczowski J., *Zakony na ziemiach polskich w wiekach średnich,* w: *Kościół w Polsce. Średniowiecze*, red. J. Kłoczowski 1968, t. I, ss. 375-584.

Knap R. I, *How parents react and cope with one of life's most devastating losses,* „Psychology Today" (1987), ss. 60-69.

Kocińska K., *Terminalna faza choroby nowotworowej*, „Pielęgniarka i Położna" 38(1996) nr 10, ss. 8-11.

Kokoszka W., *O konieczności zapobiegania urazom psychosomatycznym spowodowanym dużymi operacjami ginekologicznymi,* „Polski Tygodnik Lekarski" 35(1980) nr 3, ss. 89-91.

Komorska M., *Postawy wobec śmierci w społeczeństwie polskim,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, ss. 122-126.

Komunikowanie się lekarza z pacjentem, red. J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwki, Wrocław 2000.

Kondáš O., *Psychologia kliniczna,* Warszawa 1984.

Kornas St., *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej,* Częstochowa 1986.

Kornas-Biel D., *Aborcja i eutanazja. Dramat współczesnej cywilizacji,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, ss. 163-172.

Kosmol P., *Geneza współczesnej problematyki prawa i moralności,* „Chrześcijanin w Świecie" 15(1983) nr 9, ss. 56-67.

Kośmicki M., *Uświadomiona zgoda chorego na udział w eksperymencie medycznym,* w: *Pacjent u schyłku XX w.,* Kielce 1997, ss. 38-66.

Kowalczyk J. R., *Dziecko z chorobą nowotworową,* Warszawa 1998.

Kowalczyk S., *Prawda jako wartość w nauczaniu Jana Pawła II,* „Ateneum Kapłańskie" 89(1997) z. 1(530), ss. 55-65.

Kowalski J., *Katolik wobec Encykliki „Humanae vitae",* „Częstochowskie Wiadomości Diecezjalne" 43(1969), ss. 137-143.

Kowalski J., *Ku odnowie teologii moralnej,* „Collectanea Theologica"40(1970) fasc. IV, ss. 115-120.

Kowalski J., *Dyskusja nad podstawowymi problemami teologiczno-moralnymi,* „Collectanea Theologica"41(1971) fasc. II, ss. 98-104.

Kowalski J., *Człowiek jako obraz Boży w świetle Konstytucji Gaudium et spes,* „Częstochowskie Studia Teologiczne" 1(1973) ss. 105-130.

Kowalski J., *Pluralizm w teologii moralnej na tle pluralizmu chrześcijańskiego,* „Częstochowskie Studia Teologiczne" 3(1975), ss. 257-279.

Kowalski J., *Wartości humanistyczne i ich aktualny stan w etyce chrześcijańskiej, w: Teologia moralna w obliczu aktualnego etosu polskiego. Akta Kongresu Teologów Moralistów Polskich odbytego w Krakowie 17-19 IX 1974,* Kraków 1976, ss. 141-154.

Kowalski J., *Refleksje moralisty na marginesie „Redemptor hominis",* „Ruch Biblijny i Liturgiczny" 32(1979), ss. 336-340.

Kowalski J., *Znamiona godności człowieka,* w: *Poznać człowieka w Chrystusie. Jan Paweł II o godności ludzkiej,* Częstochowa 1983, ss. 107-177.

Kowalski J., *Kultura w integralnym rozwoju człowieka w świetle nauczania Jana Pawła II,* w: „Służyć prawdzie i miłości", Częstochowa 1984, ss. 251-268.

Kowalski J., *Praca realizacją powołania chrześcijańskiego do uczestnictwa w zbawczych planach Bożych. Wychowanie w miłości i w prawdzie,* „Biuletyn Nauczycielski" 17(1984) nr 165-167, ss. 55-64.

Kowalski J., *Personalistyczny wymiar pracy w świetle nauczania papieża Jana Pawła II,* „Częstochowskie Studia Teologiczne" 12-13(1984-1985), ss. 331-341.

Kowalski J., *Obrona życia ludzkiego w praktyce lekarskiej w świetle Magisterium Kościoła,* „Rodzina Katolicka" (1985) nr 5-6(60-61), ss. 5-32.

Kowalski J., *Odpowiedzialność za dar życia. Spotkania naukowe polskich moralistów,* „Collectanea Theologica"56(1986) fasc. III, ss. 72-81.

Kowalski J., *Obrona życia ludzkiego w praktyce lekarskiej w świetle Magisterium Kościoła,* „Homo Dei" 56(1987) nr l(203), ss. 5-32.

Kowalski J., *Etyka katolicka wobec poczynań inżynierii genetycznej,* „Częstochowskie Studia Teologiczne" 15-16(1987-1988) ss. 115-130.

Kowalski J., *Obrona życia ludzkiego w praktyce lekarskiej w świetle Magisterium Kościoła,* „Częstochowskie Studia Teologiczne" 15-16(1987-1988), ss. 293-311.

Kowalski J., *Chrześcijanin a kultura w świetle nauczania Jana Pawła II,* „Analecta Cracoviensia" 20(1988), ss. 199-207.

Kowalski J., *Uczynki Miłosierdzia. Konieczność czy przeżytek,* „Ład" 6(1988) nr 26, s. 4.

Kowalski J., *Sytuacja chrześcijaństwa i Kościoła na progu trzeciego tysiąclecia,* w: *Osoba, Kościół, społeczeństwo,* Wrocław 1992, ss. 269-278.

Kowalski J., *Dezyderaty stawiane teologom moralistom przez Jana Pawła II w Encyklice „Veritatis splendor",* w: *W prawdzie ku wolności. W kręgu Encykliki „Veritatis splendor",* Wrocław 1994, ss. 144-156.

Kowalski J., *Na marginesie Encykliki „Veritatis splendor" Jana Pawła II,* „Wspólnota Michael" (1994) nr 1(56), ss. 19-26.

Kowalski J., *Zaangażowanie na rzecz ubogich,* w: *Zaangażowanie chrześcijan w życiu społecznym,* Opole 1994, ss. 185-201.

Kowalski J., *Akcja Katolicka wobec kwestii społeczno-gospodarczych,* w: *Akcja Katolicka dzisiaj,* Wrocław 1995, ss. 85-96.

Kowalski J., *Eksploracja genetyczna w świetle Encykliki „Evangelium vitae" i etyki katolickiej,* Jelenia Góra 1995.

Kowalski J.*,"Evangelium vitae" i etyka katolicka o zapłodnieniu pozaustrojowym,* w: *Życie dar nienaruszalny. Wokół encykliki „Evangelium vitae",* red. A. Młotek, T. Reroń, Wrocław 1995, ss. 141-152.

Kowalski J., *„Evangelium vitae". Opinie i komentarze w prasie zachodniej,* w: *Życie dar nienaruszalny. Wokół encykliki „Evangelium vitae",* red. A. Młotek, T. Reroń, Wrocław 1995, ss. 64-69.

Kowalski J., *Kontekst powstania encykliki „Evangelium vitae" i jej istotna treść,* w: *Życie dar nienaruszalny. Wokół encykliki „Evangelium vitae",* red. A. Młotek, T. Reroń, Wrocław 1995, ss. 23-33.

Kowalski J., *Przyczyny alienacji współczesnego człowieka,* „Wrocławski Przegląd Teologiczny" 3(1995) nr l, ss. 31-45.

Kowalski J., *Teologia moralna wobec kary pozbawienia życia, w „Evangelium vitae". Dobra nowina o życiu ludzkim,* Kraków 1995, ss. 106-108.

Kowalski J., *Kwalifikacja teologiczna zasad i norm zawartych w Katechizmie Kościoła Katolickiego,* „Częstochowskie Studia Teologiczne" 23-24(1995-96), ss. 253-260.

Kowalski J., *Ku pełni nawrócenia, odnowy i odrodzenia,* w: *Ku odnowie człowieka i społeczeństwa,* Wrocław 1996, ss. 105-136.

Kowalski J., *Współczesne wyzwania stawiane teologii moralnej,* Częstochowa 1996.

Kowalski J., *Sprawiedliwość społeczna u podstaw skutecznej ewangelizacji,* w: *Ad libertatem in veritate,* Opole 1996. ss. 427-438.

Kowalski J., *Dziecko w różnych religiach,* „Sosnowieckie Studia Teologiczne" 3(1997), ss. 49-58.

Kowalski J., *Refleksje nad aspektami etycznymi choroby AIDS,* w: *Veritatem facientes,* Lublin 1997, ss. 293-306.

Kowalski J., *Sprawiedliwość społeczna u podstaw skutecznej ewangelizacji,* „Chrześcijanin w Świecie" 26(1997) nr l(202), ss. 29-40.

Kowalski J., *Współczesna interpretacja sumienia,* w: *Sumienie wyznacznikiem ludzkiej moralności,* Warszawa 1997, ss. 65-83.

Kowalski J., *Wyzwania stawiane Kościołowi o zmierzchu drugiego i na progu trzeciego tysiąclecia,* „Chrześcijanin w Świecie" 26(1997) nr 4(205), ss. 3-22.

Kowalski J., *Moralny obowiązek opieki rodziny nad chorym w stanie terminalnym, w: Etyczne aspekty opieki nad chorymi w stanach terminalnych,* Częstochowa 1998, ss. 87-93.

Kowalski J., *Dialog między nauką a wiarą,* „Saeculum Christianum" 6(1999) nr l, ss. 161-170.

Kowalski J., *Udział świeckich w pastoralnej posłudze Kościoła w krajach zachodnioeuropejskich,* „Sosnowieckie Studia Teologiczne" 4(1999), ss. 139-160.

Kowalski J., *Duchowe potrzeby chorego w stanie terminalnym i jego otoczenia,* w: *Humanizacja opieki medycznej nad człowiekiem w terminalnym okresie choroby nowotworowej,* Częstochowa 2000, ss. 37-54.

Kowalski J., *Powołanie lekarza wpisane w bezsilność medycyny wobec choroby i cierpienia,* w: M. Wrężel, *Partnerski charakter relacji między lekarzem i chorym. Aspekt moralny,* Kraków 2000, ss. 5-8.

Kowalski J., *Szacunek i pomoc dla człowieka bliskiego śmierci,* w: *Chronić i wspomagać życie ludzkie,* red. K. Kaczmarczyk, Kraków 2000, ss. 143-156.

Kowalski J., *Szacunek i pomoc dla człowieka bliskiego śmierci. Aspekt moralny,* w: *Humanizacja opieki medycznej nad człowiekiem w terminalnym okresie choroby nowotworowej,* Częstochowa 2000, ss. 55-65.

Kowalski J., *Życie ludzkie bezcenną wartością,* w: *Chronić i wspomagać życie ludzkie,* red. K. Kaczmarczyk, Kraków 2000, ss. 7-10.

Kowalski J., *Ekonomia potrzebuje etyki,* „Częstochowskie Studia Teologiczne" 29(2001), ss. 47-56.

Kowalski J., *Granice ingerencji człowieka w naturę w perspektywie teologiczno-moralnej,* w: *Ósmy dzień stworzenia. Etyka wobec możliwości inżynierii genetycznej,* red. M. Machinek, Olsztyn 2001, ss. 123-134.

Kowalski J., *Ewangeliczna troska o ubogich i wydziedziczonych,* w: Powszechne przeznaczenie dóbr w nauce Ojców i pisarzy kościelnych IV i V wieku, red. J. Bryja, Częstochowa 2002, ss. 5-8

Kowalski J., *Granice ingerencji człowieka w naturę w perspektywie teologiczno-etycznej,* w: *Konferencje. Opieka paliatywna i hospicyjna „Quo vadis". Hospicjum w służbie umierającym,* Częstochowa 2002, ss. 66-75.

Kowalski J., *Opieka religijna nad chorymi,* w: *Konferencje. Opieka paliatywna i hospicyjna „Quo vadis". Hospicjum w służbie umierającym,* Częstochowa 2002, ss. 150-158.

Kowalski J., *Teologiczno-moralny wymiar globalizacji,* w: *Globalizacja, życie i zdrowie, medycyna. Chrześcijanin wobec niektórych problemów moralnych,* red. B. Mielec, Kraków 2002, ss. 21-32.

Krasuska M. E., *Opieka w chorobie nowotworowej,* Lublin 1997.

Kronika medycyny, red. M. B. Michalik, Warszawa 1994.

Kształtowanie postaw etycznych lekarzy. Materiały z konferencji odbytej 10 lutego 1997 r., Kraków 1997.

Kubik K., *Człowiek cierpiący i jego prawa w świetle nauczania Jana Pawła II,* „Przegląd Lekarski" 56(1999) nr 3, s. 254.

Kübler-Ross E., *Życiodajna śmierć. O życiu, śmierci i życiu po śmierci,* Poznań 1996.

Kujawska-Tener J., *Niektóre „Problemy" w opiece paliatywnej,* „Nowotwory" 46(1996) nr 2, ss. 241-247.

Kujawska-Terner J., *Problem eutanazji w opiece paliatywnej,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, s. 71-72.

Kukowska M., *Chory nie musi cierpieć,* „Służba Zdrowia" (1996) nr 72, s. 8.

Kulczycki M., *Charakterystyka sytuacji pacjenta w lecznictwie otwartym,* w: *Psychologia lekarska,* red. M. Jarosz, Warszawa 1983, ss. 260-271.

Kulczycki M., *Pacjent w szpitalu,* w: *Psychologia lekarska,* red. M. Jarosz, Warszawa 1983, ss. 272-292.

Kulczyński B, Mansterski J., Wójtowicz G., *Zachowanie rodziny dzieci chorych na „Nowotwory" złośliwe,* „Otolaryngologia Polska".50(1996) nr 5, ss. 514-516.

Küng H., *Bóg a cierpienie,* Warszawa 1973.

Kutz S., *Rozważania o cnocie prawdomówności,* „Concilium" (1966-1967) nr 1-10, ss. 529-562.

Labrusse-Riou C., *Żywy człowiek. Biotechnologie i prawa człowieka,* „Znak" 43(1991) nr 10(437), ss. 81-91.

Lähteenmäki P., Salmi T., Salo M., *Children with malignant disorders: the health and life situation of their parents examined over a 7-ear interval,* „Acta Paediatrica" 85(1996) nr 1, ss. 70-75.

Laing I. A, Halley G. C., *Kiedy przerwać opiekę neonatologiczną,* „Aktualności Pediatryczne" 4(1995) nr 3, s. 192-193.

Landwirth J., *Ethical issues in pediatric and neonatal resuscitation,* „Annals of Emergency Medicine" 22(1993) nr 2, ss. 502-507.

Langan Th., *Cierpienie kosmosu,* „Communio" 9(1989) nr 2(50), ss. 56-65.

Larchet J. C., *O Dobrym używaniu choroby według Ojców Kościoła,* „Communio" 18(1998) nr 3(105), ss. 44-54.

Larchet J. C., *Théologie de maladie,* Paris 1994.

Latawiec A., *Za czy przeciw eutanazji, w: Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, ss. 158-162.

Lazari-Pawłowska I., *Schweitzer,* Warszawa 1976.

Legocki A., *„Problemy" etyczne współczesnego przyrodoznawstwa,* w: *Wybrane „Problemy" deontologii lekarskiej,* red. R. Szulc, Poznań 1999, ss. 24-30.

Levy M., Mermelstein L., Hemo D., *Medical admissions due to noncompliance with drug therapy, International Journal of Clinical Pharmacology,* „Therapy and Toxicology" (1982) nr 20, ss. 600-604.

Lewer H., Robertson L., *Opieka nad dzieckiem,* Warszawa 1990.

Lewis C. E., Siegel J. M., Lewis M. A., *Feeling bad. Exploring sources of distress among pre-adolescent children,* „American Joumal of Public Health" (1984) nr 74, ss. 117-122.

Lipiec J., *Teoria rozmowy z chorym. Prolegomena filozoficzne,* w: *Sztuka rozmowy z chorym,* red. A. Grajcarek, Kraków 2001, ss. 27-59.

Lis-Turlejska M., *Problematyka przeżywania utraty w psychologii klinicznej,* w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 24-39.

Łopatka A., *Międzynarodowe prawo praw człowieka,* Warszawa 1998.

Łączkowski W., *Jaką wartością jest prawo,* „W drodze" (1993), nr 6, ss. 61-69.

Łuczak J., *Cierpienia ciała, psychiki i duszy,* „Magazyn Medyczny" 8(1997) nr 12, s. 37-38..

Łuczak J., *Czy tylko słowa? Sztuka rozmowy z chorym,* red. A. Grajcarek, Kraków 2001, ss. 97-111.

Łuczak J., *Etyka w opiece paliatywnej,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, ss. 29-60.

Łuczak J., *Krzyk śmierci. Medycyna wydłuża proces umierania,* „Polityka" (1998) nr 32(2153), s. 20-21.

Łuczak J., *Lekarz wobec umierającego,* w: *Wybrane „Problemy" deontologii lekarskiej,* red. R. Szulc, Poznań 1999, ss. 74-90.

Łuczak J., *Odejść bez bólu,* „Służba Zdrowia" (1994) nr 9, s. 3.

Łuczak J., Roszak A., *Co wiedzą o swojej chorobie pacjenci leczeni w szpitalu onkologicznym,* „Nowotwory", 40(1990) nr 1, s. 66-67.

Łukowska A. T., Karpińska K., *Eutanazja jako kamuflaż,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, ss. 115-121.

Maguir P., Brooke M., Tait A., Thomas C., Sellwod R., *Effect of counselling on physical disability and social recovery after mastectomy,* „Clinical Oncology" (1983) nr 9, ss. 319-324.

Mahoney J., *Bioetyka i wiara. Początek życia,* „Znak" 43(1991) nr 10(437), ss. 15-30.

Majka J., *Filozofia społeczna,* Warszawa 1982.

Majka J., *Kościół w Polsce po II wojnie światowej,* „Ateneum Kapłańskie" 85(1993) z. 1(506), ss. 6-23.

Majka J., *Rozważania o etyce pracy,* Wrocław 1986.

Makselon J., *Struktura wartości a postawa wobec śmierci,* Lublin 1983.

Makselon J., *Z psychologii cierpienia,* „Homo Dei" 56(1987) nr 1(203), ss. 40-47.

Makselon J., *Psychologia dla teologów,* Kraków 1990.

Makselon J., *Z psychologicznej problematyki żałoby,* w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 40-53.

Marcel G., *Życie a sacrum,* „Znak" 43(1991) nr 10(437), ss. 3-14.

Marciński A., *Przysięga Hipokratesa,* „Gazeta Lekarska" (2000) nr 12(119), s. 21.

Marion J. L., *Wielka godność zwykłego chrześcijanina,* „Communio" 1(1981) nr 6, ss. 78-103.

Masera G., Spinetta J., Jankovic M., *Guidelines for assistance to terminally ill children with cancer. A report of the SIOP Working Committee on Psychosocial Issues in Pediatric Oncology,* „Medical and Pediatric Oncology" 32(1999) nr 1, ss. 32-44.

Maunuksela E. L, Olkkola K. T., *Leczenie bólu u dzieci,* „Medycyna Praktyczna" (1992) nr 3, ss. 35-45.

Mayerscough Ph., Ford M., *Jak rozmawiać z pacjentem. Psychologia dla lekarzy,* Gdańsk 2001.

Mazurek F. J., *Ochrona praw człowieka przez rozwój i współpracę międzynarodową,* „Roczniki Nauk Społecznych" 14(1986) z. 1, ss. 61-79.

Mazurek F. J., *Prawa człowieka w encyklice Jana Pawła II „Sollicitudo rei socialis",* „Colloquium Salutis" 23-24(1993), ss. 135-150.

Mazurek F. J., *Katalog praw człowieka w encyklice „Centesimus annus",* „Colloquium Salutis" 25(1994), ss. 101-111.

Meissner K., *Naczelna wartość, sens życia a etyka lekarska,* w: *Wybrane „Problemy" deontologii lekarskiej,* red. R. Szulc, Poznań 1999, ss. 37-41.

Meissner K., *Technika a medycyna,* w: *Wybrane „Problemy" deontologii lekarskiej,* red. R. Szulc, Poznań 1999, ss. 42-46.

Meissner K., *Źródło różnorodności ocen etycznych,* w: *Wybrane „Problemy" deontologii lekarskiej,* red. R. Szulc, Poznań 1999, ss. 31-36.

Meissner R., *Rozważania nad deontologią lekarską,* w: *Wybrane „Problemy" deontologii lekarskiej,* red. R. Szulc, Poznań 1999, ss. 9-17.

Melina L., *Corso di bioetica. Il Vangelo della vita,* Casale Monferrato 1996.

Mellibruda L., *Terapia psychologiczna w chorobach somatycznych,* w: *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych,* red. I. Heszen-Niejodek Warszawa 1990, ss. 66-94.

Meyza J., *O porozumiewaniu się lekarza z chorym na raka,* „Nowotwory" 46(1996) nr 2, ss. 225-230.

Michalak J., *Zarys liturgiki*, Płock 1939.

Michalik J., *Świat podstawowym polem działalności świeckich,* „Ateneum Kapłańskie" 85(1993) z. 1(506), ss. 53-58.

Michnowska A., *O eutanazji,* „Gazeta Lekarska" (1997) nr 4(75), s. 39-40.

Minagawa H., Uchitomi Y., Yamawaki S., Ishitani K., *Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study,* „Cancer" (1996) nr 5(78), ss.1131-1137.

Miśkiewicz H., *Wybrane „Problemy" moralne w postępowaniu z chorym na choroby wewnętrzne,* w: *Refleksje nad etyką lekarską,* red. K. Osińska, Warszawa 1990, ss. 85-91.

Mojek S., *Czynna miłość bliźniego w służbie nowej ewangelizacji,* „Roczniki Teologiczne" 45(1998) nr 3, ss. 39-62.

Morciniec P., *Komunikowanie prawdy choremu terminalnie,* „Studia Śląska Opolskiego" 16(1996), ss.119-135.

Morciniec P., *Etyczne aspekty transplantacyjnej terapii chorób neurozwyrodnieniowych. Studium teologiczno moralne,* Opole 2002.

Mordkoff A. M., Parsons O. A., *The coronary personality – a critique,* „Psychosomatic Medicine" 29(1967) nr 1, ss. 1-14.

Mossakowska B., Mozol K., *Prawa dziecka hospitalizowanego,* „Przegląd Pediatryczny" 28(1998) nr 3, ss. 185-187.

Motyka M., *Niektóre aspekty pracy psychologa w ginekologii i położnictwie,* w: *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych,* red. I. Heszen-Niejodek Warszawa 1990, ss. 143-158.

Motyka M., *Zapotrzebowanie chorych przebywających w szpitalu na informacje o własnej chorobie i stosowanym leczeniu,* „Polski Tygodnik Lekarski" 39(1984) nr 3, ss. 75-77.

Mroczkowski I., *Cielesność a duchowość,* „Więź" 37(1994) nr 10(432), ss. 175-183.

Mroczkowski I., *Osoba i cielesność, Moralne aspekty teologii ciała,* Płock 1994.

Muc M., Madej K., Wierzgoń J., *Choroby nowotworowe a osobowość,* „Magazyn Medyczny" 8(1997) nr 3, s. 42-43.

Myrcha M., *Niezbędność prawa,* „Życie i Myśl" 26(1976) nr 3, ss. 24-29.

Nagórny J., *Zaniedbanie i przemoc. U źródeł współczesnych zagrożeń życia i zdrowia,* w: *„Ad libertatem in veritate". Księga pamiątkowa dedykowana ks. prof. A. Marcolowi,* red. P. Morciniec, Opole 1996, ss. 285-305.

Nagórny J., *Godność powołania medycznego,* „Roczniki Teologiczne" 44(1997) z. 3, ss. 5-25.

Nagórny J., *Społeczny charakter troski o życie i zdrowie,* „Roczniki Teologiczne" 46(1999) z. 3, ss. 5-23.

Nagórny J., *Ekologiczna płaszczyzna troski o życie i zdrowie,* w: *Globalizacja, życie i zdrowie, medycyna. Chrześcijanin wobec niektórych problemów moralnych,* red. B. Mielec, Kraków 2002, ss. 43-60.

Najman J. M., Vance J. C., Boyle F., Embleton G., Foster B., Thearle J., *The impact of child death on marital adjustment,* „Social Science and Medicine" 37(1993) nr 8, ss. 1005-1010.

Namysłowska I., Żałoba, w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 54-64.

Nesterowicz M., *Prawo medyczne,* Toruń 2000.

Nielubowicz J., *Tajemnica lekarska,* w: *Tajemnica lekarska,* red. I. Kleszczowa, Kraków 1994, ss. 16-17.

Niemiec H., *Życie cierpienie śmierć a eutanazja,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, ss. 75-82.

Niparko R., *Duszpasterstwo,* w: *Encyklopedia Katolicka,* Lublin 1985, tom. IV, koll. 390-397.

Nir Y., Maslin B., *Psychologiczne przystosowanie dzieci z chorobą nowotworową, w: Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 190-204.

Nowak A. J., *Psychologiczne aspekty nadziei,* w: *Nadzieja w postawie ludzkiej,* red. W. Słomka, Lublin 1992, ss. 74-79.

Nowicki M. A., *Prawa człowieka,* w: *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN,* red. B. Petrozolin-Skowrońska, Warszawa 1998, t. V, s. 312.

Obara M., *Śmierć i umieranie jako problem filozoficzny i dydaktyczny w Akademii Medycznej,* Poznań 1985.

Obrzędy pogrzebu dostosowane do zwyczajów diecezji polskich, Katowice 1978.

Ochojska D., *Człowiek chory w rodzinie. Proces zmagania się z sytuacją,* „Problemy" Rodziny 34(1994) nr 6, ss. 19-22.

Ogryzko-Wiewiórowska M., *„Problemy" człowieka umierającego,* „Pielęgniarstwo 2000" (1999) nr 3, ss. 35- 40.

Olejnik S., *Etyka lekarska,* Katowice 1995.

Olejnik S., *Powołanie chrześcijańskie. Teologia moralna fundamentalna T. 1,* Włocławek 1998.

Olejnik S., *Powołanie chrześcijańskie. Teologia moralna życia osobistego T. 2,* Włocławek 1999.

Olejnik S., *Powołanie chrześcijańskie. Teologia moralna życia społecznego T. 3,* Włocławek 2000.

Olejnik S., *Wartości etyczne jako podstawa życia społecznego,* „Ateneum Kapłańskie" 89(1997) z. 1(530), ss. 42-54.

Orchowski J., *Prawo do życia nie narodzonych,* „Chrześcijanin w Świecie" 19(1987) nr 11(170), ss. 36-46.

Orłowska J., *Pomóc w najtrudniejszym z rozstań,* „Gazeta Lekarska" (1996) nr 5(64), s. 32.

Orońska A., *Rola anestezjologa w opiece paliatywnej,* „Służba Zdrowia" (1996) nr 48-49, s. 13.

Orzeszyna J., *Mówić umierającemu prawdę czy nie mówić ?,* Kraków 1995.

Orzeszyna J., *Problem informowania chorego o rzeczywistym stanie jego zdrowia,* w: *„Ad libertatem in veritate". Księga pamiątkowa dedykowana ks. prof. A. Marcolowi,* red. P. Morciniec, Opole 1996, ss. 396-409.

Orzeszyna J., *Pielęgniarka wobec człowieka chorego i umierającego, Bielsko-Żywieckie,* „Studia Teologiczne" 1(1996), ss. 213-224.

Orzeszyna J., *Człowiek jako pacjent,* „Wiadomości Psychiatryczne" 5(2002) nr 2, ss. 95-100.

Osińska K., *Dorobek etyczny medycyny,* w: *Refleksje nad etyką lekarską,* red. K. Osińska, Warszawa 1990, ss. 7-21.

Osińska K., *Umiejętność chorowania,* w: *Refleksje nad etyką lekarską,* red. K. Osińska, Warszawa 1990, ss. 156-159.

Ostrowska A., *Śmierć w doświadczeniu jednostki społeczeństwa,* Warszawa 1991.

Ostrowska-Thomas K., *Żałoba i utrata. Pomoc dzieciom w radzeniu sobie,* w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 179-189.

Ostrowski A., *O eutanazji,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, ss. 106-110.

Ostrowski K., *Klonowanie, starzenie się, etyka,* „Gazeta Lekarska" (2000) nr 10(117), s. 32-33.

Otowicz R., *Etyka życia. Bioetyczny i teologiczny kontekst problematyki życia poczętego,* Kraków 1998.

Pacyna J., *Tajemnica lekarska w aspekcie prawno-moralnym,* „Studia Gnesnensia"1(1975), ss. 193-199.

Paluchowska B., Wiechno B., *Walka z bólem w chorobie nowotworowej,* „Magazyn Medyczny" 8(1997) nr 12, ss. 22-36.

Pappas D. M., *Recent historical perspectives regarding medical euthanasia and physician assisted suicide,* „Medical Bulletin British" 52(1996) nr 2, ss. 386-393.

Paprocki H., *Chorych namaszczenie,* w*: Encyklopedia Katolicka*, Lublin 1985, t. III, koll. 256-261.

Parkes C. M., *Bereavement. Studies of grief in adult life*, London 1972.

Parkes C. M., Brown R.J., *Health after bereavement. A controled study of Young Boston widows and widowers,* „Psychosomatic Medicine" (1972) nr 34, ss. 34-39.

Parzyszek Cz., *Świecki chrześcijanin w świecie,* „Communio" 1(1981) nr 6, ss. 28-43.

Patyjewicz L., *Ideał dobrego lekarza jako obrońcy ludzkiego życia,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, ss. 98-105.

Pecyna M. B., *Stres a choroba w rodzinie,* „Pielęgniarka i Położna" 35(1993) nr 11-12, ss. 22-25.

Pecyna M. B, *Tajemnica cierpienia,* „Pielęgniarka i Położna" 33(1991) nr 1, ss. 5-7.

Pecyna M. B., *Dziecko i jego choroba,* Warszawa 2000.

Pera H., *Sam nie podołam,* w: *Sens choroby, sens śmierci, sens życia,* red. H. Bortnowska, Kraków 1984, ss. 171-237.

Perico G., *Problemi di etica sanitaria,* Milano 1985.

Perrin E. C., Gerity P. S., *There's a demon in your belly. Children understanding of illness,* „Pediatrics" (1981) nr 67, ss. 841-849.

Perrin L., *Guérir et sauver. Entendre la parole des malades,* Paris 1987.

Petry-Mroczkowska J., *Prawo do godnej śmierci czy szansa godnego umierania,* „Więź" 42(1999) nr 2(484), ss. 35-49.

Pichler E., Richter R., *Nasze dziecko ma nowotwór. Pokonać chorobę. Poradnik dla rodziców dzieci chorych na białaczkę i inne choroby nowotworowe,* Warszawa 1995.

Pieńkowski J. A., *Prof. Christiaan Barnard o etycznych aspektach eutanazji i samobójstwa, w: Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, ss. 83-86.

Pietkiewicz B., *Nie musi boleć,* „Polityka" (1998) nr 25(2146), ss. 4-8.

Pilecka Wł., *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka,* „Problemy" psychologiczne, Kraków 2002.

Pincerton C. R., Cushing P., Sepion B., *Childhood cancer management. A partical handbook. Chapman and Hall Medical,* London 1994.

Piwowarski Wł., *Prawa człowieka w nauczaniu Jana Pawła II,* „Więź" 27(1984) nr 5(307), ss. 37-45.

Płużek Z., *Psychologia pastoralna,* Kraków 1991.

Pochmra-Wysoczańska Z., *Samotność a osamotnienie,* „Homo Dei" 56(1987) nr 1(203), ss. 48-51.

Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych, red. M. Hebanowski, K. de Walden-Gałuszko, Z. Żylicz, Warszawa 1998.

Poel C., *Dojrzewając przez cierpienie,* Kielce 1999.

Polański J., *Przeszczepianie wątroby,* „Służba Zdrowia" (1994) nr 50(2445), s. 8-9.

Pollak K., *Uczniowie Hipokratesa,* Warszawa 1970.

Pomaska-Skrzypczak E., *Dziecko w szpitalu. Krajowy Fundusz na Rzecz Dzieci,* Warszawa 1992.

Posłuszna M., *Wsparcie społeczne rodzin pacjentów z chorobą nowotworową,* „Pielęgniarka i Położna" 39(1997) nr 2, ss. 6-8.

Poździoch St., *Prawa pacjenta w ustawodawstwie polskim,* „Pielęgniarstwo 2000" (1998) nr 2, ss. 10-14.

Poździoch St., *Rozwój koncepcji praw pacjenta w świetle dokumentów międzynarodowych,* „Pielęgniarstwo 2000" (1998) nr 1, ss. 13-19.

Prężyna W., *Postawa religijna a cechy osobowości analizowane w świetle 16. czynnikowego kwestionariusza R.B. Cattella,* „Roczniki Filozoficzne" 17(1969) z. 4, ss. 99-124.

Przybylski Z., Pawlaczyk B., Szulc W., *Wobec śmierci,* „Pielęgniarka i Położna" 38(1996) nr 11, s. 20.

Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby, red. W. Badura-Madej, Kraków 1993.

Pużyńska E., *Depresje i choroby afektywne u dzieci i młodzieży,* w: *Depresje,* red. St. Pużyński, Warszawa 1988, ss. 311-328.

Pyszkowska J., *Postrzeganie eutanazji przez studentów medycyny,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, s. 66-67.

Radziwił K., *Ochrona danych osobowych,* „Gazeta Lekarska" (1999) nr 7-8(102-103), s. 51.

Rahner K., *Schriften zur Theologie T. 2,* Einsiedel-Zürich-Köln 1955.

Rahner K., *Chrześcijańskie umieranie,* w: *Z pomocą umierającym,* red. H. Nikelski, Warszawa 1989.

Rahner K., *O jedności miłości Boga i bliźniego,* „Studia Theologica Varsaviensia" 31(1993) nr 2, ss. 9-26.

Rahner K., Vorgrimler H., *Mały słownik teologiczny,* Warszawa 1996.

Rak R., *Duszpasterstwo specjalistyczne. Założenia i realizacja,* „Ateneum Kapłańskie" 85(1993) z. 2-3(507-508), ss. 257-271.

Rak R., Szurlej J., *Chorych duszpasterstwo,* w: *Encyklopedia Katolicka,* Lublin 1985, tom. III, koll. 253-256.

Rakocy W., *Tak zwany Sobór Jerozolimski wyrazem troski o jedność pierwotnego Kościoła,* „Roczniki Teologiczne" 43(1996) z. 1, ss. 139-148.

Ramsey P., *Pacjent jest osobą,* Warszawa 1977.

Raport Komitetu Ekspertów WHO, *Rozważanie etyczne nad zwalczaniem bólu nowotworowego i opieką paliatywną, Genewa 1990,* „Medicus", 1(1992) nr 6, ss. 28-30.

Ratzinger J., *Bioetyka w perspektywie chrześcijańskiej,* „Przegląd Powszechny" (1992) nr 3(847), ss. 407-420.

Ratzinger J., *Nienaruszalność życia ludzkiego w świetle encykliki „Evangelium vitae",* „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 16(1995) nr 5(173), ss. 48-51.

Ratzinger J., *Śmierć i życie wieczne,* Warszawa 2000.

Reguła Świętego Benedykta, w: *Święty Benedykt z Nursji. Reguła. Żywot. Komentarz, red. Benedyktyni tynieccy,* Warszawa 1979, ss. 7-78.

Rękas M., *Duszpasterstwo chorych jako problem teologii pastoralnej,* Katowice 1950.

Richter K., Probst M., Plock H., *Związek namaszczenia chorych z Wiatykiem, w: Z pomocą umierającym, red. H. Nikelski,* Warszawa 1989, ss. 100-103.

Ricoeur P., *Accompagner la vie jusqu'a la mort,* „Bulletin Jusqu'a la Mort Accompagner la Vie" 64(2001) nr 1, ss. 7-10.

Robinson M., *Bioenergetyka i wizualizacja a leczenie raka, w: Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 228-251.

Rodziński A., *Cierpienie jest pracą,* „Colloquium Salutis" (1993) nr 23-24, ss. 391-393.

Rogiewicz M., Buczkowski K., *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i pacjenta z lekarzem, w: Komunikowanie się lekarza z pacjentem,* red. J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwki, Wrocław 2000, s. 57-58.

Rogiewicz M., *„Problemy" psychoonkologiczne dzieci i młodzieży,* w: *Psychoonkologia,* red. K. de Walden-Gałuszko, Kraków 2000, ss. 83-100.

Rola J., *Depresja u dzieci,* Kraków 2001.

Romaniuk K., Jankowski A., *Kapłaństwo w Piśmie Świętym Nowego Testamentu,* Kraków 1994.

Roth M., *Euthanasia and related ethical issues in dementias of later life with special reference to Alzheimer's disease,* „British Medical Bulletin"52(1996) nr 2, ss. 263-279.

Rowiński W., *„Problemy" etyczno-obyczajowe przeszczepiania narządów,* „Służba Zdrowia" (1994) nr 50(2445), s. 1-2.

Rund D. A., Hutzler J.C., *Pierwsza pomoc psychiatryczna wobec osób dotkniętych utratą, w: Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 120-135.

Ruszkowska J., *Ostatnia choroba – Hospicjum,* w: Refleksje nad etyką lekarską, Warszawa 1990.

Ryn Z. J., *Sztuka rozmowy – sztuka milczenia,* w: *Sztuka rozmowy z chorym,* red. A. Grajcarek, Kraków 2001, ss. 61-71.

Salvino L., *Śmiertelnie chory,* Kraków 2000.

Samardakiewicz M., Kowalczyk J. R., *Psychospołeczne „Problemy" dzieci z chorobą nowotworową,* „Pediatria Polska" 72(1997) nr 10, ss. 959-967.

Samardkiewicz M., *Psychologiczne aspekty dziecka w obliczu śmierci. Zagadnienia etyczne opieki paliatywnej dzieci,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne, red. A. Biela,* Lublin 1996, ss. 154-157.

Sandorski J., *Międzynarodowa ochrona praw człowieka a współczesne „Problemy" medycyny,* w: *Wybrane „Problemy" deontologii lekarskiej,* red. R. Szulc, Poznań 1999, ss. 99-126.

Sardi P., *Vita,* w: *Dizionario teologico interdisciplinare,* Torino 1977, t. III, ss. 563-561.

Satora I*., Lęk przed chorobą w ujęciu koncepcji psychologicznych człowieka,* „Pielęgniarstwo 2000" (1996) nr 3, ss. 11-13.

Satterwhite B.B., Belle-Isle J., Condrat B., *Grupa wsparcia dla rodziców jako pomoc w radzeniu sobie z żałobą,* w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby, red. W. Badura-Madej, Kraków 1993,* ss. 214-218.

Sauer R, *Dzieci wobec cierpienia,* Warszawa 1993.

Sawicki J., *Tajemnica zawodowa lekarza i dziennikarza,* Warszawa 1960.

Schaerer R., *La soffrance de médicin devant la mort de malades. Besoins et souffrance de soignants,* „Bulletin Jusqu'a la Mort Accompagner la Vie" 14(2001), ss. 20-22.

Scheler M., *Cierpienie. Śmierć. Dalsze życie,* Olsztyn 1994.

Schwob M., *Ból,* Katowice 1999.

Sclar D. A., Tartaglione T. A., Fine M. J., *Overview of issues related to medical compliance with implications for outpatient management of infectious diseases, Infectious Agents and Disease (1994)* nr 3, ss. 266-273.

Sens choroby, sens śmierci, sens życia, red. H. Bortnowska, Kraków 1993.

Sędek G., *Jak ludzie radzą sobie z sytuacjami na które nie ma rady?,* w: *Złudzenia, które pozwalają żyć,* red. M. Kofta, T. Szuster, Warszawa 1991, ss. 289-317.

Sgrecia E., *Questioni emergenti nell'ambito della bioetica,* „Medicina e Morale" 45(1995), ss. 931-949.

Sikorska B., *Szpitale, rodzice i dzieci,* „Magazyn Medyczny" 7(1996) nr 6, s. 55.

Sikorski T., *Rozpacz,* w: *Słownik teologiczny,* red. A. Zuberbier, Katowice 1998, s. 508-509.

Sikorski T., *Sens życia,* w: *Słownik teologiczny,* red. A. Zuberbier, Katowice 1998, s. 530-531.

Simonton C. O., Matthews-Simonto St., Creghton J.L., *Triumf życia. Jak pokonać raka? Wskazówki dla pacjentów i ich rodzin,* Warszawa 1993.

Singler M., *Confidentiality in medicine. A Decrepit Concept,* „New England Journal of Medicine" (1982) nr 23, ss. 1518-1521.

Siwek B., Mazurkiewicz M., *„Problemy" etyczno-moralne lekarza związane z przekazywaniem niekorzystnych informacji nieuleczalnie choremu i jego rodzinie,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, ss. 68-70.

Sławiński H., *Bóg i człowiek wobec cierpienia,* „Ateneum Kapłańskie" 93(2001) z. 2-3(555-556), ss. 274-291.

Sobański R., *Niezależność i autonomia Kościoła i państwa podstawową przesłanką konkordatu,* „Ateneum Kapłańskie" 88(1996) z. 1(524), ss. 16-27.

Sobański R., *Norma kanoniczna - norma etyczna,* „Collectanea Theologica"54(1984) nr 3, ss. 5-10.

Socha P., *Psychologia rozwoju duchowego. Zarys zagadnienia,* w: *Duchowy rozwój człowieka. Fazy życia. Osobowość. Wiara. Religijność,* red. P. Socha, Kraków 2000, ss. 33-44.

Socha P., *Wiara jako podstawowy proces psychiczny,* „Sztuka Leczenia" 3(1997) nr 2, ss. 53-60.

Solbach G., *Rechtliche Grenzen der Sorge für schwerstgeschädigte Neugeborene?,* „Klinische Pädiatrie" (1993) nr 6, ss. 389-393.

Sośniak M., *Eutanazja bierna i czynna a powinności lekarza,* w: *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie,* Bydgoszcz 1985, ss. 37-44.

Spinetta J. J., *Wzory komunikacji w rodzinach dotkniętych chorobą zagrażającą życiu,* w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 205-211.

Spinsanati S., *Etica bio-medica,* Torino 1987.

Spotkania z bioetyką, red. M. Renkielska, Kielce 1999.

Staniszewski W., *Zarys duszpasterstwa chorych,* „Wiadomości Diecezji Lubelskiej" 52(1978) nr 1-4, s. 59.

Starbuck E. D., *The psychology of Religion,* London 1899.

Stark K., *Childhood Depression. School Based Intervention,* New York 1990.

Stefański J., *Właściwe rozumienie i stosowanie sakramentu chorych,* „Ateneum Kapłańskie" 71(1978) z. 3, ss. 335-345.

Stolarczyk J., *Słowo o eutanazji,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, s. 72-73.

Stolarska B., *Między Hypnosem i Thanatosem,* „Magazyn Medyczny" 1(1990) nr 5-6, s. 4-5.

Stopyra J., Szulc-Stopyrowa H., *Laboratoryjna kontrola pobierania PAS w moczu u chorych leczonych ambulatoryjnie,* „Gruźlica" (1963) nr 31, ss. 809-812.

Strzeszewski Cz., *Chrześcijanin świecki w życiu społecznym i gospodarczym,* „Communio" 1(1981) nr 6, ss. 44-55.

Suchorzewska J., *Lekarz wobec pacjenta,* „Służba Zdrowia" (1996) nr 48-49, s. 11.

Sych M., *Czy i co zmieniło się w resuscytacji?,* Kraków 1996.

Sych M., *Granice intensywnej terapii – aspekty etyczne i prawne, w: Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, ss. 87-93.

Sych M., *Jak pokonać lęk i bezradność wobec choroby,* w: *Sztuka rozmowy z chorym,* red. A. Grajcarek, Kraków 2001, ss. 9-16.

Sych M., *Możliwości i granice reanimacji i intensywnej terapii,* w: *Człowiek w obliczu śmierci z uwzględnieniem etyki marksistowskiej, granic i praw reanimacji,* Gdańsk 1978, ss. 43-50.

Szałankiewicz M., *Miłość, medycyna i cuda, czyli psychologiczna anatomia choroby,* „Problemy" Rodziny 29(1990) nr 5(173), ss. 3-6.

Szczygieł K., *Tajemnica lekarska,* w: *Tajemnica lekarska,* red. I. Kleszczowa, Kraków 1994, ss. 25-32.

Szczygieł K., *Relacje pacjent – lekarz w świetle antropologii chrześcijańskiej,* w: *Prawa pacjenta a postawa lekarza,* Kraków 1996, ss. 25-32.

Szczygieł K., *Europejska Konwencja Bioetyczna z 4 kwietnia 1997,* w: *Śladami Boga i Człowieka. Księga pamiątkowa ku czci ks. prof. dra hab. Jana Kowalskiego,* red. J. Orzeszyna, Kraków 2000, ss. 509-513.

Szeja M., *„Problemy" psychologiczne w chorobach nowotworowych,* „Polski Przegląd Chirurgiczny" 70(1998) nr 5, ss. 540-543.

Szewczyk W., *Rozumieć siebie i innych. Zarys psychologii,* Tarnów 1994.

Szmigielska B., *Społeczno-uczeniowa teoria osobowości Juliana B. Rottera,* w: *Klasyczne i współczesne koncepcje osobowości,* red. A. Gałdowa, Kraków 1999, ss. 209-220.

Szostkiewicz Z. K., *Vademecum pacjenta,* Warszawa 1992.

Szulc R., *Komentarz do Kodeksu Etyki Lekarskiej,* w: *Wybrane „Problemy" deontologii lekarskiej,* red. R. Szulc, Poznań 1999, ss. 90-98.

Szulc R., *Wprowadzenie do deontologii lekarskiej,* w: *Wybrane „Problemy" deontologii lekarskiej,* red. R. Szulc, Poznań 1999, ss. 18-23.

Szweda E., Armata J., *Sposoby radzenia sobie z chorobą i leczeniem podejmowane przez dzieci z nowotworowymi chorobami krwi,* „Pediatria Polska" 71(1996) nr 8, ss. 655-658.

Szymkiewicz-Kowalska B., *O różnych sposobach pojmowania choroby,* „Medicus" 1(1992) nr 6, ss. 5-7.

Ślipko T., *Zagadnienie godziwej obrony sekretu,* Warszawa 1968.

Ślipko T., *Etyczne „Problemy" samobójstwa,* Warszawa 1970.

Ślipko T., *Zarys etyki szczegółowej,* Kraków 1982.

Ślipko T., *Prawda – kłamstwo – nieprawda,* „Chrześcijanin w Świecie" 17(1985) nr 11(146), ss. 57-68.

Ślipko T., *Granice życia,* Kraków 1994.

Ślipko T., *Wolność i postęp a etyka lekarska. Rozważania na marginesie encykliki „Evangelium vitae”,* w: *„Evangelium vitae”. Dobra nowina o życiu ludzkim. Materiały na temat encykliki Jana Pawła II „Evangelium vitae” oraz dyskusja panelowa o karze śmierci,* red. J. Brusiło, Kraków 1995, ss. 29-53.

Ślipko T., *Newralgiczne punkty bioetyki. Klucze rozstrzygnięć,* w: *Pacjent u schyłku XX wieku,* Kielce 1997, ss. 7-26.

Ślusarska T., *Stosunki społeczne w środowisku pacjentów szpitalnych,* „Szpitalnictwo Polskie” 26(1982) nr 3, ss. 77-80.

Taradejna R., Taradejna M., *Tajemnica państwowa i inne tajemnice chroniące interesy państwa i obywateli,* Warszawa 1998.

Tarnawa J., *Katecheza o cierpieniu i umieraniu w nauczaniu Jana Pawła II,* Kraków 2002.

Taylor E. M., Spencer N. J., Carpenter R. G., *Evaluation of attempted prevention of unexpected infant death in very high-risk infants by planned health care,* „Acta Paediatrica” 82(1993) nr 1, ss. 83-86.

Taylor S., *Przystosowanie do zagrażających wydarzeń,* „Nowiny Psychologiczne”(1984) nr 6-7, ss. 15-38.

Temoshok L., *Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model.,* Cancer Surveys 6(1987) nr 3, ss. 545-567

Terlecka W., *Światło życia,* Częstochowa 1999.

Tobiasz-Adamczyk B., *Relacje lekarz-pacjent w perspektywie socjologii medycyny,* Kraków 2002.

Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby,* Kraków 1995.

Traugott I., , Alpers A., *In their own hands: adolescent's refusals of medical treatment,* „Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine” (1997) nr 9, ss. 922-927.

Tristram H., Engelhard Jr*., Etyczne aspekty wspomagania śmierci małych dzieci,* „Teofil” 15(2001) nr 1, ss. 18-27.

Troska J*., Uwagi o „Wybranych problemach deontologii lekarskiej”,* w: *Wybrane „Problemy” deontologii lekarskiej,* red. R. Szulc, Poznań 1999, ss. 130-132.

Troska J., *Moralność życia cielesnego,* Poznań 1999.

Trzebiatowska I., *Zaburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej,* w: *Psychoonkologia,* red. K. de Walden-Gałuszko, Kraków 2000, ss. 71-82.

Tulczyński A., *Stanowisko wobec śmierci w świetle dokumentów deontologii lekarskiej,* w*: Śmierć i umieranie jako problem filozoficzny i dydaktyczny w Akademii Medycznej,* Poznań 1985, ss. 105-111.

Turuk-Nowakowa T., *Model pracy psychologa w klinice onkologicznej,* „Polski Tygodnik Lekarski” 48(1993) nr 23-24, s. 534-535

Turuk-Nowakowa T., *Postępowanie psychologa w chorobach nowotworowych, w: Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych,* red. I. Heszen-Niejodek Warszawa 1990, ss. 159-194.

Twycross R. G., Fairfield S., *Pain in far-advanced cancer,* „Pain” 14(1982) nr 13, ss. 303-310.

Twycross R. G., House M. S., *Problem porozumiewania się z chorym i jego rodziną, w: Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 166-177.

Uruszczak W., *Znaczenie konkordatu z 1993 r. dla Państwa Polskiego,* „Ateneum Kapłańskie" 88(1996) z. 1(524), ss. 73-81.

Varillon F., *Cierpienie Boga,* w: *Sens choroby, sens śmierci, sens życia,* red. H. Bortnowska, Kraków 1984, ss. 396-414.

Wadraszko-Łyskowska H., *Stresy psychologiczne w zetknięciu z instytucją leczącą,* „Polski Tygodnik Lekarski" 30(1975), ss. 1421-1429.

Wajs K., *Nauka i nieprawda,* „Znak" 34(1982), ss. 69-81.

Walden-Gałuszko de K., *Eutanazja a jakość życia pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej,* w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne,* red. A. Biela, Lublin 1996, ss. 60-65.

Walden-Gałuszko de K., *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi,* Gdańsk 1996.

Walden-Gałuszko de K., *Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej,* w: *Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych,* red. M. Hebanowski, K. de Walden-Gałuszko, Z. Żylicz, Warszawa 1998, ss. 25-52.

Walden-Gałuszko de K., *„Problemy" komunikacji,* w: *Psychoonkologia,* red. K. de Walden-Gałuszko, Kraków 2000, ss. 45-54.

Walden-Gałuszko de K., *„Problemy" psychoonkologiczne rodziny,* w: *Psychoonkologia,* red. K. de Walden-Gałuszko, Kraków 2000, ss. 83-99.

Walden-Gałuszko de K., *Stres pracy personelu medycznego,* w: *Psychoonkologia,* red. K. de Walden-Gałuszko, Kraków 2000, ss. 123-128.

Walewski P., *Drżenie bródki,* „Polityka" (1998) nr 32(2153), s. 60-61.

Wałęska-Siempińska M., *Moralne „Problemy" śmierci i umierania. Opieka paliatywno – hospicyjna wobec ideologii szpitalnej i eutanazji,* „Sztuka Leczenia" 3(1997) nr 1, ss. 61-67.

Wandrasz M., *Religijność a postawa wobec choroby,* Lublin 1998.

Wańczowski M., *Księga żałoby i śmierci,* Opole 1993.

Wara-Wąsowski J., *Nagłe zatrzymanie krążenia,* w: *Ostre stany zagrożenia życia w chorobach wewnętrznych,* Warszawa 1992.

Warzeszak St., *Etyka opieki paliatywnej,* „Medicus" 1(1992) nr 6, ss. 31- 33.

Wasiak B., Pruszyński J., Gross R., *Pomoc psychologiczna osobom w terminalnej fazie choroby,* „Postępy Nauk Medycznych" 9(1996) nr 4, ss. 180-183.

Weizman S. G., Kamm Ph., *Rodzina jako naturalna grupa wsparcia w okresie żałoby,* w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 139-165.

Weron E., *Świecki chrześcijanin w Kościele,* „Communio" 1(1981) nr 6, ss. 16-27.

Wharton R. H., Levine K., Lellenik M. S., *Pediatrician's role after hospital-based death and permanent disability in school-aged children,* „Clinical Pediatrics" 32(1993) nr 11, ss. 675-680.

Widera-Wysoczańska A., *Świat dziecięcych doświadczeń związanych ze śmiercią,* „Nowiny Psychologiczne" (1995) nr 2, ss. 93-104.

Wiener L., Aikin A., Gibbson M. B., Hirschfeld S., *Visions of those who left too soon,* „American Journal of Nursing" (1996) nr 9, ss. 57-61.

Wikler H., *Medizinische Psychologie. Medizinische Soziologie,* München 1988.

Wilemski E., *Z badań nad kryzysem religijnym współczesnej młodzieży,* „Collectanea Theologica" 31(1960) nr 1-4, ss. 59-85.

Willke J.C., *Życie czy śmierć. Stare i nowe tajemnice eutanazji,* Gdańsk 2000.

Wilson M., *Zdrowie, postawy i wartości,* w: *Sens choroby, sens śmierci, sens życia,* red. H. Bortnowska, Kraków 1993, ss. 102-121.

Wilson R. G., *Opieka nad osieroconymi – zadania pediatry,* „Aktualności Pediatryczne" 2(1993) nr 6, ss. 328-334.

Wirga M*., Zwyciężyć chorobę,* Warszawa 1992.

Wit Z., *Troska liturgiczna o człowieka chorego w świetle polskich rytuałów potrydenckich (1631-1964),* Lublin 1995.

Wojtczak A., *Relacja lekarz – pacjent w świetle zmieniających się zadań i roli lekarza wiążących się z rozwojem wiedzy, technologii medycznej i zmianami społecznymi, w: Humanizm i medycyna,* Warszawa 1993, ss. 36-44.

Wojtuś B., *Moralne aspekty niesienia pomocy człowiekowi umierającemu przez personel medyczny,* „Studia Gnesnensia" 5(1979-1980), ss. 175-200.

Wolańczyk W., *Pati aude. O logoterapii Victora E. Frankla,* „Więź" 27(1984) nr 5(307), ss. 11-14.

Wolkind S., Taylor E.M., Waite A., Dalton M., Emery J.L., *Recurrence of unexpected infant death,* „Acta Paediatrica" 82(1993) nr 10, ss. 873-876.

Wrężel M., *Partnerski charakter relacji między lekarzem i chorym. Aspekt moralny,* Kraków 2000.

Wrona-Polańska H., *Człowiek wobec poważnej choroby somatycznej. Próba syntezy,* „Sztuka Leczenia" 6(2000) nr 3, ss. 77-84.

Wrona-Polańska H., *Zmiana samopercepcji w procesie zmagania się z chorobą o niepomyślnym rokowaniu,* w: *Zmagając się z chorobą nowotworową,* red. D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak, Kraków 1999, ss. 197-223.

Wrona-Polańska H., *Zmiany obrazu samego siebie u pacjentów z chorobą białaczkową,* „Zeszyty Naukowe UJ. Prace Psychologiczno-Pedagogiczne" (1984) nr 1, ss. 137-161.

Wróbel J., *Recenzja książki „S. Spinsanati. Etica bio-medica, Alba 1987",* „Roczniki Teologiczno-Kanoniczne" 36(1989), ss. 97-99.

Wróbel J., *Recenzja książki „K.H. Peschke SVD. Etica cristiana. Teologia morale alla luce del Vaticano II. Vol. 1: Teologia morale generale, Roma 1986",* „Roczniki Teologiczno-Kanoniczne" 36(1989), ss. 97-99.

Wróbel J., *Małżeństwo i prokreacja w kontekście zagrożenia AIDS,* „Roczniki Teologiczno-Kanoniczne" 37(1990) z. 3, ss. 25-43.

Wróbel J., *Kiedy ciało ludzkie może „przyjąć" duszę rozumną?,* „W drodze" (1990) nr 3, ss. 19-29.

Wróbel J., *Nic co sprzeciwia się życiu,* „Niedziela” 33(1990) nr 41, s. 5-6.

Wróbel J., *Wezwanie do uczestnictwa w życiu społecznym,* „Ethos” 4(1991) nr 11-12, ss. 479-485.

Wróbel J., *Godność poczętego życia ludzkiego,* „Homo Dei” 61(1992) nr 2-3(224-225), ss. 36-51.

Wróbel J., *Gwałt,* w: *Encyklopedia*, red. J. Walkusz [i.in.], Lublin 1993, kol. 416-417.

Wróbel J., *Teologiczno-moralne przesłanki uczestnictwa chrześcijan w życiu politycznym,* „Roczniki Teologiczne” 40(1993) z. 3, ss. 53-73.

Wróbel J., *Kara śmierci w Katechizmie Kościoła Katolickiego,* „Słowo. Dziennik Katolicki”, 2(1994) nr 8(19), ss. 4-7.

Wróbel J., *Nowe Prawo,* w: *„Veritatis splendor”. Przesłanie moralne Kościoła. Materiały z sympozjum KUL odbytego 6-7 grudnia 1993 r.*, red. B. Jurczyk, Lublin 1994, ss. 113-116.

Wróbel J., *Odpowiedzialność za życie i zdrowie,* w: *Być chrześcijaninem dziś*. *Teologia dla szkół średnich,* red. M. Rusecki, Lublin 1994, ss. 351-363.

Wróbel J., *Sumienie a prawda,* w: *„Veritatis splendor”. Przesłanie moralne Kościoła. Materiały z sympozjum KUL odbytego 6-7 grudnia 1993 r.*, red. B. Jurczyk, Lublin 1994,ss. 51-74.

Wróbel J., *Teologiczne podstawy moralności chrześcijańskiej w ujęciu encykliki „Veritatis splendor”,* „Roczniki Teologiczne” 42(1995) z. 3, ss. 37-55.

Wróbel J., *Nova et vetera w piątym przykazaniu Dekalogu [w Katechizmie Kościoła Katolickiego],* w: *Katechizm Kościoła Katolickiego. Przesłanie moralne Kościoła. Materiały z sympozjum KUL odbytego 5-6 grudnia 1994 r.*, red. J. Nagórny, A. Derdziuk, Lublin 1995, ss. 157-168.

Wróbel J., *Dekalog – Prawo Miłości, w: Katechizm Kościoła Katolickiego. Przesłanie moralne Kościoła. Materiały z sympozjum KUL odbytego 5-6 grudnia 1994 r.,* red. J. Nagórny, A. Derdziuk, Lublin 1995, ss. 77-95.

Wróbel J., *Katechizm Kościoła Katolickiego o poszanowaniu życia ludzkiego,* „Ateneum Kapłańskie” 87(1995) z. 1(515), ss. 44-56.

Wróbel J., *Zgoda domniemana w polskiej ustawie transplantacyjnej. Wątpliwości i obawy natury etycznej,* w: *Etyczne aspekty transplantacji narządów. Materiały z sympozjum w Kamieniu Śląskim odbytego w dniach 15-16.04.1996 r.*, red. A. Marcol, Opole 1996, ss. 99-111.

Wróbel J., *Kara śmierci,* „Niedziela Lubelska” 39(1996) nr 24(142), ss. 1-3.

Wróbel J., *Społeczny wymiar praw i obowiązków człowieka w ujęciu J. Maritaina,* w: *„Vivere in Christo”. Chrześcijański horyzont moralności. Księga pamiątkowa ku czci Księdza Profesora Seweryna Rosika w 65. rocznicę urodzin,* red. J. Nagórny, A. Derdziuk, Lublin 1996, ss. 237-253.

Wróbel J., *Czy Kościół broni życia ludzkiego za wszelką cenę?,* w: *„Problemy” współczesnego Kościoła,* red. J. Rusiecki, Lublin 1996, ss. 435-444.

Wróbel J., *Czy Kościół jest przeciwny eksperymentom w medycynie?,* w: *„Problemy” współczesnego Kościoła,* red. M. Rusiecki, Lublin 1996, ss. 445-452.

Wróbel J., *Dawstwo organów w perspektywie teologiczno-moralnej i pastoralnej. Wybrane aspekty,* „Roczniki Teologiczne” 44(1997) z. 3, ss. 53-71.

Wróbel J., *Życie od Boga i dla Boga,* w: *Jan Paweł II „Evangelium vitae”. Tekst i komentarz, red. T. Styczeń, J. Nagórny,* Lublin 1997, ss. 177-208.

Wróbel J., *Początki bioetyki. Aspekt historyczny, w: „Veritatem facientes". Księga pamiątkowa ku czci Księdza Profesora Franciszka Greniuka,* red. J. Nagórny, J. Wróbel, Lublin 1997, ss. 185-197.

Wróbel J., *Dawstwo organów a obowiązek poszanowania integralności ciała ludzkiego,* „Roczniki Teologiczne" 45(1998), z. 3, ss. 109-125.

Wróbel J., *Sumienie a doskonałość chrześcijańska. Wybrane elementy aspektu chrystologicznego, w: Teologia moralna u kresu II Tysiąclecia. Materiały z sympozjum KUL odbytego 1-2 grudnia 1997 r.,* red. J. Nagórny, K. Jeżyna, Lublin 1998, ss. 223-249.

Wróbel J., *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych,* Kraków 1999.

Wróbel J., *Idee centralne chrześcijańskiego rozumienia etosu lekarskiego, w: Śladami Boga i Człowieka. Księga pamiątkowa ku czci ks. prof. dra hab. Jana Kowalskiego,* red. J. Orzeszyna, Kraków 2000, ss. 429-437.

Wrześniewski K., *O niektórych problemach pracy psychologa z pacjentami kardiologicznymi na przykładzie chorych z zawałem serca,* w: *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych,* red. I. Heszen-Niejodek Warszawa 1990, ss. 110-126.

Wrześniewski K., *Wpływ oddziaływania psychoterapeutycznego na zmianę postaw wobec choroby pacjentów po zawale serca,* „Polski Tygodnik Lekarski" 35(1980), s. 1145.

Wybrane „problemy" deontologii lekarskiej, red. R. Szulc, Poznań 1999.

Wysoczańska A., *Psychologiczny wymiar umierania i śmierci,* „Przegląd Psychologiczny" 31(1988) nr 4, ss. 1043-1055.

Z pomocą umierającym, red. H. Nikelski, Warszawa 1989.

Zagajewska D., *Recenzja książki Elizabeth Kübler-Ross „On death and dying",* w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby,* red. W. Badura-Madej, Kraków 1993, ss. 65-71.

Zakrzewska T., *Psychologiczne czynniki ryzyka zachorowania na raka – przegląd badań,* „Przegląd Psychologiczny" 32(1989) nr 4, s. 1025-1026

Zalewski Z., *Chory człowiek. Istota nieznana,* „Sztuka Leczenia" 2(1996) nr 1, ss. 15-22.

Zaorska B*., Nadejdzie ten dzień...,* Niepokalanów 1992.

Zaorska B., *Potrzeby i doświadczenia osób opiekujących się umierającymi,* „Magazyn Medyczny" 4(1993) nr 2, s. 50-51.

Zaorska B., *Towarzyszenie umierającym,* „Pielęgniarka i Położna" 33(1991) nr 10, s. 17-18.

Zasady postępowania diagnostycznego i leczenia obowiązujące w Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, red. A. Kulakowski, Warszawa 1991.

Zdebska St., Armata J., *Niektóre „Problemy" psychologiczno-wychowawcze w opiece nad dzieckiem szkolnym z nowotworową chorobą krwi,* „Pediatria Polska" 54(1979) nr 8, ss. 919-923.

Zdebska St., Armata J., *Percepcja choroby i leczenia u starszych dzieci chorych na „Nowotwory" krwi,* „Pediatria Polska" 56(1981) nr 8, ss. 969-973.

Zdebska St., Armata J., *Pojęcie i lęk śmierci u dzieci w świetle ich wypowiedzi,* „Pediatria Polska" 58(1983) nr 1, ss. 63-69.

Zdebska St., Armata J., *Psychologiczno-wychowawcza opieka nad dzieckiem przedszkolnym z nowotworową chorobą krwi,* „Pediatria Polska" 54(1979) nr 8, ss. 915-918.

Zdebska St., Armata J., *Udział dziecka i jego zadania w leczeniu nowotworowej choroby krwi,* „Pediatria Polska" 54(1979) nr 8, ss. 911-914.

Zdebska St., Armata J., *Udział rodziców w leczeniu ich dziecka z chorobą nowotworową,* „Pediatria Polska" 53(1978) nr 5, ss. 621-627.

Zdebska St., *Kilka uwag o wartości niezamierzonych – okazjonalnych spotkań i rozmów z chorymi dziećmi w szpitalu,* „Pediatria Polska" 61(1986) nr 3, ss. 185-189.

Zerbe F., *Paternalizm w stosunkach lekarz – pacjent,* w: *Wybrane „Problemy" deontologii lekarskiej,* red. R. Szulc, Poznań 1999, ss. 47-56.

Zielonka T. M., *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Artykuł 22,* „Gazeta Lekarska" (1999) nr 1(96), s. 42-43.

Zielonka T. M., *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Artykuł 23,* „Gazeta Lekarska" (1999) nr 5(100), ss. 43-49.

Zielonka T. M., *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Artykuł 24,* „Gazeta Lekarska" (1999) nr 6(101), s. 40.

Zielonka T. M., *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Artykuł 25,* „Gazeta Lekarska" (1999) nr 7-8(102-103), ss. 52-57.

Zielonka T. M., *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Artykuł 26,* „Gazeta Lekarska" (1999) nr 9(104), s. 54.

Zielonka T. M., *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Artykuł 27,* „Gazeta Lekarska" (1999) nr 10(105), s. 51.

Zielonka T. M*., Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Artykuł 28,* „Gazeta Lekarska" (1999) nr 11(106), s. 52-53.

Ziółkowski J, *Ból przewlekły,* „Klinika" 2(1993) nr 6(10), ss. 27-31.

Ziółkowski J., *Ból zapisany,* „Magazyn Medyczny" 8(1997) nr 9, s. 14.

Zola I. K, *Pathways to the Doctor – from Person to Patient,* „Social Science and Medicine" (1973), t. I, ss. 677- 689.

Zoll A., *Prawa pacjenta w stanach terminalnych,* „Biuletyn Lekarski"(2001) nr 4, ss. 14-17.

Zoll A., *Tajemnica zawodowa lekarza,* w: *Tajemnica lekarska,* red. I. Kleszczowa, Kraków 1994, ss. 5-13.

Zoll A., *Zgoda pacjenta jako warunek legalności leczenia,* w: *Prawa pacjenta a postawa lekarza,* red. A. Wiekluk, Kraków 1996, ss. 9-18.

Życiński J., *Bioetyczne pytania współczesnej medycyny,* „Przegląd Lekarski" 53(1996) nr 3, ss. 111-115.

SPIS TREŚCI

PRZEDMOWA

SPOŁECZNY POSTĘP W MEDYCYNIE DOMAGA SIĘ ETYKI DLA DOBRA CZŁOWIEKA CHOREGO 5

WSTĘP 7

ROZDZIAŁ PIERWSZY

PRAWA CZŁOWIEKA CHOREGO BĘDĄCEGO W OPIECE SZPITALNEJ

1. Prawo człowieka do życia i jego ratowania 15
2. Prawo do wyboru rodzaju leczenia 30
3. Prawo chorego do przestrzegania tajemnicy zawodowej ze strony służby zdrowia 40

ROZDZIAŁ DRUGI

ŚWIAT DOŚWWIADCZEŃ CHOREGO

1. Trud przezwyciężania choroby 49
2. Wpływ stanu psychicznego chorego na jego chorobę 61
3. Przeżycia związane z informacjami o stanie choroby 66
4. Wzajemna współpraca chorego i zespołu leczącego 71

ROZDZIAŁ TRZECI

WSPÓŁPRACA RODZINY I WOLONTARIUSZY ZE SŁUŻBĄ MEDYCZNĄ W OPIECE NAD CHORYM W STANIE TERMINALNYM

1. Towarzyszenie choremu terminalnie i jego rodzinie 76
2. Trudności w prowadzeniu dialogu z chorym 87
3. Pożegnania służby szpitalnej i bliskich z umierającymi 91
4. Wspieranie rodziny w czasie żałoby 96

ROZDZIAŁ CZWARTY

GRANICE MORALNEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI SŁUŻBY MEDYCZNEJ

1. Trudności związane z informacją chorego o chorobie i jej granice 107
2. Etyczne aspekty leczenia przeciwbólowego 113
3. Dylematy przerywania zabiegów podtrzymujących życie ludzkie 119
4. Moralne problemy eutanazji 129

ROZDZIAŁ PIĄTY

ZOBOWIĄZANIA SŁUŻBY ZDROWIA DOTYCZĄCE ZASPOKAJANIA POTRZEB RELIGIJNO-MORALNYCH CHOREGO

1. Rys biblijny troski o chorego 137
2. Obowiązek opieki nad chorym ze strony pierwszych chrześcijan 139
3. Opieka nad chorym w średniowieczu i w czasach nowożytnych 142
4. Obowiązek zapewnienia opieki religijno-moralnej choremu ze strony służb zdrowia 147
5. Obowiązek poszanowania prawa do wolności religijnej chorego 149
6. Obowiązek współpracy opiekunów medycznych z kapelanem szpitalnym 152
7. Obowiązek apostolstwa ze strony wierzącej służby zdrowia 155

ZAKOŃCZENIE 159

SUMMARY 161

ZUSAMMENFASSUNG 163

BIBLIOGRAFIA 166

CONTENTS

FOREWORD 5

INTRODUCTION 7

CHAPTER ONE.

HUMAN RIGHTS OF PATIENTS UNDER HOSPITAL CARE

1. Human right for life and life-saving 15
2. The right for the selection of treatment 30
3. The right for medical confidentiality on the part of medical professionals 40

CHAPTER TWO.

THE WORLD OF EXPERIENCE OF THE ILL

1. The effort to overcome the illness 49
2. Effect of the psychic condition of the sick on the illness 61
3. Experiences connected with the information about the state of illness 66
4. The collaboration of the patient and the treating staff 71

CHAPTER THREE.

COLLABORATION OF THE FAMILY AND VOLONTEERS WITH MEDICAL PROFESSIONALS IN THE CARE OF THE DYING

1. The care of the terminally ill and their families 76
2. Obstacles to the dialogue with the ill 87
3. The parting of the medical staff and kin from the dying 91
4. The support to a mourning family 96

CHAPTER FOUR.

LIMITS OF THE MORAL RESPOSIBILITY OF MEDICAL PROFESSIONALS

1. Difficulties connected with informing the patient about the illness; the limits of the informationjej 107
2. Ethical aspects of analgesic treatment 113
3. Dilemmas in stopping the life maintaining treatment 119
4. Moral issues related to euthanasia 129

CHAPTER FIVE.

DUTIES OF MEDICAL PROFESSIONALS IN MEETING RELIGIOUS AND MORAL NEEDS OF THE SICK

1. Biblical overview of issues related to the care of the sick 137
2. Duties related to the care of the sick by early Christians 139
3. Duties in caring of the sick in Middle Ages and in contemporary history 142
4. Duties of medical professionals in ensuring religious and moral care 147
5. Duties in respecting the right to religious freedom of the sick 149
6. Duties of medical staff in collaborating with hospital chaplains 152
7. The duty of mission on the part of believers among medical professionals 155

EPILOGUE 159

SUMMARY 161

REFERENCES 163

BIBLIOGRAFIA 166

INHALTSVERZEICHNIS

EINFÜHRUNG 7

ERSTES KAPITEL.

RECHTE DES KRANKEN MENSCHEN UNTER DER SORGE DES KRANKENHAUSES

1. Recht des Menschen auf Leben und seine Rettung 15
2. Recht auf Wahl der Art der Behandlung 30
3. Recht des Kranken auf Einhaltung des Berufsgeheimnisses von seiten des Gesundheitswesens 40

ZWEITES KAPITEL.

DIE ERFAHRUNGSWELT DES KRANKEN

1. Die Mühe der Überwindung der Krankheit 49
2. Einfluß des psychischen Zustandes des Kranken auf seine Krankheit 61
3. Erlebnisse im Anschluß an Informationen betreffs des Krankheitszustandes 66
4. Gegenseitige Mitarbeit des Kranken und des Behandlungspersonals 71

DRITTES KAPITEL.

MITARBEIT DER FAMILIE UND DES VOLONTARIATS MIT DEM GESUNDHEITSWESEN BEI DER PFLEGE DES KRANKEN IIM TERMINALZUSTAND

1. Begleitung des Terminal-Kranken und seiner Familie 76
2. Schwierigkeiten beim Dialog mit dem Kranken 87
3. Die Verabschiedung des Krankenhaus-Personals und der Nächsten mit dem Sterbenden 91
4. Unterstützung der Familie in der Zeit der Trauer 96

VIERTES KAPITEL.

GRENZEN DER MORALISCHEN VERANTWORTUNG DES MEDIZINPERSONALS

1. Schwierigkeiten bei der Informierung des Kranken betreffs der Krankheit und seine Grenzen 107
2. Ethische Aspekte der schmerzlindernden Behandlung 113
3. Dilemmata bei der Unterbrechung der Maßnahmen zur Unterhaltung menschlichen Lebens 119
4. Moralische Probleme der Euthanasie 129

FÜNFTES KAPITEL.

VERPFLICHTUNGEN DES GESUNDHEITSPERSONALS BETREFFS DER SICHERUNG DER RELIGIÖS-MORALISCHEN BEDÜRFNISSE DES KRANKEN

1. Biblischer Abriß der Sorge um den Kranken 137
2. Die Pflicht der Verpflegung des Kranken bei den ersten Christen 139
3. Die Pflege um den Kranken im Mittelalter und in modernen Zeiten 142
4. Die Verpflichtung betreffs der Sicherung der religiös-moralischen Versorgung von seiten des Gesundheitswesens 147
5. Die Pflicht um die Achtung des Rechtes der religiösen Freiheit des Kranken 149
6. Die Pflicht betreffs der Mitarbeit zwischen medizinischen Pflegern und dem Krankenhaus-Kape 152
7. Die Pflicht des Apostolats von seiten des gläubigen Gesundheitswesens 155

ABSCHLUSS 159

SUMMARY 161

ZUSAMMENFASSUNG 163

BIBLIOGRAPHIE 166