



UNIWERSYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH

UNIWERSYTET ŚLĄSKI W KATOWICACH
WYDZIAŁ HUMANISTYCZNY
INSTYTUT FILOZOFII

Barbara Wrona
NR ALBUMU 5330

***Godność jako podstawa norm moralnych w bioetyce.
Analiza wybranych problemów i stanowisk w bioetyce polskiej***

Praca doktorska napisana pod kierunkiem
dr hab. Danuty Ślęczek-Czakon, prof. UŚ

Katowice 2024

Spis treści

Wstęp.....	3
Rozdział 1. Godność w ujęciu polskich bioetyków	11
Wstęp	11
1.1 Znaczenie godności ludzkiej	14
1.2 Koncepcja godności ontycznej (osobowej)	18
1.3 Koncepcja godności osobowościowej	27
1.4 Koncepcja godności osobistej a poczucie godności	31
1.5 Koncepcja godności społecznej	36
1.6 Sposoby uzasadniania norm w bioetyce	38
1.6.1 Teleologiczny sposób uzasadniania norm	38
1.6.2 Deontologiczny sposób uzasadniania norm	42
Podsumowanie	45
Rozdział 2. Godność podstawą właściwej relacji lekarz – pacjent	49
Wstęp	49
2.1 Społeczny wymiar autorytetu lekarza	50
2.2 Godność osobowa, osobista a osobowościowa lekarzy	57
2.3 Ontyczna i osobista godność pacjenta	59
2.4 Paternalizm i antypaternalizm a godność lekarza i pacjenta	68
2.5 Autonomia pacjenta	73
2.6 Antypaternalistyczne modele relacji lekarz – pacjent. Szanse i zagrożenia dla godności ludzkiej	75
Podsumowanie	79
Rozdział 3. Godność w sporach dotyczących początków życia ludzkiego	81
Wstęp	81
3.1 Problematyka aborcji i godności macierzyństwa. Stanowisko bioetyki kulturowej Kazimierza Szewczyka	83
3.1.1 Moralny status płodu w ujęciu godnościowym Kazimierza Szewczyka	85
3.2 Stanowisko personalistyczne	89
3.2.1 Normatywny status zarodka ludzkiego a godność ontyczna. Stanowisko Barbary Chyrowicz	89
3.2.2 Aksjologiczny i ontologiczny wymiar godności. Stanowisko Grzegorza Hołuba ...	92
3.2.3 Godność osobowa dziecka w kontekście narodzin i aktu małżeńskiego	96

3.3 Stanowisko liberalno-konsekwencjalistyczne. Poczucie godności i godność osobista a prawo do aborcji	96
3.3.1 Bioetyka a dyskurs publiczny. Stanowiska Jana Hartmana i Alicji Przyłuskiej-Fischer	96
3.3.2 Prawo do szacunku i prawo do jakości życia a pojęcie godności. Stanowiska Zbigniewa Szawarskiego oraz Danuty Ślęczek-Czakon.....	100
Podsumowanie.....	103
Rozdział 4. Godność w sporach dotyczących końca życia ludzkiego	106
Wstęp	106
4.1 Pojmowanie godnej śmierci.....	107
4.2 Bioetyka kulturowa. Stanowisko Kazimierza Szewczyka	109
4.3 Umieranie z godnością a prawo do szacunku. Stanowisko Zbigniewa Szawarskiego.	115
4.4 Zasada jakości życia i prawo do śmierci a godność człowieka. Stanowiska: Jana Hartmana, Heleny Eilstein, Jacka Hołówki, Zbigniewa Szawarskiego, Weroniki Chańskiej	120
4.5 Eutanazja jako śmierć niegodna człowieka	129
4.6 Zasada świętości życia a godność osoby ludzkiej	131
4.6.1 Stanowisko Barbary Chyrowicz	135
4.6.2 Stanowisko Wojciecha Bołozia	141
4.6.3 Stanowisko Tadeusza Ślipki.....	144
4.6.4 Szacunek dla autonomii a godność osobowa człowieka. Stanowisko Lesława Niebrója.....	147
Podsumowanie.....	150
Zakończenie	153
Bibliografia.....	161
Książki	161
Artykuły w czasopismach.....	166
Rozdziały w pracach zbiorowych.....	169
Słowniki i encyklopedie	174
Akty prawne	175
Źródła internetowe.....	176

Wstęp

Niepodobna nie docenić jednomyślności etyków, ideologów i polityków w proklamowaniu godności człowieka. Z chrześcijańskim z pochodzenia hasłem: *persona est affirmanda* zgadzają się wszyscy ci, którzy swą osobowość i historyczną tożsamość wiążą z tożsamością kultury europejskiej. Jak można zauważyć, filozofowie tak ideowo rozbieżni, jak M. Buber, N. Hartman, E. Mounier, T. Kotarbiński, K. Marks, T. Czeżowski czy K. Wojtyła zgodnie proklamują godność osoby i szacunek dla niej jako zasadę wyznaczającą humanistyczny charakter tak moralności, jak i światopoglądu¹.

Przywołany pogląd Magdaleny Środy trafnie oddaje rangę, jaką współcześnie niezależnie od przynależności do określonego stanowiska filozoficznego przypisuje się idei godności. Idea godności ludzkiej swoimi korzeniami sięga zarówno filozofii greckiej, jak i myśli judeochrześcijańskiej². Znaczenie tego pojęcia trafnie określa maksyma stoików *homo homini res sacra* („człowiek dla człowieka rzeczą świętą”). Podejście to bliskie jest pogładowi, zgodnie z którym człowiek jest jedynym celem uformowania świata. W porządku prawnym wielu państw godność ludzka jest wartością fundamentalną, stanowi podstawę praw człowieka i warunek traktowania ludzi jako wolnych, równych, zasługujących na szacunek i ochronę.

Pojęcie godności jest stosowane i analizowane w różnych dyscyplinach, najczęściej spotkamy je w filozofii, naukach prawnych, teologii, socjologii i psychologii.

Na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku w USA powstała bioetyka. Była to nowa dyscyplina podejmująca problemy powstałe w wyniku zastosowania osiągnięć nauk technicznych i biomedycznych w medycynie, takich jak: wynalezienie respiratora, zabiegi dializowania pacjentów, zabiegi transplantacji, zmiany w relacji lekarz – pacjent, zastosowanie nowych leków, rozwój badań klinicznych z udziałem ludzi, pierwsza udana operacja przeszczepu serca i wiele innych wydarzeń skłaniających do poszukiwania odpowiedzi na pytania, jak należy postępować w nowej, etycznie niejasnej sytuacji³. Wśród różnych sposobów definiowania bioetyki wymienia się te, które kładą nacisk na interdyscyplinarność i podejmowanie etycznych problemów generowanych przez rozwój medycyny i nauk biologicznych (w tym kwestię moralnej dopuszczalności ingerencji w życie

¹ M. Środa, *Idea godności w kulturze i etyce*, Wydział Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1993, s. 113.

² F.J. Mazurek, *Godność osoby ludzkiej podstawą praw człowieka*, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 2001, s. 11.

³ W. Chańska, *Trudne związki prawa i bioetyki*, [w:] *Bioetyka w zawodzie lekarza*, red. J. Hartman, W. Chańska, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 108–112.

ludzkie). Bioetyka uznawana jest za współczesną postać etyki medycznej, obejmuje etykę zawodów medycznych i problemy moralne w praktyce medycznej, etykę badań naukowych w biomedycynie. Jednocześnie uznawana jest za praktykę społeczną (obejmuje dyskusje o problemach moralnych społeczeństw, istnienie instytucji kontrolnych w postaci komisji, komitetów bioetycznych, udział bioetyków w legislacji). Bioetyka jest dyscypliną akademicką, w której ścierają się różne stanowiska i teorie filozoficzno-etyczne. Należy podkreślić, że stanowisk i modeli uprawiania bioetyki jest wiele. Bioetyka to także pewna praktyka społeczna zmierzająca do osiągnięcia porozumienia w rozstrzygnięciu trudnych kwestii moralnych (np. zabiegu aborcji, eutanazji, wspomaganej prokreacji, sprawiedliwego systemu opieki zdrowotnej i innych)⁴.

Początki bioetyki w Polsce sięgają lat siedemdziesiątych XX wieku, kiedy filozofowie katoliccy podjęli problemy związane z zabiegami transplantacji, eksperymentami medycznymi (ks. Tadeusz Ślipko, ks. Stanisław Olejnik, ks. Stefan Kornas). Za pierwszy podręcznik do bioetyki uznaje się książkę ks. Tadeusza Ślipki *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki* (1988), choć nieco wcześniej, w 1984 roku, ukazała się praca Romana Tokarczyka, profesora UMCS: *Prawa narodzin życia i śmierci. Etyczne problemy współczesności*. Trudno odtworzyć proces rozwoju bioetyki w Polsce. Można uznać, że w początkowym okresie myśl bioetyczną kształtowały głównie ośrodki katolickie. Jednocześnie problematykę bioetyczną podjęli także reprezentanci filozofii i etyki świeckiej reprezentujący uczelnie publiczne, jak Zbigniew Szawarski, Jacek Hołówka, Mieczysław Gałuszka, Kazimierz Szewczyk i Jan Hartman.

Bioetyka w Polsce, jak wskazuje Wojciech Bołoz⁵, ma zabarwienie etyczne i teologiczne. Większość autorów pozostaje pod wpływem myśli chrześcijańskiej, natomiast autorzy nurtu laickiego uprawiają bioetykę w postaci luźnej refleksji o charakterze etyczno-medyczno-prawnym, co wpływa na sposób argumentacji i światopoglądowy charakter sporów bioetycznych w Polsce.

Przytaczając różnorodne argumentacje na rzecz głoszonych racji w bioetyce, autorzy prac często wskazują na pojęcie godności ludzkiej. Jednakże bez dokładnego określenia znaczenia, referowane w różnych kontekstach, pojęcie to traci na znaczeniu. Wielu autorów,

⁴ O historii oraz różnych modelach uprawiania bioetyki informują m.in.: Tom L. Beauchamp, James F. Childress w książce *Zasady etyki medycznej*, przekł. W. Jacórzynski, Wydawnictwo Książka i Wiedza, Warszawa 1996, s. 53-123; K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 34-84; T. Ślipko, *Bioetyka. Najważniejsze problemy*, Petrus, Kraków 2009, s. 11-21; A. Przyłuska-Fiszler, *Bioetyka regulacji i bioetyka teoretyczna*, Diametros, 2004, nr 2, s. 201-206; W. Bołoz, *Bioetyka: jej historia i sposoby ujmowania*, „Studia Ecologiae et Bioethicae”, 2003, nr 1, 161-175; W. Chańska, *Trudne związki prawa i bioetyki*, s. 108-112.

⁵ W. Bołoz, *Bioetyka i prawa człowieka*, Wydawnictwo UKWS, Warszawa 2007, s. 110-112.

podobnie jak Jan Hartman i Barbara Chyrowicz, wskazuje, że godność jest pojęciem często nadużywanym w bioetyce, niezbyt jasnym, wykorzystywanym w sposób silnie perswazyjny⁶, częściej wymienianym niż wyjaśnianym:

Można czasem odnieść wrażenie, że nieumiejętność sformułowania zasadnych argumentów przeciw określonym ingerencjom natury biomedycznej (np. technikom wspomaganej prokreacji) kwitowana jest zbyt szybko odwoływaniem się wprost do naruszenia godności. Taki zabieg w istocie promowaniu ludzkiej godności nie służy: nadużywane pojęcie godności staje się pojęciem pustym, wprawdzie funkcjonuje, ale niczego już nie wyjaśnia. I nie chodzi bynajmniej o to, żeby nie posługiwać się w argumentacji etycznej pojęciem godności – chodzi o to, by umieć wyjaśnić, co przez nie rozumiemy oraz na czym miałyby polegać naruszenie godności⁷.

Przeprowadzenie szczegółowej analizy najważniejszych problemów bioetycznych i ich normatywnych rozstrzygnięć uzasadnionych przez odwoływanie się do pojęcia godności wymaga więc wskazania stanowisk funkcjonujących na gruncie polskiej bioetyki. Powszechne jest ujęcie człowieka jako istoty, która posiada szczególne własności i zasługuje na ochronę moralną. Różnice pomiędzy bioetykami dotyczą więc znaczeń, w jakich używane jest pojęcie **godności wrodzonej** lub **godności nabytej**. Problematyka ta wymaga także ustalenia treści i zakresu norm moralnych odnoszących się do tego typu argumentacji. Po dokonaniu wstępnej analizy wypowiedzi polskich bioetyków przyjąłam, że dalsze poszukiwania należy skupić na czterech sposobach pojmowania godności: ontycznej (ludzkiej, osobowej), osobowościowej, osobistej, społecznej.

Godność ontyczna jest wartością, do której najczęściej odwołują się przedstawiciele nurtu personalistycznego, zamiennie stosując określenia „**godność osobowa**” i „**godność ludzka**”. Dotyczy ona w szczególności problematyki narodzin i śmierci człowieka. W tym znaczeniu godność jest pojmowana jako specyficzna wartość osoby ludzkiej, przynależna każdemu człowiekowi, nie tylko od momentu narodzin, ale także w fazie prenatalnej, aż do śmierci. Może być rozpatrywana w dwóch aspektach: nadprzyrodzonym i naturalnym. Jest to wartość nieredukowalna, zakorzeniona w ontycznej naturze człowieka.

W sytuacji dominowania myśli chrześcijańskiej w bioetyce polskiej, zrozumiałe jest, że odnajdujemy w niej nurt personalistyczny. Można jednak zauważyć inne stanowiska związane z etyką świecką, co będzie przedmiotem analiz. Dlatego tak istotne jest wskazanie na dyskusję wokół problematyki **godności osobistej pacjenta, osoby umierającej** czy **godności osobistej**

⁶ J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2009, s. 30.

⁷ B. Chyrowicz, *Bioetyka. Anatomia sporu*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2015, s. 111.

kobiety – odnoszonej do autonomii wyboru, możliwości dysponowania własnym ciałem, a szerzej: prawa do szacunku i prawa do jakości życia.

W rozważaniach bioetycznych, obok godności ontycznej i godności osobistej, pojawia się zagadnienie **godności osobowościowej i godności społecznej** – szczególnie wtedy, gdy podejmuje się kwestię ustalenia właściwej relacji między lekarzem i pacjentem. Godność osobowościowa to poczucie własnej wartości, kształtowane przez wybory jednostki, związane z pewną aktywnością życiową, twórczością. Godność społeczna to inaczej uznanie społeczne dla roli zawodowej i samego człowieka, który ją pełni. Pochodzi ona z nadania: w tym ujęciu godność społeczna bliska jest pojęciom etosu i autorytetu zawodowego (szczególnie autorytetu deontycznego).

Różnorodne podejścia do problematyki godności, a zwłaszcza stosowany podział na **godność wrodzoną i godność nabytą**, czynią rozważania o randze tego pojęcia w ustalaniu norm bardzo trudnymi. Nie zmienia to jednak faktu, że godność ludzka pojawiająca się w wielu argumentacjach może stanowić wspólny punkt odniesienia w sporach bioetycznych: zarówno dla stanowisk konsekwencjalistycznych, przyjmujących za wyznacznik godności ludzkiej indywidualną wolność i autonomię jednostki, jak i tych, które kładą nacisk na zasadę ochrony ontycznej godności człowieka, ograniczającej m.in. swobodę dysponowania własnym ciałem (np. w sporze dotyczącym aborcji).

W związku z rewolucją bioetyczną wyłaniają się nowe pytania dotyczące godności człowieka i jego praw niezbywalnych. Odpowiedzi na nie wykraczają poza medycynę. Pytanie o godność w świetle przeobrażających się zasad procesów terapeutycznych, relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem, a także postępu w naukach medycznych i biologicznych, nabiera nowego znaczenia, na co zwrócił uwagę Andrzej Szczeklik:

W związku z rozwojem medycyny regeneracyjnej, klonowaniem, wykorzystywaniem komórek macierzystych wyłaniają się nowe pytania, nieznane naszym poprzednikom, pytania dotyczące godności człowieka i jego praw niezbywalnych; pytania, z którymi trzeba się nam zmierzyć, choć odpowiedzi na nie wykraczają daleko poza obszar medycyny⁸.

Opublikowane w Polsce prace, które poruszają problematykę godności w bioetyce, są w większości oparte na argumentacji etyki personalistycznej. Taki stan badań uzasadnia więc podjęcie tematyki i porównanie koncepcji godności wrodzonej (ontycznej) z koncepcją godności nabytej (osobowościowej, osobistej, społecznej) w ramach jednego opracowania,

⁸ A. Szczeklik, *Eksplozja medycyny i godność człowieka*, „Ethos”, 2008, nr 84, s. 68.

zestawiającego stanowiska personalistów, deontologów, przedstawicieli bioetyki kulturowej i stanowisk liberalno-konsekwencjalistycznych.

Niniejsza praca składa się z czterech rozdziałów. Rozdział pierwszy, zatytułowany *Godność w ujęciu polskich bioetyków*, należy potraktować jako wstępną analizę czterech koncepcji: godności ontycznej, godności osobowościowej, godności osobistej, godności społecznej. Skoro godność ma być podstawą wywodzenia norm moralnych dotyczących życia ludzkiego, dopuszczalnych granic ingerencji w procesy życia człowieka, niezbędne jest podjęcie kwestii sposobu uzasadniania norm moralnych. Dlatego w tym rozdziale podjęto kwestię teleologicznego i deontologicznego uzasadniania norm w polskiej bioetyce.

Rozdział drugi, *Godność podstawą właściwej relacji lekarz – pacjent*, to analiza tej relacji w odniesieniu do zagadnienia godności społecznej i autorytetu lekarza, a także godności ontycznej i osobistej pacjenta. Zmiany w ujęciu godności zostały przedstawione na tle modelu paternalistycznego i antypaternalistycznego w medycynie.

Rozdziały trzeci, *Godność w sporach dotyczących początków życia ludzkiego*, oraz czwarty, *Godność w sporach dotyczących końca życia ludzkiego*, zostały poświęcone tematyce narodzin i śmierci. Na taki wybór i kolejność podejmowanych zagadnień miał wpływ pogląd wyrażony przez Jana Hartmana: „ponieważ najsilniejszymi nośnikami światopoglądów oraz ideologii są systemy religijne i religijno-polityczne, przedmiotem zainteresowania mediów i masowej publiczności stają się najczęściej sytuacje mające związek ze sferami uświęconymi (...) Są nimi w pierwszej kolejności narodziny i śmierć”⁹. Koncepcje godności zostały zanalizowane w tych rozdziałach w kontekście bioetyki kulturowej, stanowiska personalistycznego oraz stanowisk liberalno-konsekwencjalistycznych.

Analiza porównawcza poszczególnych stanowisk i koncepcji godności ujawnionych w wypowiedziach polskich bioetyków w każdym rozdziale jest podsumowana w postaci wniosków. Całość analiz prowadzonych w pracy uzupełnia Zakończenie – próba syntezy wniosków wypowiedzianych w poszczególnych rozdziałach.

Celem rozprawy jest przedstawienie i porównanie wybranych prac polskich bioetyków, jak również dokonanie szczegółowej analizy ważnych problemów bioetycznych: narodzin, śmierci, relacji terapeutycznych i ukazanie normatywnych rozstrzygnięć uzasadnionych poprzez odwoływanie się do pojęcia godności.

Przedmiotem analizy są wypowiedzi polskich bioetyków. W niniejszej rozprawie zostały omówione poglądy i stanowiska następujących polskich bioetyków: Zbigniewa

⁹ J. Hartman, J. Piasecki, *Bioetyka w dyskursie publicznym*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, s. 572.

Szawarskiego, Kazimierza Szewczyka, Jana Hartmana, Danuty Ślęczek-Czakon, Alicji Przyłuskiej-Fischer, Weroniki Chańskiej, Barbary Chyrowicz, Grzegorza Hołuba, Heleny Eilstein, Jacka Hołówki, Lesława Niebrója, Wojciecha Bołoz, Tadeusza Ślipki i innych. Lista osób, których poglądy są analizowane, na pewno nie obejmuje wszystkich polskich bioetyków. Z konieczności wybrałam te postacie, w których poglądach występuje przywoływanie pojęcia godności w rozstrzyganiu problemów bioetycznych dotyczących początków życia ludzkiego, relacji pacjenta z lekarzem oraz śmierci.

Inspiracją do podjęcia tematu godności oraz norm moralnych stała się książka Marii Ossowskiej *Normy moralne. Próba systematyzacji*. Lektura tej pracy inspirowała do podjęcia problemu uzasadniania norm moralnych uznawanych za fundamentalne w kulturze europejskiej, a broniących tak istotnych wartości jak: życie, godność, niezależność, sprawiedliwość. Konfrontacja poglądów Ossowskiej ze znanymi mi jeszcze w czasie studiów magisterskich poglądami polskich bioetyków nasunęła myśl o podjęciu badania roli pojęcia godności w ich rozważaniach.

Analizując pojęcie godności w polskiej bioetyce, starałam się sięgać do pozycji autorów o różnych światopoglądach. Tym samym najważniejsze prace, z których korzystałam, a które pozwoliły mi na nakreślenie dyskusji toczącej się wokół pojęcia godności i jednocześnie przeniesienie jej na grunt bioetyki, to następujące opracowania: *W kręgu życia i śmierci, Moralne problemy medycyny współczesnej i Mądrość i sztuka leczenia* Zbigniewa Szawarskiego; *Bioetyka w zawodzie lekarza* pod redakcją Weroniki Chańskiej i Jana Hartmana; *Bioetyka* pod redakcją Joanny Różyńskiej i Weroniki Chańskiej; *Bioetyka dla lekarzy* Jana Hartmana; *Problematyka umierania i śmierci w perspektywie medyczno-kulturowej* pod redakcją Jana Hartmana i Marty Szabat; *Bioetyka. Anatomia sporu* Barbary Chyrowicz i *Eutanazja: Prawo do życia, prawo do wolności* pod redakcją tejże; *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej i Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego* pod redakcją Mieczysława Gałuszki i Kazimierza Szewczyka; *Etyka i deontologia lekarska, Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej i Bioetyka. Medycyna na granicach życia* Kazimierza Szewczyka; *Problem osoby we współczesnych debatach bioetycznych* Grzegorza Hołuba; *Od autonomii osoby do autonomii pacjenta* pod redakcją Grzegorza Hołuba, Piotra Duchlińskiego i Tadeusza Biesagi; *Prawa narodzin, życia i śmierci i Medycyna a normy. Sztuka leczenia wśród innych rodzajów sztuk* Romana Tokarczyka; *Bioetyka a prawa człowieka* pod redakcją Tadeusza Jasudowicza; *Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych* Danuty Ślęczek-Czakon; *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki, Bioetyka. Najważniejsze problemy, 9 dylematów*

etycznych i *Spacerem po etyce* Tadeusza Ślipki; oraz *Idea godności w kulturze i etyce* Magdaleny Środy; jak również szereg artykułów tematycznych.

Wybór materiałów źródłowych nie był łatwy. Kwerenda bibliograficzna ujawniła tysiące publikacji polskich bioetyków. W katalogu Biblioteki Narodowej hasło „godność” generuje ponad trzy tysiące różnych publikacji, zawężone do godności ludzkiej – około 1678. Ustalenie listy publikacji bioetycznych jest o tyle trudne, że z uwagi na jej interdyscyplinarny charakter znajdziemy teksty o treści nie tylko etycznej, ale i socjologicznej czy prawniczej. Poza tym ten katalog nie obejmuje wszystkich publikacji wydanych w Polsce: wiele z nich znajduje się w innych zasobach (repozytoriach, platformach czy serwisach społecznościowych dla naukowców).

Sam proces gromadzenia i selekcji materiałów był czasochłonny, a liczba tekstów (naukowych i publicystycznych) z zakresu bioetyki jest tak duża (i wciąż wzrasta), że nie sposób wszystkich uwzględnić. Dokonując wyboru materiałów, kierowałam się kilkoma względami: listą postaci uznawanych za czołowych reprezentantów polskiej bioetyki, znajomością wypowiedzi osób zajmujących się problematyką bioetyczną w Polsce oraz odnalezieniem tekstów bioetycznych, w których obecne jest pojęcie godności. Charakter materiałów oddaje bibliografia uporządkowana według charakteru prac: książki z zakresu filozofii, etyki, bioetyki, artykuły drukowane w czasopiśmie (wiele z nich zebrałam w wersji drukowanej, choć obecnie mogą być w dostępie cyfrowym), rozdziały w pracach zbiorowych, hasła bioetyczne w encyklopediach, akty prawne, źródła pozyskane z Internetu.

Literatura dotycząca podjętego tematu jest bardzo obszerna. Aby praca nabrała pewnego kształtu i została zrealizowana, zdecydowałam się na wybór i analizę wskazanej problematyki, a także podejść wymienionych wyżej autorów. Wskazałam tym samym argumenty, które być może przysłużą się nakreśleniu rozstrzygnięć stanowiących wspólne podłoże do dyskusji, także w kwestiach wyjątkowo spornych, za jakie obecnie uchodzą zabiegi aborcji i eutanazji.

Najszerzej zanalizowałam tematykę śmierci (z uwzględnieniem sporu o śmierć godną) z uwagi na swoje zainteresowania i ścieżkę zawodową, która w dużej mierze dotyczy realizacji polityki senioralnej w Polsce.

Ze względu na wyznaczony cel badawczy w pracy stosuję metodę analityczno-syntetyczną. Po analizie treści poglądów i stanowisk dokonam syntezy osiągniętych wyników. Metoda analizy uzasadnia dosyć częste cytowanie wypowiedzi bioetyków, zwłaszcza wtedy, gdy należy pokazać, w jaki sposób dany autor posługuje się pojęciem godności i jakie wnioski normatywne z tego pojęcia wyprowadza. Krótsze cytaty nie są wyróżniane typograficznie, aby nie przerywać tekstu pozostają w nim, ujęte w cudzysłowie i zapisane taką samą czcionką.

Cytaty dłuższe (powyżej 40 słów) wyróżniłam mniejszym rozmiarem czcionki i wcięciami tekstu z obu stron, ale bez ujęcia w cudzysłowie.

Synteza osiągniętych wyników ma na celu ukazanie podobieństw i różnic między głównymi stanowiskami, jak też wewnętrzne zróżnicowanie poglądów w ramach tego samego stanowiska.

Rozdział 1. Godność w ujęciu polskich bioetyków

Wstęp

W ujęciu historycznym godność człowieka sięgająca czasów filozofii i kultury greckiej, rozumiana była jako cześć, uznanie i szacunek dla cnoty wyrażonej w ideałach. Przysługiwała czterem wzorom i kategoriom ludzi: arystokraty – wojownika, obywatela, mędrca i człowieka wielkodusznego. Była miarą doskonałości człowieka ze względów społecznych i kulturowych. To ujęcie godności w aspekcie aksjologicznym definiujemy jako wartość nabytą.

Idea godności przewijała się także w filozofii i teologii średniowiecznej, czasach nowożytnych, aż po współczesność. W XX wieku na gruncie fenomenologii, neotomizmu, egzystencjalizmu, hermeneutyki, filozofii dialogu i personalizmu ukształtowała się teoria osoby. W zależności od tego, jak poszczególne kierunki filozoficzne interpretują sens bycia osobą, takie też przyjmują metody opisu, analizy i wyjaśniania pojęcia godności ludzkiej¹⁰. W tym ujęciu – ontycznym (bytu ludzkiego) – mowa jest o pojęciu godności osobowej.

Odniesienie do godności ludzkiej (inaczej: ontycznej) znajduje się także w Biblii. Wyłania się tam obraz człowieka powołanego do życia przez Boga na jego podobieństwo. Tak rozumiana wartość – wymagająca równego traktowania wszystkich ludzi, bez względu na chorobę, wiek, pochodzenie i inne czynniki – została przejęta przez chrześcijaństwo. Ma ona charakter transcendentny – łączy się z aktem powołania człowieka, niezależnie od etapu życia, rozwoju i poziomu intelektualnego¹¹. W kontekście tematyki sporów dotyczących bioetyki, a konkretnie zespolenia godności ludzkiej z aktem stworzenia, uznaje się, że człowiekiem obdarzonym tą właściwością jest istota posiadająca genom ludzki od momentu powstania zarodka. Godność jest tym samym związana z pojmowaniem człowieka jako istoty szczególnej, wyróżnionej wśród innych istot. Ponadto w ujęciu teologicznym godność jest związana z powołaniem człowieka do uczestnictwa w życiu Boga – ten aspekt wskazuje na jej nadprzyrodzony charakter.

Znaczeniem godności człowieka zajmował się także Immanuel Kant, który zdefiniował godność człowieka jako właściwość wrodzoną (inaczej naturalną), przynależną każdemu człowiekowi, a opartą na zdolności do stanowienia prawa moralnego i jednocześnie

¹⁰ E. Podrez, *Godność. Z historii teorii godności*, [w:] *Powszechna encyklopedia filozofii*, t. 4, red. A. Maryniarczyk, E. Grendeka, T. Zawojska, A. Szymaniak, Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu, Lublin 2003, s. 17–22.

¹¹ A. Zoll, *Skąd pochodzi ludzka godność?*, „Tygodnik Powszechny”, 2.10.2015, <https://www.tygodnikpowszechny.pl/skad-pochodzi-ludzka-godnosc-30426>, dostęp: 20.03.2017.

postępowania zgodnego z nakazami tego prawa. Godność w rozumieniu Kanta to wartość, której nie można określić ani zmienić. Wrodzona, ontyczna godność przynależna wszystkim ludziom polega na ustanawianiu prawa i jednoczesnym jego przestrzeganiu:

Rozum odnosi więc każdą maksymę woli jako powszechnie prawodawczą, do każdej innej woli, a także do każdego postępowania względem siebie, i to nie ze względu na jakąś inną pobudkę lub przyszłą korzyść, lecz na podstawie idei godności istoty rozumnej, która każdemu innemu prawu nie jest posłuszna, lecz tylko temu, które zarazem sama nadaje¹².

Zgodnie z tym ujęciem istoty ludzkie posiadają godność, ponieważ są zdolne do samostanowienia prawa uniwersalnego, którego treść ogólna zawiera się w imperatywie kategorycznym, a także do jego przestrzegania. Godność w koncepcji Kanta ma według Magdaleny Środy dwa znaczenia. Formalnie godność jest podstawą moralności, czegoś co faktycznie obowiązuje, a nie jest jedynie postulatem rozumu. W drugim znaczeniu – praktycznym i teleologicznym – jest ona celem i materią działań, który musi służyć każdej maksymie za ograniczający warunek wszystkich dowolnych celów. Godność ma charakter powszechny¹³.

Kantowski podział na rzeczy i osoby – czyli na coś, co ma cenę, oraz coś, co ma wartość – sięga swoimi korzeniami filozofii stoickiej. W filozofii stoickiej godność związana była z ideą człowieczeństwa, nadrzędną wobec jednostkowego bytu. W koncepcji Kanta natomiast godność jest określeniem jednostkowego bytu rozumnego¹⁴. Przesłanki świadczące o tym, że człowiek posiada godność, to rozumność i wolność. Ludzka godność nie wyraża się w samym działaniu podmiotu poznającego. Celem działania jest człowieczeństwo jako cel sam w sobie. Jest jednak coś pierwotniejszego w człowieku, co warunkuje podejście do świata i człowieka. Tym czymś jest wola. Wola jest władzą i jest ona dobra, jeśli jest podporządkowana prawu. Źródło prawa, jakim jest obowiązek, jest bezpośrednio powiązane z osobowością. Osobowość u Kanta nie oznacza osobowości psychologicznej, a jest raczej kategorią moralną: jest wolna i niezależna od przyrody. Istnienie osobowości niezależnej, wolnej, autonomicznej daje podstawę do wiary, że człowiek istnieje jako osoba należąca do świata zmysłów i do świata inteligibilnego. Szacunek w teorii Kanta wyraża się również w podejściu do ciała – w zakazie samobójstwa i nakazie rozwijania talentów naturalnych¹⁵.

¹² I. Kant, *Uzasadnienie metafizyki moralności*, przeł. M. Wartenberg, PWN, Warszawa 1953, s. 70.

¹³ M. Środa, *Idea godności...*, s. 95.

¹⁴ Tamże, s. 90.

¹⁵ Tamże, s. 90–93.

Jak wskazano wyżej, idea godności człowieka zajmuje szczególne miejsce w rozważaniach myślicieli chrześcijańskich. Zgodnie z ich założeniami definicyjnymi wyróżnia się godność ontyczną, która wynika z duchowego charakteru bytu jako istoty rozumnej, wolnej, odpowiedzialnej. Filozoficzne i teologiczne określenie **godności ontycznej** (inaczej ludzkiej, osobowej, człowieczej, bytu ludzkiego) zakłada, że jest to **wartość wrodzona, niepodzielna i niezbywalna**. Podejście to jest bliskie stanowiskom personalistycznym, które funkcjonują na gruncie polskiej bioetyki. Należy jednak zaznaczyć, że bioetycy o innych proveniencjach, tacy jak Kazimierz Szewczyk i Mieczysław Gałuszka, pracujący nad autorską koncepcją bioetyki kulturowej, czy też Zbigniew Szawarski, któremu bliższe jest stanowisko konsekwencjalistyczne, jak również bioetycy o orientacji deontologicznej – Jan Hartman czy Paweł Łuków – także odwołują się do pojęcia godności. Różnica polega jednak na rozumieniu tego pojęcia. Jak wskazuje Karolina Smoderek, etycy polscy reprezentujący różne orientacje, tacy jak: Wojciech Bołoz, Franciszek Mazurek, Helmut Juros, Magdalena Środa, formułują podobne zarzuty związane z interpretacją pojęcia godności i jego aplikacji do konkretnych sytuacji problemowych. Listę tych zarzutów formułuje następująco:

- brak ogólnie akceptowanej teorii godności (niebezpieczeństwo dowolnej interpretacji);
- uboga treść pojęcia godności (treść pojęcia godności nadaje jej charakter projektujący, tzn. tworzy etykę obarczoną pewną dowolnością i niedookreślonością, co z kolei nadaje tej etyce charakter osobisty);
- egoizm uprawiania etyki godności (człowiek jako istota uprzywilejowana) pojęcie godności stanowi „hamulec bezpieczeństwa” wobec dynamicznego rozwoju nauk przyrodniczych;
- brak rozróżniania rodzajów godności nie sprzyja debacie bioetycznej (chaos terminologiczny)¹⁶.

W literaturze filozoficznej i etycznej, obok godności ontycznej (wrodzonej) wyróżnia się także **godność nabytą** (godność aksjologiczną). Na potrzeby tej rozprawy definicje godności nabytej zostaną poszerzone o analizę pojęć **godności osobowościowej**, **godności osobistej** związanej z poczuciem własnej godności i honorem, a także **godności społecznej** (godności z racji pełnionych przez ludzi różnych ważnych funkcji społecznych). Zgodnie z tym podziałem zostaną zanalizowane wybrane problemy i stanowiska w polskiej bioetyce.

Godność nabyta – osobowościowa, osobista i społeczna – jest wartością zmienną i dynamiczną, a rozważania na jej temat bliższe są naukom takim jak socjologia i psychologia,

¹⁶ K. Smoderek, *Potrzeba rozumienia i aktualizacji pojęcia godności osoby ludzkiej wobec współczesnych zagrożeń związanych z ludzkim życiem*, „Studia Ecologiae et Bioethicae”, 2010, 8/2, s. 246.

niemniej jednak w polskiej debacie bioetycznej także są kontekstowo przywoływane. W tym znaczeniu godność nie jest kategorią normatywną, lecz opisową¹⁷, jak utrzymuje Janusz Mariański. Zbigniew Szawarski wyjaśnił do następująco:

W rozumieniu tym mieć godność to tyle, co mieć podstawy do szacunku do samego siebie bądź – jak dodają niektórzy – mieć nadto prawo do szacunku ze strony innych. Jest to godność własna lub godność osobista. Po trzecie wreszcie, o godności mówi się w określonych kontekstach społecznych lub politycznych, kiedy słowo „godność” występuje z reguły w powiązaniu z konkretną rolą społeczną lub zawodem (...). To pojęcie godności będziemy nazywali godnością społeczną, jako że zawsze występuje ono w uwikłaniu z określonym zawodem lub rolą społeczną¹⁸.

1.1 Znaczenie godności ludzkiej

Wyrażenie „godność” stosowane na określenie czegoś przysługującego człowiekowi (osobie) okazuje się mieć wiele istotnie odmiennych znaczeń. Może desygnować rzeczywistość o istotnie różnym charakterze – od rzeczywistości „zastanej”, niezależnej od czyichkolwiek decyzji (godność osobowa), przez taką, która konstytuowana jest działaniami innych podmiotów niż podmiot godności (godność osobista), po rzeczywistość konstytuowaną działaniami samego podmiotu godności (godność osobowościowa)¹⁹.

Zacytowany pogląd Marka Piechowiaka jest podzielany przez innych autorów. Współczesne ustawodawstwo europejskie, zdaniem Franciszka Janusza Mazurka, wymienia: prymat osoby ludzkiej, poszanowanie godności istoty ludzkiej od początku jej istnienia (co nie jest równoznaczne z pełną czy absolutną ochroną embrionu oraz płodu), nienaruszalność, integralność i niemajątkowy status ludzkiego ciała, integralność gatunku ludzkiego (w związku z możliwymi interwencjami prowadzącymi do zmian genomu ludzkiego)²⁰. Te ogólnie sformułowane zasady wskazują na dwa główne podejścia prawodawstwa. Pierwsze z nich akcentuje indywidualną wolność i autonomię jednostki w podejmowaniu wszelkich decyzji jej dotyczących (przykładem może być ustawodawstwo brytyjskie lub hiszpańskie). Drugie podejście kładzie nacisk na prymat zasad ochrony godności ludzkiej, *human dignity*, ograniczającej swobodę dyspozycji własnym ciałem, tworząc tym samym pewne zakazy prawne (przykładem może być prawo niemieckie lub francuskie)²¹.

¹⁷ J. Mariański, *Godność ludzka jako wartość społeczno-moralna: mit czy rzeczywistość? Studium interdyscyplinarne*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2016, s. 114.

¹⁸ Z. Szawarski, *Godność i odpowiedzialność*, „Studia Filozoficzne”, 1983, nr 8–9, s. 93.

¹⁹ M. Piechowiak, *Godność jako właściwość osoby. Typy godności – propozycja systematyzacji*, „Przegląd Konstytucyjny”, 2022, nr 2, s. 25.

²⁰ F.J. Mazurek, *Godność osoby ludzkiej...*, s. 29–30.

²¹ Tamże, s. 30.

Od czasu spisania Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka powstało wiele dokumentów docelowo określających uniwersalne zasady związane z rozwojem nauk biologicznych i medycznych manifestujących godność człowieka. 11 listopada 1997 roku w ramach UNESCO (później także w ramach Unii Europejskiej) przyjęto Deklarację w Sprawie Genomu Ludzkiego. Dyrektywy te dotyczą możliwości objęcia genów ludzkich ochroną wynalazczą, z zaznaczeniem, że ciało ludzkie (także jako częściowa sekwencja genu) nie może być przedmiotem prawa wynalazczego²².

Kolejny dokument odnoszący się do zastosowania nowoczesnych biotechnologii to Karta Praw Podstawowych z 7 grudnia 2000 roku z Nicei, gdzie w artykule 3 znajduje się zapis, iż każdej osobie przysługuje prawo do nienaruszalności fizycznej i psychicznej, szczególnie w ramach medycyny i biologii. Karta akcentuje świadomą zgodę osoby na wykonywane doświadczenia i zabiegi, zakaz eugenicznych praktyk, zakaz traktowania ciała ludzkiego jako źródła zysków oraz zakaz klonowania człowieka w celach reprodukcyjnych²³.

W podobnym duchu utrzymana została jedna z konwencji Rady Europy – Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny, potocznie zwana Konwencją o prawach człowieka i biomedycynie, otwarta do podpisu w 1997 roku. W artykule 1 Konwencja potwierdza ochronę godności i tożsamości wszystkich ludzi, gwarantując każdemu człowiekowi (bez dyskryminacji) poszanowanie jego integralności i praw przy użyciu biologii i medycyny²⁴.

Dalej w Konwencji podkreśla się, że interes i dobro istoty ludzkiej powinny przeważać nad interesem społeczeństwa lub nauki, dlatego nie można prowadzić badań naukowych kosztem człowieka. Jakakolwiek interwencja w dziedzinie zdrowia musi być przeprowadzona zgodnie z ogólnie przyjętymi standardami i odpowiednimi obowiązkami. Strony przyjmujące konwencję zobowiązują się także do zapewnienia sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej o odpowiedniej jakości²⁵.

Godność ma wiele znaczeń, jednakże język praw zdaje się być najwłaściwszym językiem podkreślającym wagę problemu. Godność jest hasłem sztandarowym grup walczących o swoją podmiotowość, takich jak kobiety, mniejszości narodowe i inne grupy,

²² Tamże.

²³ Tamże, s. 31.

²⁴ Por. *Details of Treaty No. 164*, <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm>, dostęp: 24.03.2012: *Parties to this Convention shall protect dignity and identity of All human beings and guarantee everyone, without discrimination, respect for their integrity and other rights and fundamental freedoms with regard to the application of biology and medicine. Each Party shall take in this internal law the necessary measures to give effect to the provisions of this Convention.*

²⁵ Tamże.

które upominają się o respektowanie swoich praw. Godność jako wartość niezbywalna pojawia się także w Encyklikach Kościoła. Różnorodność argumentacyjna związana z pojęciem godności jest przyczyną wielu napięć. Można ją pojmować w aspekcie sporu o jej charakter: elitarny bądź powszechny, naturalistyczny bądź idealistyczny, stały bądź ewoluujący, warunkowy bądź bezwarunkowy²⁶.

Tadeusz Kotarbiński pisząc o etyce niezależnej, postulował, by do praw chroniących godność zaliczyć: kierowanie się własnym sumieniem, prawo wypowiedzania przekonań, prawo do szacunku ze strony współobywateli i zwierzchników państwowych, prawo do obrony sądowej²⁷. Autor w swoich rozważaniach odnosił się przede wszystkim do pojęcia godności osobowościowej i osobistej.

Jak twierdzi Józef Koziński, wraz z rozwojem cywilizacji zmieniają się źródła, treść pojęcia godności i styl mówienia o tym problemie etycznym. Pojęcie godności nie jest raz na zawsze ustalone, a zmienia się historycznie²⁸. Postęp technologiczny w zakresie biologii i medycyny stanowi szczególny przypadek, gdzie rozważania dotyczące pojęcia godności wymagają gruntownego zdefiniowania tego problemu. W ostatnich latach „człowiek” stał się przedmiotem dociekań naukowych we wszystkich fazach życia. Zbigniew Szawarski podkreśla, że przedmiotem dociekań stała się nie tylko faza prenatalna, ale nawet prekoncepcyjna²⁹.

Problem pojmowania godności człowieka pojawia się także w odniesieniu do zmarłych. Mowa tutaj o lekarzach specjalizujących się w patologii lub medycynie sądowej, którzy wydają swoje opinie, nie mając do czynienia z żywym organizmem, żywym człowiekiem³⁰. Wbrew pozorom problem godności dotyczy także tego zagadnienia, ponieważ okazywanie szacunku zwłokom lub szczątkom ludzkim ma charakter etyczny. Jak podkreśla Antonina Ostrowska:

Wiele problemów natury etycznej wiąże się ze sposobem traktowania zmarłych. Odzwierciedlają one zarówno nasze mieszane uczucia w stosunku do śmierci, jak i brak jednoznacznej koncepcji. Ciała zmarłych są wyjątkowo cierpliwe i praktycznie zniosą wszystko. Są też całkowicie bezbronne. Mogą je chronić tylko nasze zasady etyczne³¹.

Podjęcie do ciała zmarłego jest o tyle ważne, że w sytuacji braków, takich jak adekwatne przepisy nakierowane na ochronę ciała zmarłej osoby, brak odpowiednich

²⁶ M. Środa, *Idea godności...*, s. 7.

²⁷ T. Kotarbiński, *O potrzebie respektowania godności własnej*, [w:] Tadeusz Kotarbiński. *Pisma etyczne*, red. P. Smoczyński, Ossolineum, Wrocław 1987, s. 278.

²⁸ J. Koziński, *O godności człowieka*, Czytelnik, Warszawa 1977, s. 11.

²⁹ Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, Wydawnictwo Słowo/Obraz Terytoria, Gdańsk 2005, s. 29.

³⁰ Tamże, s. 29.

³¹ A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, IFiS PAN, Warszawa 1997, s. 86.

warunków do przechowywania ciał, brak stałych kontroli administracyjnych zwierzchników w prosektoriach i kostnicach, trudności z rekrutacją odpowiedniego personelu do pracy w wyżej wymienionych miejscach, jedynym gwarantem okazania szacunku względem ciała zmarłej osoby, a także jego najbliższej rodziny, są kultura osobista i zasady etyczne personelu. Sposób traktowania żywych i martwych pozostaje ze sobą w związku. Powołując się na zasadę godności, Antonina Ostrowska cytuje słowa Arnolda Toynbee'ego: „Istota ludzka posiada godność z racji bycia człowiekiem, a godność człowieka trwa poza jego śmierć (...)”³².

Pytania obejmujące kwestie cielesności, płciowości, miłości, pochodzenia, tożsamości, rodzicielstwa, seksualności, dotyczą zmian w podejściu do człowieczeństwa. Z kolei zmiany w podejściu do człowieczeństwa to sygnalizowane zmiany w podejściu do pojęcia godności. Są to pytania dotyczące czci i szacunku względem osoby.

Janusz Mariański zaznacza także, że w odniesieniu do godności mamy do czynienia z pewnym paradoksem:

Z jednej strony wciąż odwołujemy się do godności, potępiamy sytuacje, w których dochodzi do naruszenia podstawowych praw człowieka, przywołujemy to pojęcie w różnych deklaracjach, konstytucjach, konwencjach, orędziach itp. Godność staje się wartością uroczystą, podstawową i przede wszystkim realną. Zaleca się taki układ stosunków społecznych, który gwarantuje każdemu człowiekowi szansę pełnego i optymalnego rozwoju. Kategoria godności jest najwyższą wartością ludzką i zdecydowana większość formalnie nie kwestionuje nakazu jej poszanowania. Z drugiej strony należy stwierdzić, że są i tacy, którzy uważają wartość „godność” za coś zbędnego i anachronicznego i dążą do usunięcia idei godności jako takiej, lub i tacy, którzy nie rozumieją, czym jest godność, dla których godność jest swoistym mitem, nierzeczywistością. W tym kontekście pytanie, czy godność osoby ludzkiej jest rzeczywiście wartością społeczno-moralną czy raczej swoistym mitem, należy uznać za uprawomocnione³³.

Rozważania nad godnością człowieka podejmowane są przez przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych (prawa, filozofii, psychologii, socjologii, teologii, pedagogiki), a tezy, które się do niej odnoszą, zawarte są w dokumentach organizacji zarówno państwowych, jak i kościelnych. Tematyka ta jest podejmowana także na gruncie polskiej bioetyki. Godność jako wartość jest trudna do zdefiniowania i często bywa nadużywana w argumentacji odnoszącej się do tak ważkich problemów jak narodziny, życie i śmierć człowieka oraz relacja między pacjentem a służbą zdrowia. Odwoływanie się do pojęcia godności ontycznej ma charakter wartościujący i normatywny – oznacza bycie podmiotem prawa i posiadanie nienaruszalnych oraz niezbywalnych praw ludzkich, jest też źródłem powinności moralnej i obowiązków.

³² Tamże, s. 89. Por. A. Toynbee, *Człowiek wobec śmierci*, przeł. D. Petsch, PIW, Warszawa 1973.

³³ J. Mariański, *Godność ludzka...*, s. 23.

Pojęcie godności ludzkiej podkreśla status człowieka w przyrodzie określany filozoficznie jako *animal rationale* oraz teologicznie jako *imago Dei*. Religijne uzasadnienia godności ludzkiej nawiązują do uprzywilejowanej pozycji człowieka ze względu na jego pochodzenie i transcendentną przyszłość. Z kolei świeckie uzasadnienia godności, które, jak twierdzi Janusz Mariański, nie są sprzeczne z prawdami religijnymi³⁴, wskazują na człowieka jako cel sam w sobie: i jedne, i drugie stanowią zobowiązanie do respektowania ludzkiej godności zarówno w sobie, jak i w innych ludziach. W ujęciu normatywnym zdaniem J. Mariańskiego należy zwalczać wszystkie przejawy naruszania godności ludzkiej:

Zarówno godność osobowa, jak i osobowościowa człowieka posiada właściwy sobie walor normatywny, wszelka bowiem *nobles oblige*: jeśli coś z ludzką godnością się nie godzi, to jest niegodziwe, a więc i niedopuszczalne. Jest to zresztą zupełnie zrozumiałe, że człowiek może, i powinien potwierdzać w działaniu – zwłaszcza interpersonalnym – zarówno nieutracałą, jak i utracaną, zarówno naturalną, jak nadprzyrodzoną, zarówno indywidualną, jak wspólną wszystkim wartość, unikając wszystkiego, co w taki czy inny sposób z nią nie licuje czy od niej go oddala³⁵.

1.2 Koncepcja godności ontycznej (osobowej)

Godność ontyczna (inaczej osobowa) szczególne miejsce zajmuje w rozważaniach personalistów. Pojmowana jest przez nich jako specyficzna wartość osoby ludzkiej, przynależna każdemu człowiekowi. Może być rozpatrywana w dwóch aspektach: nadprzyrodzonym i naturalnym. W aspekcie nadprzyrodzonym oznacza uczestnictwo człowieka w rzeczywistości transcendentnej, życiu Osób Bożych. W wymiarze naturalnym wyraża zdolność człowieka do wolnego i świadomego działania, rozwoju intelektualnego i moralnego. Człowiek jako osoba posiada autonomię w zakresie wartości i sposobu ich realizowania. Jest to wartość nieredukowalna, zakorzeniona w ontycznej naturze człowieka i jego osobowej kondycji. Godność implikuje postulat moralnego doskonalenia się człowieka i jego samorealizacji w obszarze najwyższych dóbr. Tym samym godność człowieka sprawia, że jest on nadrzędny wobec wszystkich bytów stworzonych i dóbr, które go otaczają.

Jak podkreśla Adam Rodziński, godność ludzka jest pojmowana jako wartość uniwersalna, absolutna, której nie wyznaczają relacje międzyosobowe, samoocena, funkcje pełnione przez człowieka w społeczeństwie. W tym rozumieniu jest to wartość ontyczna, czyli trwała, wrodzona, niezbywalna, jednocześnie jest źródłem praw człowieka. Przysługuje ona

³⁴ Tamże, s. 43.

³⁵ Tamże, s. 45. Por. A. Rodziński, *Zrozumieć siebie do końca*, „Zeszyty Naukowe KUL”, 1979, 1–3, s. 63.

każdej osobie, bez względu na to, co czyni i jak postępuje³⁶. Tadeusz Styczeń podkreśla, że godność jest właściwością osoby ludzkiej, która jawi się w doświadczeniu moralnym i powinnościach względem samego siebie i innych osób³⁷.

Problem definiowania godności ontycznej wiązany jest z kwestią pojmowania osoby. Jak twierdzi Grzegorz Hołub, zarówno bioetyka definiowana jako poszerzona etyka medyczna, jak i ta przyjmująca poszerzony paradygmat bioetyki – uwzględniający zagadnienia środowiskowe, poruszający tematykę roli i miejsca człowieka w świecie – nie może się obyć bez określonego rozumienia człowieka i osoby³⁸.

Z punktu widzenia ontologii wartości godność osobowa jest przyrodzona (nie można jej uzyskać dzięki czyjemukolwiek działaniu, istnieje bez względu na jakiekolwiek cechy zmienne); niezbywalna (nie można jej utracić na skutek czyichkolwiek działań, sytuacji i okoliczności życiowych, cechy, utraty zdrowia itd.; nie można się też jej zrzec); równa (każdy człowiek posiada taką samą godność, jest ona niestopniowalna); powszechna (przysługuje wszystkim ludziom). Jak twierdzi M. Piechowiak:

Mając na uwadze powyższe cechy przysługujące godności z punktu widzenia jej statusu ontologicznego, skonstatować trzeba, że godności osobowej nie można utożsamić z jakąkolwiek obserwowalną cechą człowieka. Stąd – sięgając do języka filozofii – trzeba powiedzieć, że godność osobowa ma charakter metafizyczny w takim sensie, że sytuuje się poza tym, co „fizyczne”, co mogłoby być bezpośrednim przedmiotem badań nauk szczegółowych, jak fizyka, biologia czy chemia³⁹.

Ten sam autor tłumaczy, jak należy pojmować nienaruszalność godności ontycznej:

Warto zatem zarezerwować wąskie (ściśle) znaczenie terminu „nienaruszalna” na określenie godności nie z punktu widzenia ontologii (sposobu jej istnienia – tego dotyczą cztery wskazane wyżej przmiotniki), ale z punktu widzenia rozwiązywania kolizji godności osobowej z innymi wartościami. Uznanie, że godność jest nienaruszalna, prowadzi do przyjęcia dyrektywy, że – w przypadku kolizji godności osobowej z innymi wartościami – w procesie wykładni nie dopuszcza się do ważenia godności względem innych wartości (...). W takim kontekście nienaruszalność byłaby cechą fundującą dwa podstawowe postulaty wynikające z uznania godności – zakaz czysto instrumentalnego (przedmiotowego) traktowania podmiotu godności osobowej oraz nakaz traktowania takiego podmiotu zawsze zarazem jako cel sam w sobie. Korzystając z ujęcia właściwego filozofii Kanta, można powiedzieć, że godność jest bezwarunkowa, jest wartością

³⁶ A. Rodziński, *U podstaw kultury moralnej*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2011, s. 83.

³⁷ T. Styczeń, *W drodze do etyki*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1984, s. 269–272.

³⁸ G. Hołub, *Problem osoby we współczesnych debatach bioetycznych*, Księgarnia Akademicka, Kraków 2010, s. 8.

³⁹ M. Piechowiak, *Godność jako właściwość osoby. Typy godności – propozycja systematyzacji*, „Przegląd Konstytucyjny”, 2022, nr 2, s. 13.

bezwzględna w takim sensie, że nie jest dopuszczalne uznanie jakiegokolwiek imperatywu hipotetycznego o strukturze: «jeżeli taka a taka wartość wymaga ochrony, to można postąpić wbrew godności...» Godność jest podstawą imperatywu kategorycznego, który nie dopuszcza żadnego „jeżeli”⁴⁰.

Przytoczony obszerny fragment wypowiedzi Piechowiaka jest istotny dla ustalenia zakresu obowiązywania norm moralnych wywodzonych z godności osobowej. Normy te mają charakter norm bezwarunkowych, nie dopuszczających wyjątków, a w sytuacji kolizji z innymi wartościami godność jest zawsze wartością najwyższą. Takie ujęcie wyjaśnia, dlaczego jego zwolennicy wywodzą z godności ontycznej normy bezwarunkowe chroniące życie człowieka bez względu na jego fazę rozwojową.

Natomiast w obszarze praw konstytucyjnych godność (ontyczna) jest źródłem praw i wolności obywatelskich. Funkcjonuje jako samodzielny standard normatywny niezależny od wolności i praw, których jest źródłem. Sama też jest jednym z praw⁴¹.

Zdefiniowanie godności ontycznej wymaga zdefiniowania osoby ludzkiej. Kategoria osoby w teologii i filozofii chrześcijańskiej stanowi ontyczny odpowiednik godności. Wynika to z poglądu, że zależność od Boga jest warunkiem wolności i autonomii człowieka. Aby sklasyfikować postępowanie jako dobre lub złe, wedle tego podejścia należy odnieść je do tego, co sprawia, że ktoś jest osobą⁴², uznaje Magdalena Środa. Szczególny nacisk na tego typu podejście kładą personaliści. Tadeusz Biesaga pisze:

Personalizm domaga się aby bioetyka sięgała po integralną koncepcję osoby. Nauki biomedyczne, psychologia empiryczna, socjologia przez swoje metody mogą jedynie opisać osobowość i jej cechy, ale nie osobę. Do tego potrzebna jest metoda filozoficzna, można powiedzieć ontologiczna. Przeniesienie segregacji ludzi w oparciu o dane biologiczne na teren bioetyki nie jest etyką, ale teorią egoizmu grupy, która uznała swoje biologiczne cechy za uprawniające ich do dyskryminacji tych, którzy tych cech nie posiadają⁴³.

Karol Wojtyła, negując założenia filozofii definiującej osobę przez pryzmat świadomości lub odpowiedzialności, podkreśla, że życie osobowe i sam fakt życia osoby są związane z pierwiastkiem duchowym, a nie tylko świadomością i odpowiedzialnością. Osoba w tym pojęciu to byt, który na kanwie duchowości jest samoświadomy i wolny, przez co i odpowiedzialny. Dzięki temu człowiek to indywiduum ludzkiego gatunku, niepowtarzalna

⁴⁰ Tamże, s. 15.

⁴¹ Tamże.

⁴² M. Środa, *Idea godności...*, s. 88.

⁴³ T. Biesaga, *Personalizm a pryncypializm w bioetyce*, [w:] *Podstawy i zastosowania bioetyki*, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2001, s. 53.

treść duchowa, właściwa danej jednostce, której nie można przypisać nikomu innemu. W skład ludzkiej osoby wchodzi jej psychofizyczny organizm, ale fakt bycia osobą oznacza przeniknięcie niepowtarzalną treścią ludzkiego ducha, który w nim i z nim stanowi tę ludzką osobę. Każdy człowiek, mieszcząc się w granicach ludzkiego gatunku, jednocześnie wychodzi poza jego granice, stanowiąc odrębny świat przeżyć, twórczości i celów: „Człowiek jest osobą – wartością niepowtarzalną i nieprzemijającą”⁴⁴.

Dyskusje nad tożsamością osobową, zdaniem Bogusława Wójcika, powodują nasilający się proces oddzielenia faktu bycia osobą od faktu bycia osobą ludzką i od życia ludzkiego. Konsekwencją tego typu podejścia może być refleksja etyczna, wedle której gatunek *homo sapiens* dzieli się na jednostki, które są osobą, i na jednostki, które tę właściwość utraciły. Oznacza to, że człowiekiem się jest, a osobą się bywa. Współczesna literatura filozoficzna skupiająca się na zagadnieniach ludzkiej umysłowości i świadomości nie pozostaje bez echa dla etyki i jej praktycznego wymiaru w zakresie nauk medycznych. Mowa tu choćby o dylemacie tożsamości osobowej⁴⁵. Spór toczy się o to, czy osoba jest fenomenem pierwotnym, którego nie należy redukować do jakiejkolwiek cechy lub zespołu cech jakościowych, czy jest wręcz odwrotnie. Jan Galarowicz dostrzega dwa stanowiska. Stanowisko substancjalistyczne, które wyraża pogląd, że osoba jest fenomenem pierwotnym, reprezentują zwolennicy arystotelesowsko-tomistycznej koncepcji antropologicznej. Poglądy asubstancjalistyczne są natomiast reprezentowane przez zwolenników definicji osoby Johna Locke’a i kartezjańskiej koncepcji antropologicznej, którym bliska jest koncepcja utylitarystycznej kategorii jakości życia⁴⁶.

Tradycja arystotelesowsko-tomistyczna zakłada jedność psychofizyczną natury ludzkiej, jak wyjaśnia Barbara Chyrowicz:

Św. Tomasz utrzymywał, że człowiek jest osobą z uwagi na duchowy element rozumnej duszy, tym natomiast, co jednostkuje osobę człowieka, jest byt materialny określony przez naturę, demonstratywne cechy danej jednostki. Jakkolwiek akty poznania, miłości i wolności ukazują odrębność osoby w stosunku do natury i człowiek może się względem swojej natury zdystansować nie podążając za jej dynamizmami, to jednak wszelkie naturalne dynamizmy nie znajdują się poza jednością i tożsamością własnego ja. A zatem – co należy podkreślić – jeśli osobowa ekspresja

⁴⁴ K. Wojtyła, *Rozważania o istocie człowieka*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2003, s. 96–97.

⁴⁵ B. Wójcik, *Spór o tożsamość osobową w polskiej literaturze bioetycznej*, [w:] *Bioetyka polska*, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2004, s. 209.

⁴⁶ J. Galarowicz, *Paradoks egzystencji etycznej. Studia nad myślą Jana Pawła II*, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2009, s. 126.

podmiotu jest realnie związana z naturą, sama natura jawi się jako element bynajmniej nie obojętny dla istnienia osoby, a więc moralnie doniosły⁴⁷.

Z kolei tradycja kartezjańska, jak wyjaśnia dalej Chyrowicz, zakłada dualizm duszy i ciała. Dualizm ten znajduje wyraz w koncepcjach osoby ludzkiej, w których przyjmuje się, że element świadomości jest decydujący dla określenia jej rzeczywistości. Stąd wyprowadza się dwa wnioski. Po pierwsze – skoro posiadanie świadomości decyduje o wartości życia osoby, to biomedyczne ingerencje w ludzki organizm są usprawiedliwione, dopóki nie naruszają osobowej tożsamości i autonomii, zaś o sferze cielesności decyduje wolny i świadomy podmiot. Podejście to charakterystyczne jest dla bioetyków, którzy podkreślają znaczenie autonomii podmiotowej. Po drugie – ekspresja świadomości pozostaje uzależniona od psychofizycznej kondycji organizmu ludzkiego, co wpływa na decyzję o uznaniu życia za wartościowe⁴⁸.

Kwestia rozumienia ludzkiej świadomości, szczególnie autonomii, budzi wiele kontrowersji. W świetle niektórych teorii osobę określają warunki genetyczne, społeczne, kulturowe, ekonomiczne, światopoglądowe. W koncepcjach personalistycznych, dla których godność ontyczna jest podstawą norm moralnych, osoba przekracza te uwarunkowania. Jak wskazuje Bogusław Wójcik, ustalenie tożsamości osobowej pełni tutaj wielką rolę. Krytykując poglądy Francisa Cricka, twierdzącego, że człowiek jest pęczkiem neuronów⁴⁹, oraz poglądy Thomasa Nagela, według którego osobowa koncepcja istoty ludzkiej powinna opierać się na fizycznej podstawie umysłu⁵⁰, autor stwierdza, że w przypadku bytu osobowego, jakim jest człowiek, zasada tożsamości oznacza, że człowiek jest zawsze człowiekiem. Dlatego dopóki istnieje, nigdy nie może utracić swoich właściwości i należnej mu z tego powodu godności. Ludzie rodzą się, starzeją, ulegają wypadkom, zmieniają się, ale zawsze pozostają ludźmi; to w żaden sposób nie narusza ich osobowej natury⁵¹.

Aby wskazać różnice w definiowaniu pojęcia osoby w opozycji do przywołanych wyżej koncepcji personalistycznych, warto jeszcze raz porównać te dwa przeciwstawne stanowiska. W koncepcji Charlesa Taylora, przedstawiciela komunitaryzmu, osoba ma inne znaczenie niż istota ludzka. Osoba posiada bowiem określony status moralny, jest podmiotem określonych praw. Wśród cech, które nadają osobie moralny status, Taylor wyróżnia: świadomość samego

⁴⁷ B. Chyrowicz, *Bioetyka a metafizyka*, „Diametros”, 2004, nr 2, s. 181.

⁴⁸ Tamże, s. 182.

⁴⁹ Por. F. Crick, *Zdumiewająca hipoteza, czyli nauka w poszukiwaniu duszy*, przeł. M. Abrahamowicz, B. Chacińska-Abrahamowicz, Prószyński i S-ka, Warszawa 1997.

⁵⁰ T. Nagel, *Pytania ostateczne*, przeł. A. Romaniuk, Aletheia, Warszawa 1997, s. 30.

⁵¹ B. Wójcik, *Spór o tożsamość osobową...*, s. 210–212.

siebie, rozróżnianie przyszłości i przeszłości, dokonywanie wyborów życiowych, względem wartości, zdolności do planowania własnego życia. Osoba jest istotą ludzką, która jest nam w stanie udzielić odpowiedzi, nawiązać kontakt z inną osobą⁵².

Robert Spaemann, którego rozważania koncentrują się wokół zagadnień etyki chrześcijańskiej, twierdzi przeciwnie, że może istnieć tylko jedno kryterium bycia osobą i jest nim biologiczna przynależność do gatunku ludzkiego. Nieokreślone właściwości stanowią o tym, że nazywamy ludzi osobami, a ich nosiciel – osoba – posiada godność. Dlatego początku i końca istnienia osoby nie można od siebie oddzielić – jeśli ktoś istnieje, to będzie istniał, dopóki funkcjonuje jego indywidualny organizm. Z tego punktu widzenia według autora nie ma sensu powiedzenie, że śmierć mózgu nie jest być może śmiercią człowieka, ale na pewno jest śmiercią osoby. Osoba jest człowiekiem, a nie jakąś cechą człowieka. Kompetentni w kwestii początku i końca osoby są ci, którzy są kompetentni w kwestii biologicznego początku i końca życia ludzkiego. Prawa osoby są prawami człowieka⁵³. Godność osobowa przysługuje więc każdemu człowiekowi. Jak stwierdza Spaemann, użycie pojęcia „osoba” zawiera implikację normatywną, jest więc czymś więcej, niż proste stwierdzenie faktu. Jest to wniesienie roszczenia (nazwanie kogoś osobą powoduje, że zaczynamy mieć wobec niego pewne zobowiązania, zazwyczaj prawne)⁵⁴.

Kryterium potencjalności człowieczeństwa odnoszone często do dzieci (w tym i nienarodzonych dzieci) jest także według Spaemanna nieadekwatne. Aby stać się osobą, dzieci potrzebują kooptacji – przysposobienia się do nowych ról wyznaczonych dla nich we wspólnocie. Według autora uznanie czegoś zakłada to, co uznawane. Stanowisko zakładające potencjalność osoby (czyli możliwość wykształcenia pewnych cech, które sprawiają, że organizm stanie się człowiekiem „w pełni”) jest równoznaczne z przyjęciem poglądu, że człowiek jest osobą. Nie ma gładkiego przejścia od „czegoś” do „kogoś”, tylko dlatego, że zawsze od samego początku traktujemy ludzi jako „kogoś”. Dalej autor twierdzi, że nie ma osób potencjalnych: to osoby mają zdolności, czyli potencje. Osoby mogą się rozwijać. Gdyby bycie osobą było stanem, mogłoby powstawać stopniowo, lecz osoba jest kimś, kto znajduje się w różnych stanach, co oznacza, że zawsze je poprzedza. Osoba nie jest rezultatem przemiany; jest sposobem, w jaki człowiek jest. Nie zaczyna istnieć później niż człowiek, nie przestaje istnieć wcześniej. Bycie osobą nie jest wynikiem rozwoju, lecz charakterystyczną strukturą

⁵²Ch. Taylor, *Pojęcie osoby*, [w:] *Filozofia podmiotu*, red. J. Górnicka-Kalinowska, Aletheia, Warszawa 2001, s. 401.

⁵³R. Spaemann, *Osoby. O różnicy między czymś a kimś*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2001, s. 305.

⁵⁴Tamże, s. 25.

określonego rozwoju. Pojęcie potencjalności nie ma sensu także dlatego, że może ono powstawać tylko przy założeniu bycia osobowego. Osoby są bowiem transcendentnym warunkiem bycia osobowego, jak twierdzi Spaemann⁵⁵.

W wielu koncepcjach bioetyków polskich z nurtu personalistycznego moment poczęcia wyznaczający początek ludzkiego życia jest naznaczony ciągłym trwaniem i rozwojem osoby, indywiduum ludzkiego. Tak rozumiana jest potencjalność bytu ludzkiego. W *Evangelium Vitae* Jana Pawła II znajdujemy zapis: „Owoc ludzkiej prokreacji od pierwszego momentu swego istnienia ma prawo do bezwarunkowego szacunku”⁵⁶.

Ważne dla tego rodzaju podejścia są także rozważania filozoficzne innych personalistów, takich jak wspomniany wyżej Jacques Maritain. Myśl tę kontynuuje Tadeusz Ślipko, twierdząc, że tradycja chrześcijańska jasno nakreśla, iż źródłem istotowej tożsamości człowieka jest zespolenie ciała z duchem – pierwiastkiem ożywiającym, który nazywamy duszą ludzką⁵⁷.

Tadeusz Biesaga w swoim wykładzie *Roszczenia normatywne a godność osoby* wskazał na formy i źródła godności, w ich kontekście nakreślając problematykę z zakresu bioetyki. Powołując się na systematykę Josefa Zeiferta, autor wymienia pierwsze źródło godności, jakim jest natura bytu ludzkiego. Osoba to inaczej jaźń natury rozumnej. Wedle tego podejścia nasze akty są wynikiem naszego istnienia, a nasze istnienie jest pierwotne wobec aktów. Powołał się tutaj na rozumienie osoby wedle Boecjusza – jakoby godność wyrastała z bytu, a nie z jego aktywności. Godność ontyczna jest w takim razie niezależna od możliwości jednostki i jej etapów rozwoju⁵⁸. Drugie źródło godności to podmiotowa świadomość i aktualizacja dynamizmu osoby, przez którą rozumiemy akty poznania, akty wolności, akty miłości, komunikację, język, akty religijne, wolitywne. Tego typu wskaźniki nakreślające godność mogą być nieobecne u osób w stanie wegetatywnym, nieświadomych, w stanie prenatalnym, u dzieci lub osób z chorobami psychicznymi. Trzecie źródło godności to nabyta godność moralna – czyli taka, którą własnymi siłami wypracowaliśmy, dzięki słusznemu, dobremu, moralnemu postępowaniu. Ostatnie źródło godności to godność pojmowana jako dar od Boga, społeczeństwa, człowieka. Według autora ujawnia się ona najczęściej w refleksji teologicznej⁵⁹. Jak wskazuje Tadeusz Biesaga, przedstawiciel polskiego personalizmu, jedynie godność

⁵⁵ Tamże, s. 298–299, 301–302, 305.

⁵⁶ Jan Paweł II, *Evangelium Vitae*, nr 60, https://kodr.pl/wp-content/uploads/2017/03/evangelium_vitae.pdf, dostęp: 20.04.2024.

⁵⁷ T. Ślipko, *Tożsamość człowieka z etycznego punktu widzenia*, „Horyzonty Wychowania”, 2003, 2/4, s. 80.

⁵⁸ T. Biesaga, *Osoba a normy etyczne*, <http://www.youtube.com/watch?v=mkI4K8iwkt4>, dostęp: 6.04.2024.

⁵⁹ Tamże.

ontyczna jest niezależna od stanów zdrowotnych czy preferencji społecznych i stanowi o fundamentalnym prawie do życia oraz potencjalnym rozwoju każdej osoby, ma więc charakter normatywny.

W koncepcji polskiego bioetyka Zbigniewa Szawarskiego, którego stanowisko ma znamiona konsekwencjalizmu, człowiek jest przede wszystkim organizmem biologicznym, a dalej – podmiotem sprawczym, następnie osobą i pacjentem. Bycie osobą i pacjentem to inaczej spełnienie systemowych warunków, jakie musi spełnić „osoba działająca”, aby uzyskać zdolność do odpowiedzialności, to znaczy stać się osobą w pełnym znaczeniu tego słowa. Na taki układ składa się: system szkieletowy, ruchowy, skóra; system przemiany materii; system regulacji obejmujący system nerwowy; system wydzielania wewnętrznego, krew, system obronny; system informacji; system rozmnażania. Jeżeli wszystkie te podsystemy współgrają ze sobą, mamy do czynienia z człowiekiem – dobrze funkcjonującym organizmem⁶⁰.

Wszystkie organizmy mają zdolności bycia podmiotem sprawczym. Istotą podmiotu sprawczego jest działanie. Jeżeli ktoś jest pacjentem – jest istotą będącą przedmiotem czyjegoś działania. Aby jakiś organizm był podmiotem sprawczym, musi posiadać ciało zdolne do magazynowania i używania energii, musi być zdolny do działania – reagowania na otaczający go świat; musi być też zdolny do odbierania, przetwarzania i używania informacji⁶¹. Podsumowując poglądy Szawarskiego, można stwierdzić, że definicja człowieka w sensie biologicznym redukuje się do jego właściwości genetycznych: każdy, kto przynależy do gatunku *homo sapiens* i ma swoiste dla tego gatunku DNA, jest człowiekiem. Szawarski nie neguje, że człowiek (w ujęciu opisowym) to istota poczęta i zrodzona przez ludzkich rodziców, ale termin „człowiek” w ujęciu wartościującym oznacza istotę ludzką posiadającą zdolność do intencjonalnego działania, zdolną do bycia podmiotem moralnym (podejmowania decyzji moralnych)⁶².

Zdaniem Z. Szawarskiego pojęcie „człowiek” w etyce ma sens moralny. W naukach biologicznych to określenie ma natomiast jedynie sens deskryptywny. Zgodnie z założeniami stanowiska substancjalistycznego zygota ludzka jest osobą, podobnie jak pozbawiony dyspozycji poznawczych człowiek (podtrzymywany przy życiu dzięki aparaturze). Zgodnie z założeniami stanowiska asubstancjalistycznego istnieje zasadnicza różnica pomiędzy organizmem ludzkim a osobą. Inaczej rzecz ujmując: nie każdy organizm ludzki jest osobą. Osobą może być tylko taki człowiek, który jest podmiotem moralnym, zdolnym do

⁶⁰ Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, s. 29–30.

⁶¹ Tamże, s. 32.

⁶² Tamże, s. 33–34.

odpowiedzialności moralnej za swoje postępowanie (cechą definicyjną w tym przypadku jest zdolność do działań moralnych i odpowiedzialności moralnej)⁶³.

Odkrycia współczesnej biologii, postępujące ingerencje w organizm ludzki oraz rozwój genetyki i biologii molekularnej sprawiły, że dotychczasowe rozstrzygnięcia na temat tradycyjnej medycyny są niewystarczające. Człowiek jako istota rozumna i wolna, zdolna do zdystansowania się względem samego siebie i swojej biologicznej natury, stał się tematem wielu sporów w zakresie etyki, szczególnie bioetyki. Człowieczeństwo ma wiele wymiarów, jak podkreśla Barbara Chyrowicz (przedstawicielka nurtu personalistycznego): wymiar filozoficzny, teologiczny i biologiczny. Stąd pytanie o człowieka i jego godność w aspekcie postępu nauk medycznych i biologicznych nabiera zupełnie innego znaczenia.

Istotę człowieczeństwa określa się poprzez odniesienie do osobowego statusu, dlatego w myśl argumentacji odwołującej się do godności ontycznej terminologia, która określa istotę ludzką jako przynależącą do gatunku *homo sapiens*, wyraża tylko jeden, biologiczny wymiar naszego istnienia, co zdaniem Chyrowicz zbytnio redukuje to znaczenie. Wskazanie na ekspresję cech przysługujących człowiekowi z natury (np. rozumność) wtedy, gdy jest ona poważnie okaleczona z powodu wad genetycznych albo strukturalnych lub gdy znajduje się na początkowym etapie rozwoju, jest obecnie tematem wielu debat nie tylko naukowych, lecz także społecznych⁶⁴:

Na podobne kwestie zwraca uwagę Marek Safjan – nowe badania naukowe oraz sytuacje, w jakich stawiany jest personel medyczny, wymagają zupełnie innego podejścia niż dotychczasowe w kwestii ustaleń prawnych. Świadczą o tym powstałe w ostatnich latach odmienne kategorie i stanowiska określające prawa jednostki i społeczeństwa, takie jak: prawo do ochrony genomu, prawo do urodzenia się jako w pełni zdrowa i funkcjonalna jednostka, prawo dostępu do najnowszych technologii medycznych, prawo do poznania swej prognozy genetycznej, prawo do bezwzględnego zakazu ujawniania danych genetycznych, prawo do zachowania anonimowości w kontekście prokreacji medycznie wspomaganej, prawo do poznania swej tożsamości biologicznej⁶⁵.

W konkluzji prowadzonej analizy wypowiedzi polskich bioetyków można postawić tezę, że godność ontyczna (nazywana ludzką lub osobową) wskazywana jest przez przedstawicieli personalizmu. Ta cecha uznawana za przyrodzoną, niezbywalną, jest zarazem

⁶³ Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, s. 33–36.

⁶⁴ B. Chyrowicz, *Godność istoty ludzkiej w świetle zapisów Konwencji Bioetycznej*, [w:] *Zastosowanie biologii w medycynie a godność osoby ludzkiej. Aspekty etyczne i prawne*, red. T. Mazurczak, PWN, Warszawa 2006, s. 21.

⁶⁵ M. Safjan, *Konwencja Bioetyczna – jej znaczenie dla kształtowania standardu prawnego*, [w:] *Zastosowanie biologii w medycynie a godność osoby ludzkiej...*, s. 29.

obiektywną wartością moralną, źródłem norm moralnych w medycynie i innych obszarach życia (np. prawodawstwie) i innych rodzajów godności (np. osobowościowej). Dobitnie wyraził to Adam Szostek w następującej wypowiedzi:

Nie jest więc tak, by podkreślanie osobowej godności nie pociągało za sobą żadnych praktyczno-moralnych konkluzji, ani tak by konkluzje te charakteryzowały się z zasady etycznie nieuzasadnioną roszczeniowością. Raczej jest tak, że normy odwołujące się w specjalny sposób do godności osobowej ujawniają istotne zręby bytu osobowego oraz pozwalają odkryć podstawowe normy, których przestrzeganie – zarówno przez sam podmiot, jak przez innych wobec niego – wyznacza zasadnicze drogi osobowościowego dopełnienia godności osobowej człowieka⁶⁶.

Przedstawiciele innych orientacji filozoficznych (np. konsekwencjalizmu) nie negują godności ontycznej, ale przypisują ją zwykle istotom ludzkim, które osiągnęły status osoby w ujęciu antysubstancjalnym.

Podsumowując – spierający się o status osobowy człowieka w fazie embrionalnej przyjmują różne kryteria człowieczeństwa. W bioetyce funkcjonują także opinie, że embrion ludzki posiadający potencjał bycia człowiekiem aktualnie jeszcze osobą nie jest, więc nie przysługują mu prawa osobowe. Tego typu podejście, w przeciwieństwie do teorii personalistycznych, klasyfikuje eksperymenty na embrionach, klonowanie i aborcję jako dopuszczalne⁶⁷.

1.3 Koncepcja godności osobowościowej

W koncepcji Józefa Koźmieleckiego godność człowieka nie jest darem, jaki ten otrzymuje od natury lub społeczeństwa, nie jest także towarem, który można nabyć po cenie rynkowej. Można się jej wyrzec, ale nie można jej kupić. W swoich rozważaniach autor nawiązuje do koncepcji Marii Ossowskiej, twierdząc, że godność wiąże się bezpośrednio z aktywnością. Referując poglądy Koźmieleckiego, Mirosław Sadowski wskazuje, że tak rozumiana godność wynikająca z aktywności ma swoje źródła w obronie własnej tożsamości, aktywności skierowanej ku innym i własnej twórczości⁶⁸. Podobnie uważa Barbara Chyrowicz – godność osobowościowa jest wartością wewnętrzną, nie sposób jej naruszyć „z zewnątrz”, ponieważ jej podstawą jest moralny charakter człowieka, a nie zewnętrzne uznanie⁶⁹.

⁶⁶ A. Szostek, *Rola pojęcia godności w etyce*, „Studia Filozoficzne”, 1983, nr 8–9, s. 90.

⁶⁷ P. Morciniec, *Etyczne aspekty transplantacyjnej terapii chorób neurozwyrodnieniowych*, Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2000, s. 235.

⁶⁸ M. Sadowski, *Godność człowieka – aksjologiczna podstawa państwa i prawa*, „Wrocławskie Studia Erazmiańskie” 2007, s. 19, <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/Content/21952/002.pdf>, dostęp: 1.03.2012.

⁶⁹ B. Chyrowicz, *Bioetyka. Anatomia sporu*, s. 121.

Barbara Chyrowicz twierdzi, iż w koncepcji Cyserona godność bazuje na uznaniu, jakie osoba zyskuje u innych, z uwagi na kształtowanie własnej doskonałości. Tak rozumiana godność według Chyrowicz odpowiadałaby temu, co wspomniana wyżej Maria Ossowska powiązała z kształtowaniem osobowości.

W koncepcji Kozielskiego człowiek, który tworzy i podejmuje altruistyczne działania, utwierdza się w przekonaniu o osobistej wartości⁷⁰, kształtuje swoją godność, która jest moralnym składnikiem jego osobowości i zależy od trzech rodzajów aktywności. Pierwsze źródło aktywności to obrona własnej tożsamości i systemu przekonań. Drugie źródło to aktywność skierowana ku innym ludziom: solidarność, poświęcenie, pomoc, walka z cierpieniem, czyny altruistyczne i współuczestnictwo, więzi emocjonalne i przyjaźń stanowiące o autentycznej wartości jednostki. Ludzie, dla których drugi człowiek jest jedynie środkiem do osiągnięcia egoistycznych celów, umniejszają poczucie własnej godności. Trzecim źródłem godności według autora jest twórczość będąca motorem rozwoju. Ludzie, którzy uprawiają różne zawody, tworzą oryginalne dzieła, współtworzą kulturę, kształtują jednocześnie poczucie swojej godności⁷¹. Aktywność zawodowa i społeczna wymaga zaś silnej motywacji, kompetencji i odporności na stres. Godne zachowanie jest przejawem silnej i zdrowej osobowości. Ludzie, którzy nie podejmują działań, nie mogą zachować swojej godności. Poczucie godności posiada wobec tego jednostka o ukształtowanym systemie wartości i indywidualnym stylu postępowania, czyli posiadająca rozwiniętą osobowość⁷².

O tym, że godność jest bezpośrednio związana z osobowością, pisała wspomniana już Maria Ossowska. W jej opinii tak rozumiana godność nie przysługuje każdemu. Ma ją tylko ten, kto ukształtował swoje „ja” na bazie silnego kręgosłupa moralnego. Ossowska, systematyzując normy moralne w obronie godności, wyróżniła dwa znaczenia godności: przyrodzoną (stałą, którą mają wszyscy) i nabytą (zmienną)⁷³.

Podobne ujęcie znajdziemy u Tadeusza Kotarbińskiego: godność osobowościowa jest cechą wypracowaną, pochodną innych wartości, której nabycie łączy się z darem i posiadaniem szacunku: „(...) Oceniamy w ten sposób tych, co z innych względów zasługują na szacunek i sami są tego świadomi i dokładają starań, by być takimi oraz by ich traktowano według należnej im miary szacunku”⁷⁴.

⁷⁰ J. Kozielski, *O godności...*, s. 14.

⁷¹ Tamże, s. 18.

⁷² Tamże, s. 21.

⁷³ M. Ossowska, *Normy moralne. Próba systematyzacji*, PWN, Warszawa 1972, s. 52.

⁷⁴ T. Kotarbiński, *Zagadnienia etyki niezależnej*, [w:] Tadeusz Kotarbiński. *Pisma etyczne*, s. 298.

Wśród zachowań uwłaczających godności osobowościowej M. Ossowska wymieniła: schlebienie w oczekiwaniu na osobiste korzyści, narzucanie się komuś, kto wyraźnie nie chce naszego towarzystwa, okazywanie ślepego posłuszeństwa, oportunizm, przyzwolenie na to, by ktoś deprecjonował nasze świadczenia przez przeliczanie ich na pieniądze, szeroko rozumiany zanik powściągliwości (brak opanowania nałogu, łakomstwo, kłamstwa, nadmierne wynoszenie własnej osoby), oszustwa, traktowanie człowieka jako środka do celu, towaru, którym można manipulować, utratę praw obywatelskich. Obok tych przykładów autorka zwraca uwagę na najbardziej jaskrawe formy godzenia w ludzką godność, za jakie uważa praktyki stosowane wobec więźniów obozów koncentracyjnych: pozbawienie dotychczasowej pozycji społecznej, utrata nazwiska, niemożność podejmowania jakichkolwiek decyzji, brak poczucia czasu i możliwości planowania własnego życia, konieczność meldowania swoich potrzeb fizjologicznych, wymuszona przemoc wobec kolegi, bluźnierstwo względem wyznawanego Boga, stosowanie odpowiedzialności zbiorowej⁷⁵.

Godność osobowościowa jest rodzajem godności nabytej. W swoich pismach Ossowska używała zwrotu „wyrobić w kimś godność”, podkreślając, że jest to kwestia wypracowania, ukształtowania oczekiwanej postawy. W tym rozumieniu godność nie jest kwestią kwalifikacji gatunkowej ani biologicznych własności natury ludzkiej⁷⁶, jak zauważa Joanna Dudek. Przypisanie komuś godności w tym znaczeniu jest wyrazem uznania; godność osobowościowa nie przysługuje każdemu. Osobowość w tym ujęciu posiadają tylko jednostki, które ukształtowały własne „ja” zgodnie z pożądanym systemem wartości.

W rozumieniu osobowościowym godność nie jest także redukowalna do momentu śmierci, na co także zwróciła uwagę Ossowska. Szacunek względem danej osoby trwa tak długo, jak pamiętamy o zmarłym. Sława pośmiertna jest dowodem na przetrwanie osobowości. Sprzęgnięcie fizyczności z osobowością jest argumentem choćby dla szacunku okazywanego względem ciał zmarłych, sprzeciwu wobec ich beczeszczczeniu⁷⁷. Motywacja godnościowa pełni ważną rolę w życiu jednostki i społeczeństwa. W przyjęciu tak pojmowanej godności Ossowska upatrywała możliwość obrony przed zagrożeniami, jakie niesie współczesna cywilizacja. Oprócz tylko formalnej charakterystyki godności Ossowska wskazywała na konkretne cechy, jakimi powinien charakteryzować się człowiek godny, nie negując jednocześnie twierdzenia, że każdemu człowiekowi przysługuje godność ontyczna. Pojęcie

⁷⁵ M. Ossowska, *Normy moralne...*, s. 5–55.

⁷⁶ J. Dudek, *Marii Ossowskiej ujęcie osoby, osobowości i godności*, [w:] *Szkice o godności człowieka*, red. M. Piechowiak, T. Turowski, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2012, s. 127.

⁷⁷ M. Ossowska, *Normy moralne...*, s. 56.

godności osobowościowej, jak sądzi Danuta Ślęczek-Czakon, zostało sprecyzowane przez pryzmat norm dotyczących doskonalenia się i norm regulujących współżycie z innymi w społeczeństwie⁷⁸.

W powyższym ujęciu godność jest rozumiana jako doskonałość będąca wynikiem osobowości, którą człowiek osiąga samodzielnie, poprzez pracę nad sobą i względem innych. Jest to cecha, którą można stracić: nie jest ona wartością wrodzoną. Takie ujęcie godności człowieka także według M. Sadowskiego bywa nazywane osobowościowym⁷⁹.

Maria Ossowska zdefiniowała normę w obronie godności jako jedną z wielu norm obok pozostałych, które wymienia, w tym: normę w obronie biologicznego życia, niezależności, prywatności. Autorka nade wszystko jednak, jak twierdzi J. Dudek, zwróciła uwagę na doniosłość społeczną motywacji godnościowej⁸⁰.

Do koncepcji Ossowskiej odnoszą się także przedstawiciele etyki chrześcijańskiej, którzy godność osobowościową chcą wywodzić z godności ontycznej:

Ossowska ma rację uznając, że tylko w niektórych wypadkach ludzie zwykli odwoływać się do godności jako do podstawy pochwały bądź nagany pewnych postąpień. Rację ma jednak Rodziński, gdy stwierdza, że jedyne kryterium moralności naturalnej stanowi ontyczna godność osoby ludzkiej jako osoby w ogóle i jako ludzkiej w szczególności⁸¹.

Ponadto Szostek podkreśla, że godność osobowościowa w pewien sposób dopełnia godność ontyczną, co ujawnia w następującej wypowiedzi⁸²:

Podkreślić tu należy, że godność osobowa jako wartość ontyczna określonego bytu nie ma autentycznego wobec siebie bieguna (...) natomiast osobowościowa wartość płynąca z afirmacji w postawach i postępowaniu tejże właśnie godności osobowej posiada taką przeciwwagę w prywatycznej jej nieobecności tam, gdzie wartość ta powinna była się pojawić⁸³.

Godność nabyta: osobowościowa, podobnie jak godność osobista i godność społeczna, ma charakter relatywny.

⁷⁸ D. Ślęczek-Czakon, *Poglądy etyczne Marii Ossowskiej*, GWSP, Mysłowice 1995, s. 84–85.

⁷⁹ M. Sadowski, *Godność człowieka...*, s. 19.

⁸⁰ J. Dudek, *Marii Ossowskiej ujęcie osoby...*, s. 119.

⁸¹ A. Szostek, *Wokół godności i miłości*, [w:] *Refleksje nad godnością człowieka*, red. A. Królikowska, Z. Marek, Wydawnictwo WAM, Kraków 2007, s. 19.

⁸² A. Szostek, *Wokół godności i miłości*, s. 18–19.

⁸³ A. Rodziński, *U podstaw kultury moralnej ...* s. 87.

1.4 Koncepcja godności osobistej a poczucie godności

W debatach z zakresu bioetyki obok godności osobowościowej pojawiają się także odwołania do godności osobistej i poczucia godności.

Zdaniem Tadeusza Biesagi godność osobista wiąże się z poczuciem własnej wartości i jest sposobem wyrażania jej na zewnątrz⁸⁴. Jest to cecha, która sprawia, że człowiek pozytywnie wartościuje relacje w stosunku do siebie i do innych osób. Tadeusz Kotarbiński także podkreślał, że godność osobista z jednej strony jest poczuciem możliwości decydowania, kierowania się własnym sumieniem, prawem do wypowiedzania zdania, szacunku względem własnej osoby, z drugiej natomiast – jest kwestią wypracowania sobie szacunku u innych osób: „Szanowanym trzeba być za coś i tu znowu musi nastąpić rekurs do innych, podstawowych tytułów szacunków, na których musi się wspierać tytuł do szacunku z racji troski o godność własną”⁸⁵.

Edyta Szyszka, podobnie jak Tadeusz Biesaga, definiuje godność osobistą jako poczucie osobistego szacunku i wiarę w wartość ludzkich poczynań⁸⁶.

Janusz Gajda godność osobistą pojmuje jako cechę charakteru, która posiada trzy źródła: siłę moralną jednostki (rodzaj wyczulonego sumienia, które charakteryzuje wysoki poziom rozwoju i zgodność postępowania z uznawanymi normami moralnymi, stałą kontrolę swojego postępowania, siłę w przezwyciężaniu trudności, zdolność do działań w trudnych sytuacjach); postawę aktywną w życiu, która prowadzi do kształtowania poczucia godności i może być kierowana ku własnej osobie lub na zewnątrz; wolność – pojmowaną jako swobodę wyboru działań i idei unormowanych prawem i zwyczajami, sumienia zgodnego z normami moralnymi⁸⁷:

Godność osobista to postawa i cecha charakteru. Wynika ona z natury człowieczeństwa i apeluje do poczucia własnej wartości jako osoby kierującej się w życiu wyznawanym systemem wartości, ideałów, potrafiącej bronić własnych racji bez względu na konsekwencje, ale i zdolnej zachować dozę krytycyzmu w stosunku do siebie i innych oraz gotowej na przyjęcie tego, co jest nowe i godne uznania⁸⁸.

Podobnie w ujęciu Kozielskiego – godność osobista stanowi cechę charakteru, dzięki której człowiek postępuje zgodnie z wybranym systemem wartości i przekonań, w stosunku do

⁸⁴ T. Biesaga, *Personalizm a pryncypializm w bioetyce...*, s. 48.

⁸⁵ T. Kotarbiński, o *potrzebie respektowania godności własnej*, [w:] Tadeusz Kotarbiński. *Pisma etyczne*, s. 298.

⁸⁶ E. Szyszka, *Istota poczucia godności w wybranych koncepcjach współczesnej psychologii*, [w:] *Refleksje nad godnością...*, s. 41.

⁸⁷ J. Gajda, *Godność*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 2, red. T. Pilch. Wydawnictwo Akademickie ŻAK, Warszawa 2003, s. 80–82.

⁸⁸ Tamże, s. 80.

siebie i do innych. Jest to zarazem cecha wbudowana w charakter jednostki, którą można badać na podstawie zewnętrznego zachowania człowieka. Należy ją odróżnić od poczucia godności⁸⁹.

O poczuciu godności mówi się przede wszystkim w perspektywie psychologicznej – ma ono wymiar personalny i jest jednym z podstawowych dynamizmów rozwojowych człowieka. Jak wskazuje Stanisława Steuden, podstawą poczucia własnej godności są szacunek dla samego siebie, zaufanie do siebie i akceptacja siebie:

W wymiarze psychologicznym można mówić o większym lub mniejszym poczuciu własnej godności – zależy to przede wszystkim od rodzaju wartości, które człowiek przyjmuje jako ważne oraz sposobu ich realizacji. Im wyższe wartości uznaje się za znaczące w życiu, im większa jest świadomość ważności ich wyboru, a także im większy wysiłek związany jest z ich realizacją, tym większe jest poczucie własnej godności i wartości. Wartości służą rozwojowi osobowości człowieka poprzez to, że stawiają wymagania i ukierunkowują jego aktywność zgodnie z tym, co on sam uznaje za dobre i słuszne. Wybór i realizacja takich wartości, jak dobro, prawda, piękno, doskonałość – pozostających w hierarchii najwyższej – jest nie tylko wyrazem siły osobowości, ale także czynnikiem umacniającym i rozwijającym poczucie własnej godności⁹⁰.

Poczucie godności osobistej nie jest kategorią autonomiczną i niezależną od innych komponentów osobowości. Poczucie to jest mocno związane z systemem wartości człowieka, wyznaczającym odległe cele, określającym styl życia i sposób zachowania w różnych sytuacjach życiowych. Jak podkreśliła Stanisława Steuden, poczucie godności jest nabywane i wzmacniane w procesie rozwoju osobowości i urzeczywistniania własnych potencjalności w realizacji zadań życiowych⁹¹. Poczucie własnej godności wzrasta w następstwie kontaktów z drugim człowiekiem, natomiast obniża się lub zatracą w następstwie braku szacunku, ujawniania niechęci czy też uprzedzeń. Dlatego też pojęcie to będzie odgrywało wielką rolę w analizie relacji pacjenta z lekarzem i pozostałymi przedstawicielami służby zdrowia, tematów nawiązujących do „prawa do szacunku”, podejmowanego na gruncie polskiej bioetyki szczególnie przez Zbigniewa Szawarskiego: „Można by więc najogólniej powiedzieć, że mieć godność to tyle, co mieć prawo do szacunku bądź – jak to jest w przypadku godności własnej – rzeczywiście mieć do siebie szacunek (...)”⁹².

Jak dalej twierdzi autor, przysługujące każdemu z nas prawo do szacunku implikuje co najmniej postawę i zasady postępowania. Dotyczy to zarówno godności przyrodzonej człowieka, jak i poczucia szacunku względem samego siebie:

⁸⁹ J. Koziński, *O godności...*, s. 45.

⁹⁰ S. Steuden, *Rozważania o godności z perspektywy człowieka w okresie starzenia się*, [w:] *Starzenie się a satysfakcja z życia*, red. S. Steuden, M. Marczuk, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006, s. 18.

⁹¹ Tamże, s. 20.

⁹² Z. Szawarski, *Godność i odpowiedzialność*, s. 93.

Skoro człowiek ma prawo do szacunku, to znaczy, że można i powinno się nawet oczekiwać ze strony innych postawy poszanowania, zrozumienia, życzliwości, pewnego ciepła emocjonalnego czy wręcz miłości. Istota i granice owej postawy są mgliste i nieokreślone, ale z całą pewnością mieści się w niej coś, co można by nazwać swoistą gotowością rozumienia, przeżywania, czy nawet dzielenia cudzego losu. Nie żywię bowiem szacunku dla drugiego człowieka, gdy nie chcę uznać jego prawa do odmienności postrzegania samego siebie i świata, w którym żyje. Nie żywię szacunku dla drugiego człowieka, jeśli pozostaję obojętny wobec jego cierpienia i radości. I nie żywię szacunku dla drugiego człowieka, gdy pozostawiam go samemu sobie wówczas, gdy pragnie on mojej obecności, mojego ciepła, mojej pomocy. Myślę, że nie ma większego znaczenia, czy ową postawę nazwiemy postawą szacunku, miłości bliźniego, *agape*, czy też wręcz poczuciem braterstwa. Istotna jest bowiem nie tyle nazwa, lecz rzeczywiste zachowanie – owa trwała gotowość do rozpoznawania i uznawania innych właściwego im człowieczeństwa⁹³.

Szawarski prawo do szacunku okazywane pacjentowi przez personel medyczny, bez względu na jego stan psychiczny i fizyczny, pojmuję jako wyraz uszanowania godności osobistej, a także ontycznej. Szacunek dla pacjenta implikuje powstrzymywanie się od działań, które mogłyby w jakikolwiek sposób godzić w jego poczucie godności osobistej. Wśród takich zachowań autor wymienia np. brak poważania prywatności pacjenta⁹⁴. W sytuacjach skrajnych, takich jak proces umierania, człowiek może osłabiać lub wzmacniać postawy godnościowe. Skoro każdy człowiek ma prawo do szacunku, to każdy z nas ma moralny obowiązek postępować tak, by go nie degradować moralnie, nie unicestwiać tkwiącego w nim człowieczeństwa. Z drugiej strony autor zaznacza, iż to właśnie poczucie godności własnej może sprawić, że człowiek przyjmuje cierpienie naturalnie towarzyszące śmierci i chorobie⁹⁵.

Godność osobista pełni także funkcje motywacyjne, wartościuje relacje w stosunku do innych i do własnej osoby. Widzą to także autorzy katoliccy: „Kryteriami poczucia godności własnej i uznania godności innych są: traktowanie człowieka podmiotowo, a nie instrumentalnie, zgodność własnego postępowania z systemem wartości, odporność na naciski, satysfakcja z realizowanego dobra”⁹⁶.

Andrzej Szostek wskazuje, że pojęcie godności osobistej ma mniejsze znaczenie dla etyki normatywnej niż pojęcie godności osobowościowej „z racji swojego pocuciowego

⁹³ Tamże, s. 95.

⁹⁴ Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, s. 45.

⁹⁵ A. Kubik, *Chcę umrzeć z godnością. Rozmowa ze Zbigniewem Szawarskim*. „Gazeta Wyborcza”, 4.04.2015, http://wyborcza.pl/magazyn/1,144507,17700723,Chce_umrzec_z_godnoscia.html, dostęp: 12.07.2016.

⁹⁶ Z. Chlewiński, Z. Zalewski, *Godność*, [w:] L. Bieńkowski i in. (red.), *Encyklopedia Katolicka*, t. 5, Wydawnictwo KUL, Lublin 1989, s. 1231–1232.

charakteru”⁹⁷. Ważniejsze dla tego autora z punktu widzenia etyki jest rozróżnienie pomiędzy godnością osobową a osobowościową:

Poczucie godności bliskie jest temu, co Adam Rodziński zgodnie z zastanymi intuicjami językowymi określa mianem godności osobistej. Dla konstrukcji etyki normatywnej ten rodzaj godności ma znaczenie stosunkowo najmniejsze – właśnie z racji swego pocuciowego charakteru (...). Istotne natomiast dla etyki jest rozróżnienie między godnością osobową a osobistą oraz związek obu tych sensów godności: źródłem całej naszej naturalnej chwały osobowościowej wyrażającej się w naszej kulturze i cywilizacji (...) Tak więc gdy mowa o godności w etyce, należy najpierw odróżnić ją od pocucia godności, następnie zaś zinterpretować stosunek między niezwykłą osobową godnością każdego człowieka a utracaną godnością osobowościową. Ta ostatnia zakłada pierwszą i wyraża się w działaniu zgodnym z naturą człowieka, przynoszącym mu określone, osobowościowe skutki⁹⁸.

Wojciech Chudy, który obok godności osobowej wyróżnił także godność osobistą i osobowościową, twierdzi, że godność osobista jest wartością, jaką jednostka uzyskuje wchodząc w relacje zewnętrzne, związane z wykonywanym zawodem, zajmowaną pozycją społeczną, karierą (np. w zakresie medycyny). Godność osobista może wynikać z uznania lub nadania społecznego, a także z samouznania lub dobrego samopoczucia (pocucia godności). Ten typ godności może być także odnoszony do pojęcia osobistości – czyli do kogoś, kto osiągnął wysoki pułap w hierarchii społecznej⁹⁹.

Janusz Mariański, powołując się na polskiego bioetyka o proveniencji personalistycznej, Wojciecha Bołozę, o godności osobistej pisze:

Człowiek jest świadomy swojej godności osobistej i osobowościowo-społecznej, każdy może ją przeżywać w swoim wnętrzu na własny sposób. Ten psychologiczny wymiar godności ujawnia się w dwóch aspektach: oceniającym i wolitywnym, a pocucie godności jest rozmaicie określane. Bioetyk Wojciech Bołozę wymienia kilka definicji pocucia godności: a) pozytywna postawa wobec samego siebie; b) osobisty sąd o wartości, który wyraża się w nastawieniu, jakie jednostka utrzymuje wobec siebie samej, jest to rodzaj subiektywnego doświadczenia, które jednostka komunikuje innym drogą kontaktów werbalnych i innych ekspresyjnych zachowań; c) szacunek wobec siebie danej osoby, która zawiera pocucie własnej wartości oparte na przekonaniu, że jej koncepcja dobra i planu życiowego jest warta realizacji oraz implikuje zaufanie do własnych zdolności mogących sprostać stawianym sobie wymaganiom¹⁰⁰.

⁹⁷ A. Szostek, *Wokół godności i miłości*, s. 18–19.

⁹⁸ A. Szostek, *Rola pojęcia godności...*, s. 79–81.

⁹⁹ W. Chudy, *Godność człowieka wartością ontyczno-wychowawczą*, [w:] *Ja – Człowiek. Wzrastanie w godności, miłości i miłosierdziu*, red. M. Kalinowski, Wydawnictwo KUL, Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym, Kraków–Lublin 2004, s. 83-91; W. Chudy, *Pedagogia godności. Elementy etyki pedagogicznej*, red. A. Szudra, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2009, s. 54–55.

¹⁰⁰ J. Mariański, *Godność ludzka...*, s. 117.

Poczucie własnej godności (wartości) ma podstawowe znaczenie dla funkcjonowania osobowościowego i społecznego każdego człowieka. O ile godność osobowa jest nieutrącana, to godność osobista i osobowościowa jest zdobywana własnym wysiłkiem moralnym, pod wpływem dążenia do własnej doskonałości:

Godność integruje osobowość, pomaga w ukierunkowaniu i afirmacji życia, do pewnego stopnia niezależnie od warunków zewnętrznych oraz stanowi komponent poczucia sensu życia i powinności (...). Godność osobistą i osobowościową można utracić, sprzeniewierzając się uznawanym przez siebie wartościom czy ulegając nieakceptowanym wartościom i normom¹⁰¹.

Magdalena Środa uznaje, że godność osobista może być rozważana w dwóch aspektach: oceniającym i wolicjonalnym. W pierwszym wypadku poczucie godności własnej polegać będzie na pozytywnej opinii lub postawie wobec samego siebie. Człowiek, który traci godność w tym znaczeniu, dezaprobuje siebie. W drugim wypadku godność jest rodzajem trwałej dyspozycji do zachowań określonego typu, które polegają na unikaniu czynników niegodnych działającego – jako członka danej społeczności:

Godność osobista składa się więc z co najmniej dwóch różnorodnych aspektów: psychologicznego o charakterze motywacyjnym, nazwiemy go tutaj poczuciem godności, oraz społecznego, zobiektywizowanego o charakterze oceniającym. Każdy z dwóch wymienionych aspektów godności może funkcjonować w miarę autonomicznie. Można bowiem – jak nam się wydaje – mieć poczucie godności bez spełnienia jakichkolwiek warunków koniecznych do tego, by inni tę godność uznawali w nas, to znaczy bez dopasowywania się do akceptowanych społecznie moralnych standardów zachowań. Można też cieszyć się prestiżem i szacunkiem społecznym bez poczucia godności własnej, to znaczy realizować pewien ideał czy wzorzec zachowań, nie kierując się przy tym poczuciem godności¹⁰².

Jak podsumowuje Magdalena Środa, w różnorodnych koncepcjach psychologicznych i filozoficznych poczucie godności bywa traktowane jako:

- a) potrzeba (w tym przypadku chroni przed dezintegracją psychiczną);
- b) ocena osobowości (pełni funkcje integrujące osobowość);
- c) rodzaj motywacji moralnej (jego zadaniem jest integracja moralna przedmiotu)¹⁰³.

¹⁰¹ Tamże, s. 118–119.

¹⁰² M. Środa, *Idea godności...*, s. 128–129.

¹⁰³ Tamże, s. 130.

1.5 Koncepcja godności społecznej

Czwarte, do tej pory nie omawiane tu szerzej pojęcie godności, dotyczy godności społecznej. Socjologowie, zdaniem Ewy Podrez, opisują godność człowieka jako wartość społeczną:

Socjologia zajmuje się wybranym aspektem godności osobistej i rozpatruje ją pod kątem społecznej lub zawodowej roli człowieka. Wyznacza ona pewien status życia i przypisane mu zaszczyty, honory oraz miejsce w hierarchii społecznej lub zawodowej. Odpowiada jej postulowany wzór zachowania ze względu na społeczną pozycję jednostki lub pełnioną przez nią społeczno-zawodową rolę. Termin *godny* przypisany tym wzorom oznacza zarówno szacunek, powagę, zajmowanie szczytnego stanowiska, jak i przekonanie, że ktoś wart jest tych przywilejów, zasługuje na nie ze względu na swą społeczną lub zawodową pozycję¹⁰⁴.

Godność w tym znaczeniu może być rozumiana jako zasługa bądź urząd. Jeżeli ktoś pełni istotną rolę społeczną, to nabywa szczególnej godności związanej z tym urzędem lub uprawianym zawodem. W tym sensie można mówić o godności sędziego, lekarza, biskupa, prezydenta, królowej. W obrębie rozprawy tematyka ta dotyczyć będzie przede wszystkim zawodu lekarza. Tak rozumiana godność wiąże się z władzą, autorytetem, niekiedy wyłącznym prawem do podejmowania decyzji¹⁰⁵, zwraca uwagę Z. Szawarski. Z kolei J. Mariański podkreśla, że charakterystyczne dla godności społecznej jest ujmowanie jej jako rzeczywistości zmiennej, nabytej, zależnej od struktury lub kultury danego społeczeństwa¹⁰⁶.

Godność społeczna, w przeciwieństwie do godności ontycznej, jest nabywana w toku życia, pochodzi z nadania. Synonimem godności społecznej jest godność zawodowa, etos zawodowy, autorytet. Wzór postępowania, zgodnie z którym pewnym osobom nadawana jest godność społeczna, formułowany jest najczęściej w prawie i kodeksach deontologicznych, a rozważany dalej etos lekarski jest więc usankcjonowany przez prawo¹⁰⁷.

W kwestii autorytetu, którym pacjent i reszta społeczeństwa darzą lekarza i pozostałych przedstawicieli służby zdrowia, może on być wynikiem uznania dla samej praktyki medycznej lub mieć charakter bezpośredni i nieformalny – dotyczyć osoby lekarza (być wynikiem przypisywanych mu cech, takich jak: wiedza, fachowość, mądrość). Autorytet lekarza może mieć także charakter epistemiczny i deontyczny. Epistemiczny – to inaczej autorytet rzeczoznawcy, eksperta w zakresie medycyny, a deontyczny – autorytet osoby uprawnionej do wydawania poleceń oraz podejmowania decyzji, oparty w tym wypadku na pozycji prawnej.

¹⁰⁴ E. Podrez, *Godność. Z historii teorii godności ...* s. 21.

¹⁰⁵ Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, s. 42.

¹⁰⁶ J. Mariański, *Godność ludzka...*, s. 157.

¹⁰⁷ Zwracają na to uwagę: K. Szewczyk, *Etyka i deontologia lekarska*, Polska Akademia Umiejętności, Kraków 1994, s. 31 oraz J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, s. 61, 62.

Zgodnie z definicją godności zawodowej (której znaczenie jest bliskie godności społecznej) zaproponowaną przez Kowalika – jest to postawa ludzi pracujących i ich najbliższego otoczenia, wraz z poczuciem godności, jaka się z tą postawą wiąże. Sprowadza się ona do poszanowania i ochrony przez pracownika swojej tożsamości społecznej, tak więc zachowanie pracownika jako przedstawiciela zawodu odbiegające od przyjętego wzorca oznacza utratę godności zawodowej. Godność zawodowa jest związana z normą poczuwania się do odpowiedzialności za swoją pracę, nie tylko przed zwierzchnikami czy współpracownikami, ale także przed społeczeństwem¹⁰⁸.

Andrzej Grzegorzczak z kolei godność społeczną określił jako cechę pozacielesną człowieka; stan, który jest uzyskiwany naturalnie (poprzez urodzenie lub kulturę, w której człowiek żyje): można go utracić, odzyskać, związany jest z przynależnością do pewnego wzoru, pociąga za sobą zobowiązania i roszczenia¹⁰⁹.

Traktując godność jako wartość społeczną, mniej podkreślamy poczucie psychiczne (choć całkowicie go nie wykluczamy) i wierność swoim ideałom, a bardziej zwracamy uwagę na warunki społeczne, w których postawy i zachowania godnościowe są kształtowane, rozwijane, naruszane lub odrzucane. W tym kontekście godność jest odnoszona do ponadjednostkowego wymiaru, potwierdzana lub zaprzeczana w kontaktach z innymi ludźmi, w określonych sytuacjach społecznych. W tym ujęciu ważne jest całe zaplecze społeczne, w którym godność jest uznawana i realizowana – przykładem może być rola lekarza kreowana przez korporacje lekarskie, spór o pozycję etyk zawodowych.

Jednym z możliwych ujęć godności społecznej na gruncie polskiej bioetyki jest odniesienie tego pojęcia do zasad etyki niezależnej Tadeusza Kotarbińskiego¹¹⁰, które zostały wyłożone w pismach tego autora. Pomimo tego, że Kotarbiński opracował swoją koncepcję etyki niezależnej w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych ubiegłego stulecia, jej założenia są na tyle uniwersalne, że mogą być stosowane w zawodzie lekarza. Jedno z takich podejść prezentuje Adam Skowron, który konfrontuje ideał lekarza z postawą opiekuna społecznego, jak również zestawia zapisy Kodeksu Etyki Lekarskiej z тезami etyki niezależnej¹¹¹. Odniesienia do tej koncepcji widoczne są także w podejściu Zbigniewa Szawarskiego i Jana Hartmana, jak również w etyce troski ograniczanej sprawiedliwością, która jest koncepcją

¹⁰⁸ P. Kowalik, *Godność zawodowa*, [w:] *Leksykon profesjologiczny*, red. K.M. Czarnecki, B. Pietrulewicz, Oficyna Wydawnicza Humanitas, Sosnowiec 2010, s. 71.

¹⁰⁹ A. Grzegorzczak, *Pojęcie godności jako element poznawczej regulacji ludzkiego zachowania*, „*Studia Filozoficzne*”, 1983, nr 8–9, s. 58.

¹¹⁰ T. Kotarbiński, *Pisma etyczne*, red. P. Smoczyński, Ossolineum, 1987, s. 164–169.

¹¹¹ A. Skowron, *Zastosowanie koncepcji etyki niezależnej w zawodzie lekarza*, *Ruch Filozoficzny*, LXXVII 2021, nr 1, s. 181. s. 174–183.

szerzej analizowaną na gruncie polskiej bioetyki przez Kazimierza Szewczyka i Mieczysława Gałuszkę.

1.6 Sposoby uzasadniania norm w bioetyce

Bioetycy starają się ustalić oceny i normy dotyczące biomedycznych ingerencji w powstanie ludzkiego życia, jego trwanie i śmierć. Większość zagadnień z tego obszaru uwikłana jest w spór o istotę człowieczeństwa, dlatego też argumentacja odnosząca się do godności ludzkiej jest tak ważna, na co zwraca uwagę Jan Hartman, pisząc:

W gruncie rzeczy z obowiązku poszanowania godności ludzkiej można wyprowadzić właściwie całą deontologię (również lekarską) czyli kompetentny zestaw powinności moralnych, z czego korzysta etyka personalistyczna. Nie ma tu zresztą żadnej sprzeczności – te same zagadnienia prawie zawsze mogą być harmonijnie naświetlone z punktu widzenia deontologicznego, personalistycznego, konsekwencjalistycznego i eudajmonistycznego¹¹².

Norma jest pewną wypowiedzią typu: „należy”, „powinno się”, „nie zabijaj”. Normy wskazują zazwyczaj na powinność, przy czym nie zawsze są to powinności o charakterze moralnym; można mówić także o normach technicznych lub porządkowych. Odnoszące się do norm powinności mogą dotyczyć: określonych zdarzeń (np. „pociąg powinien już przyjechać”), racjonalnej kalkulacji (np. „powinieneś zainwestować w tę firmę z uwagi na obecną sytuację na rynku”). Normy mogą mieć też charakter wartościujący (np. „w świecie powinno być więcej miłości”). Ogólnie rzecz ujmując – powinności mogą mieć charakter moralny lub pozamoralny. Powinność moralna i normy moralne, które jej odpowiadają, są uzasadniane aksjologicznie (w odwołaniu do pewnej wartości – np. godności osobowej).

Barbara Chyrowicz wśród podstawowych metod uzasadniania słuszności norm moralnych wyróżnia sposób teleologiczny i deontologiczny, powołując się na podział przedstawiony przez Charlie’ego Broada¹¹³. Autorka zaznacza przy tym, że w bioetycznych analizach oprócz sposobu uzasadniania norm bardzo ważną rolę pełni sposób rozumienia istoty człowieczeństwa¹¹⁴.

1.6.1 Teleologiczny sposób uzasadniania norm

Najbardziej znanym stanowiskiem teleologicznym (zwanym także konsekwencjalistycznym) jest utilitaryzm. Wspólne wszystkim teoriom utilitarystycznym jest uznanie, że działanie

¹¹² J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, s. 67–68.

¹¹³ B. Chyrowicz, *Argumentacja we współczesnych debatach bioetycznych*, „Diametros”, 2009, nr 19, s. 4.

¹¹⁴ Tamże.

należy ostatecznie oceniać w perspektywie maksymalizacji dobra (inaczej szczęścia). Godność człowieka w ujęciu liberalnych kierunków etycznych, tym samym teorii utilitarystycznych, swoimi korzeniami sięga myśli Johna Stuarta Milla. W teorii Milla poczucie wolności stanowi istotny składnik szczęścia każdej istoty wyższej. W swoim dziele *Utylitaryzm* Mill uznaje zasadę użyteczności za ostateczny wzorzec postępowania. Jest to zasada, wedle której czyny są dobre, jeśli przyczyniają się do szczęścia, a złe, jeśli przyczyniają się do czegoś przeciwnego. Przez szczęście Mill rozumie przyjemności i brak cierpienia, a przez nieszczęście – cierpienie i brak przyjemności¹¹⁵:

Celem ostatecznym, ze względu na który pożądane są wszystkie inne rzeczy (...) jest istnienie jak najbardziej wolne od cierpienia i jak najbardziej bogate w przyjemności, zarówno pod względem jakościowym jak i ilościowym, przy czym o jakości tych ostatnich i o wazieniu jej na szali w stosunku do ilości decyduje głos tych, którzy są do tych porównań powołani, zarówno przez swój zasób doświadczeń, jak i przez swoje wdrożenie do samoobserwacji¹¹⁶.

Przyjemność i wolność od cierpienia są jedynymi rzeczami pożądanymi jako cele. Wszystko jest pożądane dlatego, że albo samo mieści w sobie przyjemność, albo przyczynia się do przyjemności i zapobiega cierpieniu. Jednocześnie broniąc utilitaryzmu przed zarzutem, że poniża on naturę ludzką, Mill podkreśla, że utilitaryści, uznając przyjemności za najwyższy cel życia, jednocześnie je różnicują¹¹⁷:

Istota o wyższych uzdolnieniach potrzebuje więcej do szczęścia, cierpienie przeżywa prawdopodobnie głębiej, a niewątpliwie doświadcza go częściej niż istota niższego typu. Mimo to jednak nie zgodziłaby się nigdy na istnienie, które uważa za degradujące. Możemy sobie dowolnie ten sprzeciw interpretować: możemy przypisywać go dumie, której mianem obejmujemy pewne uczucia zarówno najbardziej jak i najmniej godne szacunku; możemy uważać go za przejaw umiłowania wolności i niezależności osobistej, (...) możemy uważać go za przejaw rządzy władzy albo też potrzeby silnych wrażeń – bowiem oba te czynniki sprzyjają się tworzeniu tej postawy i wchodzi w jej skład. Lecz najlepiej będzie tu mówić o poczuciu własnej godności, posiadanym przez wszystkich ludzi w tej czy innej postaci i w pewnej choć niedokładnej proporcji do ich wyższych kwalifikacyj. U tych, u których poczucie to jest silne, stanowi ono tak silny tak istotny składnik ich szczęścia, że tylko przelotnie mogą pożądać czegoś, co wchodzi z tym poczuciem w konflikt¹¹⁸.

Swoje poglądy na temat użyteczności, wolności i godności Mill łączy z pojęciem sprawiedliwości. Uważa, że obowiązki wynikające ze sprawiedliwości są najwyższą formą

¹¹⁵ J.S. Mill, *Utylitaryzm. O wolności*, przeł. M. Ossowska, A. Kurlandzka, PWN, Warszawa 1959, s. 13.

¹¹⁶ Tamże, s. 21.

¹¹⁷ E. Gilson, T. Langan, A.A. Maurer, *Historia filozofii współczesnej*, PAX, Warszawa 1979, s. 410.

¹¹⁸ J.S. Mill, *Utylitaryzm...*, s. 17.

społecznej użyteczności¹¹⁹. Użyteczność jest naczelną zasadą w tej koncepcji, nakazującą podejmować tylko te czyny, których konsekwencje w danej sytuacji są użyteczne w pomnażaniu sumy dobra. Dane postępowanie jest więc dobre, jeśli pomnaża sumę szczęścia. Nie ma czynów absolutnie dobrych lub złych, a ich prawomocność mierzy się użytecznością. Dopiero umieszczenie danego czynu w konkretnej sytuacji, rachunek zysków i strat czynią go dobrym lub złym¹²⁰. Z tego punktu widzenia np. zabicie człowieka, które w danym momencie da więcej szczęścia niż powstrzymanie się od działania lub wybranie innego postępowania, będzie czynem dobrym¹²¹. Dla utylitarysty bowiem kwalifikacja moralnego postępowania zależy od konsekwencji, jakie ono przyniosło.

W obrębie bioetyki, zdaniem W. Bołozę poglądy wywodzące się z utylitaryzmu można sprowadzić do kilku naczelných zasad, wśród których znajdują się autonomia, nieszkodzenie pacjentowi, dbanie o jego dobro i sprawiedliwość¹²². Autonomia gwarantuje każdemu wolność, a ta stanowi najważniejszą wartość w społeczeństwie liberalnym, dlatego jest uważana za centralne kryterium ocen i norm moralnych w zakresie tej problematyki. Każdy człowiek dysponuje swoim ciałem i umysłem, dlatego nikt nie ma prawa ograniczać jego praw i decyzji względem samego siebie¹²³. Według tego podejścia godność i szacunek wobec cierpiącego pacjenta są okazywane w pełni, jeśli lekarz zaakceptuje autonomię moralną podopiecznego i powstrzyma się od jakichkolwiek działań podważających jego poczucie szacunku względem samego siebie.

W myśl teorii teleologicznych (utilitarystycznych) ludzka osoba pojmowana jest jako byt rozumny i wolny, dysponujący sobą, którego ogólne dobro wyznaczone jest przez maksymalizację dostępnych dóbr cząstkowych. Zdaniem B. Chyrowicz:

Wsparci zarysowanymi wyżej ideami współcześni bioetycy teleologicznej proveniencji definiują osobę jako istotę samoświadomą i racjonalną, zdolną do stawiania sobie celów i wyrażania pragnień. Uznają jej życie za jak najbardziej wartościowe, nie przez fakt jednak istnienia jako takiego, lecz istnienia o określonej jakości, którą można, przynajmniej ogólnie, wyznaczyć posługując się teleologicznym kryterium. Adekwatnie do rozumienia wartości ludzkiego życia, interpretować będą zakres powinności normy „nie zabijaj”. Nie ma ona wymiaru bezwarunkowego, bo też życie ludzkie nie jest bezwarunkową wartością, jego wartość uwarunkowana jest jakością¹²⁴.

¹¹⁹ V.J. Bourke, *Historia etyki*, przeł. A. Białek, Wydawnictwo Krupski i S-ka, Warszawa 1994, s. 190.

¹²⁰ K. Szewczyk, *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, PWN, Warszawa–Łódź 2001, s. 155–156.

¹²¹ Tamże, s. 164.

¹²² W. Bołoz, *Życie w ludzkich rękach: podstawowe zagadnienia bioetyczne*, Wydawnictwa Akademii Teologii Katolickiej, Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna Adam, Warszawa 1997, s. 47.

¹²³ Tamże, s. 48.

¹²⁴ B. Chyrowicz, *Argumentacja...*, s. 7.

Jak twierdzi Barbara Chyrowicz, wspólną cechą wszystkich podejść utylitarystycznych jest odwoływanie się do pojęcia „jakości życia”¹²⁵. Wprowadzając kategorię jakości życia jako kategorię normatywną, utylitarystyczni bioetycy przyjmują ostatecznie jakąś koncepcję osoby. Wartość życia osoby nie jest więc wartością absolutną (bo uzależnioną od jakości życia) podobnie jak wszelkie normy, jakie można na podstawie tej teorii sformułować.

Jeśli chodzi o pojęcie godności w ujęciach konsekwencjalistycznych czy, jak je nazywa Magdalena Środa, społeczno-utylistarystycznych, będzie ono rozumiane jako wartość związana z dyspozycjami, cechami, zachowaniami cenionymi przez społeczność lub zgodnymi z kryteriami teorii albo postulatów etycznych, kształtujących przekonania danej społeczności:

Dla J. Kozielskiego, M. Ossowskiej czy T. Kotarbińskiego i innych ocena godnościowa warunkowana jest przede wszystkim szacunkiem, jakie wzbudza dane zachowanie lub postawa. Szacunek będą oni traktowali jako kryterium prawdziwości godności. Z nieco innego punktu widzenia takim kryterium może być społeczny prestiż. Na gruncie tych stanowisk godność jako wartość ma charakter obiektywny, jest jednak – ze zrozumiałych względów – wartością relatywną¹²⁶.

W obszarze polskiej bioetyki, a szczególnie problematyki związanej z relacją lekarz – pacjent, jak również odnośnie do sporu o godną śmierć, autorzy tacy jak Zbigniew Szawarski (któremu bliskie jest ujęcie utylitarystyczne) łączą pojęcie godności osobistej i poczucia godności z pojęciem szacunku. Jak podkreśla Magdalena Środa, jednym z najistotniejszych problemów teoretycznych związanych z pojęciem godności jest znalezienie dlań takiej definicji, która w spójny sposób łączyłaby jego różnorodne elementy, a zarazem pokazywałaby, na czym polega moralny charakter zjawiska godności lub jaką rolę to pojęcie odgrywa w etyce. W tych poszukiwaniach według autorki istotne jest pojęcie szacunku¹²⁷:

Otóż wydaje się, że w poszukiwaniach tych rolę bardzo znaczącą gra pojęcie szacunku. Opinie dotyczące jego funkcji są podzielone. Są więc tacy, którzy twierdzą, iż pojęcie godności jest definicyjnie niezależne od pojęcia szacunku, inni – że zależność ta występuje i ma charakter psychologiczny, logiczny lub wręcz analityczny¹²⁸.

¹²⁵ B. Chyrowicz, *Bioetyka a metafizyka*, s. 176.

¹²⁶ M. Środa, *Idea godności...*, s. 136.

¹²⁷ Tamże, s. 138.

¹²⁸ Tamże.

1.6.2 Deontologiczny sposób uzasadniania norm

Teorie deontologiczne oceniają działania jako dobre lub złe niezależnie od powodowanych przez nie skutków, a jednocześnie odrzucają bilans zysków i strat jako podstawę oceny słuszności danego działania. Jak pisze Barbara Chyrowicz:

Wspólne wszelkim deontologizmom (teorii przyjmujących deontologiczne uzasadnienie norm jest wiele, podobnie jak teorii uznających za miarodajne uzasadnienie teleologiczne) jest przekonanie, że pewne typy moralne uczynków są same w sobie niesłuszne i to nawet wówczas, jeśli ich spełnienie w konkretnej sytuacji mogłoby przysporzyć pozamoralnego dobra czy to jednostce, czy to całej zbiorowości. Deontologizm kładzie przy tym akcent na bezwzględne obowiązywanie pewnych norm, reguł, zakazów czy nakazów, teleologizm natomiast uznaje ich względność¹²⁹.

Etyka deontologiczna to inaczej etyka obowiązku, uznająca moralność za dziedzinę prawa moralnego, wyznaczającego nam nasze powinności. W myśl tego podejścia decydujące dla moralności jest występowanie bezwarunkowej powinności (obowiązku) oraz wyrażania jej w formie reguł i norm postępowania. Wzorcowym przykładem etyki deontologicznej jest etyka Immanuela Kanta.

Osobowość etyczna w ujęciu Kanta jest nierozzerwalnie połączona z prawem moralnym i obowiązkiem. Prawo bierze więc swój początek w osobowości moralnej. W *Krytyce praktycznego rozumu* znajdujemy taki oto, często cytowany, pogląd:

Dwie rzeczy napęłniają serce coraz to nowym i coraz to wzrastającym podziwem, w miarę tego im częściej, im ustawicznie zajmuje się nimi rozmyślanie. Niebo gwiaździste nade mną, prawo moralne we mnie (...). Prawo moralne ma swój początek w niewidzialnej jaźni, w mej osobowości i przedstawia mnie w świecie, który posiada prawdziwą nieskończoność¹³⁰.

Kant przeciwstawia człowieka pojętego jako zwierzęcy twór człowiekowi jako osobowości. Prawo moralne jest ściśle połączone z ideą osobowości etycznej i faktem obowiązku. To wynosi człowieka ponad świat zmysłowy. Osobowość, w której zakorzeniony jest obowiązek i prawo moralne, wynika ze zdolności wyboru dobra pod nieprzymuszonym naciskiem. Inaczej mówiąc – wynika z autonomii woli. Według Kanta człowiek jest celem samym w sobie i nie powinno się go traktować jako środka do osiągnięcia celów doraźnych:

To, co istnieje, a czego istnienie zależy nie od naszej woli, ale od przyrody, ma mimo to – o ile jest czymś pozbawionym rozumu – tylko względną wartość, a to jako środek, i zwie się dlatego rzeczą; natomiast istoty rozumne nazywamy osobami, ponieważ już ich natura wyróżnia je jako cele same

¹²⁹ B. Chyrowicz, *Bioetyka. Anatomia sporu*, s. 77.

¹³⁰ Kant I, *Krytyka praktycznego rozumu*, tłum. B. Bornstein. Wyd. ANTYK, Kęty 2002, s. 158.

w sobie, tj. jako coś, czego nie należy używać tylko jako środka, a więc o tyle ogranicza wszelką dowolność (i jest przedmiotem szacunku)¹³¹.

Przedmioty mają więc wartość warunkową, osoby zaś mają wartość bezwarunkową – wywodzi się to z ich rozumnej natury¹³². Deontologizm jest etyką obowiązku, uznającą moralność za dziedzinę prawa moralnego, wyznaczającego nam nasze powinności. Jan Hartman ujął to w następujący sposób:

Chodzi tu jednocześnie o to, że decydujące dla moralności jest występowanie bezwarunkowej powinności (obowiązku) obowiązującej niezależnie od naszej interpretacji jej źródła, oraz o to, że powinność moralna wyraża się w formie reguł i norm postępowania. Deontologizm jest więc jednocześnie etyką obowiązku i pryncypializmem¹³³.

Jak wskazuje Barbara Chyrowicz, zarówno teleologiczne, jak i deontologiczne uzasadnienie norm jest zazwyczaj przyjmowane dla całej grupy teorii etycznych, a nie jednej wybranej, stąd tomizm i etykę fenomenologiczną, obok etyki Kanta, autorka uznaje za podejście deontologiczne. Według Chyrowicz autorzy mieszczący się w paradygmacie zakładającym istnienie naturalnego prawa moralnego, które nie jest przez człowieka kreowane lecz odkrywane (tomizm, tradycja neoscholastyczna, niektóre wersje personalizmu – nawiązujące do teorii prawa naturalnego), także są przedstawicielami podejścia deontologicznego:

Spór między deontologizmem a teleologizmem nie dotyczy więc tego, czy uwzględniać skutki w ocenie działania, lecz tego, za które z nich jesteśmy odpowiedzialni i czy dobroć (skuteczność) działań może być podstawą ich słuszności. Dodajmy jeszcze, że podobnie jak teleologiczne, tak i deontologiczne uzasadnienie jest przyjmowane za podstawę nie jednej, lecz całej grupy teorii etycznych. (...) Etycznym deontologizmem są – między innymi – tak skądinąd różniące się teorie jak tomizm, kantyzm i etyka fenomenologiczna¹³⁴.

Zgodnie z założeniami Chyrowicz, tradycji neoscholastycznej oraz personalizmu, człowiek jest osobą. To, co osobowe, jest zatem normatywne – bycie osób polega na życiu ludzi, bowiem w ludzkiej cielesności urzeczywistnia się osoba. Bycie osobą oznacza przynależność do gatunku ludzkiego:

Jakkolwiek różne mogą być racje, dla których określone działania zostają w deontologicznych teoriach uznane za „złe z przedmiotu”, to jedno jest im wspólne: jeśli jakieś działania zostaje za takowe uznane, to zakazująca jego spełnienia norma nie zna żadnych wyjątków. Wyjątków nie zna

¹³¹ I. Kant, *Uzasadnienie metafizyki...*, s. 61.

¹³² W. Granat, *Osoba ludzka. Próba definicji*. Wydawnictwo Diecezjalne, Sandomierz 1961, s. 30–31.

¹³³ J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, s. 27.

¹³⁴ B. Chyrowicz, *Argumentacja...*, s. 9.

też norma „nie zabijaj”. Kiedy odniesiemy ją do takiego rozumienia osoby, zgodnie z którym samo stwierdzenie istnienia ludzkiej istoty jest wystarczające, by odnieść do niego ów normatywny status, to otrzymamy tezę, zgodnie z którą absolutnie, tzn. nigdy i bez względu na jakiegokolwiek sytuację (np. poważne upośledzenie), nie wolno niszczyć ludzkiego życia. Fakt, że ciężko chora osoba usilnie prosi o skrócenie jej życia, również nie stanowi żadnego wyjątku od normy, ponieważ o wartości życia nie stanowi waga, jaką ktoś swemu życiu przydaje, ale samo istnienie jako takie¹³⁵.

Wspomniany przez autorkę tomizm etykę traktuje jako część metafizyki. Ostatecznym punktem odniesienia etyki tomistycznej, a tym samym – formułowanych norm i ocen – jest cel, rozumiany jako dobro osobowe: Absolut. Poszczególne dobra układają się stosowaną hierarchię, w której człowiek jako byt stoi ponad otaczającą go immanencją, a dalej – podporządkowany jest transcendencji. Tomiści podkreślają, że źródłem poznania etyki, także bioetyki, są rozum i doświadczenie (czyli nie są to źródła nadprzyrodzone, a naturalne): „W każdym razie tomistyczna propozycja nie poprzestanie na antropologii, dobro i zło ludzkich działań uzasadniać będzie odwołując się do racji ostatecznej – Transcendencji”¹³⁶.

Znaczący wkład w rozwój polskiej bioetyki o orientacji tomistycznej, zarazem deontologicznej i personalistycznej wniósł szczególnie Tadeusz Ślipko, który zdefiniował bioetykę jako: „Dział filozoficznej etyki szczegółowej, która ma ustalić oceny i normy (reguły) moralne ważne w dziedzinie działań (aktów) ludzkich polegających na ingerencji w granicznych sytuacjach związanych z zapoczątkowaniem życia, jego trwaniem i śmiercią”¹³⁷.

Problematyce uzasadniania norm moralnych w bioetyce artykuł poświęcił także Tadeusz Biesaga, który podobnie jak Barbara Chyrowicz jest przedstawicielem nurtu personalistycznego, odmiennie jednak sklasyfikował sposoby uzasadniania norm. Autor twierdzi, że w etyce filozoficznej ścierają się przynajmniej trzy konkurujące ze sobą uzasadnienia norm moralnych: utilitarystyczne (uznające za dobre to, co przynosi korzyść), deontonomiczne (uznające za dobre to, co jest nakazane przez odpowiedni autorytet) i personalistyczne (wyrażające afirmację dla godności osoby)¹³⁸. Za jedynie uzasadnione autor uznaje odwoływanie się do godności osoby ludzkiej:

Bioetyka personalistyczna stawia u podstaw moralności ontyczno-aksjologicznie pojętą godność osoby, podporządkowując jej inne zasady. Rachunek utilitarystyczny i poprawianie jakości życia mają służyć dobru osoby. Obowiązujące normy obyczajowe są o tyle dobre, o ile służą rozwojowi

¹³⁵ Tamże, s. 12.

¹³⁶ B. Chyrowicz, *Bioetyka a metafizyka*, s. 178.

¹³⁷ T. Ślipko, *Bioetyka. Najważniejsze problemy*, Petrus, Kraków 2009, s. 18.

¹³⁸ T. Biesaga, *Uzasadnienia norm moralnych w bioetyce*, „Medycyna Praktyczna”, 2004, nr 6, s. 23.

osoby, wspólnoty oraz społeczności. Personalizm dąży do humanizacji współczesnej kultury i cywilizacji, co dokonuje się w dużej mierze poprzez realizację humanistycznej misji profesji lekarskiej. Można powiedzieć, że od tego, jakimi normami moralnymi będzie się kierować medycyna, zależy moralny kształt naszej kultury¹³⁹.

Mianem personalizmu określa się filozofie moralne, które za kryterium dobroci czynu przyjmują dobro osoby ludzkiej jako cel działania. Zgodnie z założeniami tego podejścia człowiek jest istotą rozumną, wyposażoną w wolną wolę, stworzoną na podobieństwo Boga, obdarzoną wartością wsobną – godnością. Jako szkoła filozoficzna personalizm nawiązuje do tradycji filozofii katolickiej, metafizyki arystotelesowsko-tomistycznej oraz współczesnej fenomenologii. Normatywne spory w bioetyce personalistycznej, wskazała B. Chyrowicz, są więc sporami o charakterze etycznym i jednocześnie antropologicznym:

Można by zatem postawić tezę, że spór w bioetyce jest nie tyle sporem etycznym, ile antropologicznym. W zsekularyzowanym świecie, w którym funkcjonują różne wizje moralności, jedyne źródło moralności wydaje się tkwić w autorytecie ludzkiej osoby – zarówno w podmiotowym, jak i w przedmiotowym sensie. Zastanawiamy się, w jakim stopniu osoba ma prawo stanowić porządek moralny i jak dalece ten porządek zależy od tego, w czym tkwi istota człowieczeństwa. Jeśli bowiem *agere sequitur esse*, to gdzie indziej, jak właśnie w zrozumieniu *esse*, należałoby szukać podstawy moralnego działania¹⁴⁰.

Podsumowanie

Godność człowieka jest kategorią obecną współcześnie w wielu dyskursach naukowych i społecznych. Tematyka godności człowieka znalazła swoje odzwierciedlenie w prawach człowieka oraz społecznych i naukowych debatach poruszających zagadnienia z zakresu polityki, etyki, szczególnie bioetyki.

Jak twierdzi Ija Lazari-Pawłowska, wartość ludzkiej jednostki sprawia, że nasze intuicje moralne nakazują nam liczyć się w działaniu z autonomicznym dobrem każdego człowieka. Przyznanie samoistnej wartości każdej jednostce ludzkiej autorka uznała za największe osiągnięcie w rozwoju nauk moralnych¹⁴¹: „Gdy porównujemy świadomość moralną współczesnych ludzi ze świadomością moralną ludzi minionych epok, stwierdzamy odmienny stosunek do ludzkiej jednostki: dziś mamy do czynienia – w skali uniwersalnej – w znacznie większym stopniu niż dawniej z osobowym traktowaniem człowieka”¹⁴².

¹³⁹ Tamże, s. 26.

¹⁴⁰ B. Chyrowicz, *Bioetyka. Anatomia sporu*, s. 92.

¹⁴¹ I. Lazari-Pawłowska, *Kręgi ludzkiej wspólnoty*, [w:] Ija Lazari Pawłowska. *Etyka. Pisma wybrane*, red. P. Smoczyński, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1992, s. 15.

¹⁴² Tamże, s. 16.

Postulat osobowego traktowania człowieka według I. Lazari-Pawłowskiej był konsekwentnie realizowany w tradycji deontologii lekarskiej, gdzie lekarz występował jako rzecznik indywidualnego dobra pacjenta. W założeniu etyki lekarskiej tkwi bowiem założenie równego traktowania każdego człowieka, który może stać się pacjentem, bez względu na rasę, narodowość, zawód, religię, klasę społeczną, ideologię polityczną i osobiste upodobania lekarza. Jednostki ludzkie posiadają przede wszystkim wartość ontyczną, a w dalszej kolejności wartości użyteczne, dlatego nikogo nie wolno traktować jak sumy wartości użytecznych. Argumentem na rzecz autonomicznej wartości każdej jednostki ludzkiej, wzbraniającym przed instrumentalnym traktowaniem, jest idea godności ludzkiej. Moralne przekonanie o tym, że każda jednostka ludzka posiada godność, należy przyjąć jako jeden z naszych aksjomatów moralnych¹⁴³.

W świetle rozwoju nauki i postępującej medykalizacji życia problematyka, jaką zajmuje się bioetyka, staje się dziedziną, której dotyczy debata społeczna. Wyjściowym argumentem sprzyjającym każdorazowej refleksji powinna być godność ludzka, ponieważ nowe odkrycia i wynalazki mogą skutkować kontrowersyjnymi działaniami dotyczącymi ludzi. Stojąc na straży wartości przypisywanej osobom, debaty bioetyczne doprowadziły do międzynarodowego zakazu klonowania człowieka i stosowania terapii germinalnej (dotyczącej gamet bądź zygot, prowadzącej do zmian dziedzicznych w obrębie ludzkiego genomu)¹⁴⁴.

Jak podkreśla Joanna Różyńska:

Bioetyka jest zafascynowana futurystycznymi wizjami człowieka nieśmiertelnego, ulepszanego genetycznie, rozmnażającego się przez klonowanie, odpornego na choroby nowotworowe, korzystającego z terapii genowej oraz wykorzystującego potencjał komórek macierzystych do hodowli „zastępczych” tkanek i organów. Oczywiście część z tych wizji to ciągle sfera science fiction, ale niektóre rzeczy potrafimy już zrobić. Pytanie tylko, czy powinniśmy”¹⁴⁵.

Godność człowieka jest istotną (fundamentalną lub najwyższą) wartością odnoszoną do życia i śmierci. W wielu koncepcjach końcowy etap życia ani nawet sama śmierć nie uprawniają jednostek do dysponowania cudzą godnością. Szacunek względem ciała osoby umierającej i zmarłej jest tego dobitnym przykładem.

Powyższy rozdział podejmujący tematykę godności ludzkiej w obrębie bioetyki wskazuje na kilka ujęć. Pierwsze z nich to znaczenie godności ludzkiej zdefiniowanej przez

¹⁴³ Tamże, s. 17, 19, 28.

¹⁴⁴ J. Podgórska, J. Różyńska, *Granice życia. Rozmowa z laureatką Nagrody Naukowej Polityki*, „Polityka”, 3.11.2011, <http://www.polityka.pl/nauka/czlowiek/1520920,1,rozmowa-z-laureatka-nagrody-naukowej-polityki.read>, dostęp: 15.05.2012.

¹⁴⁵ Tamże.

pryzmat pojęcia osoby. Według wielu autorów przywoływanych w tym rozdziale język praw posługujący się terminem „osoba” zdaje się być najwłaściwszym dla podkreślenia godności ludzkiej. Odkrycia współczesnej biologii, medycyny i genetyki sprawiają, że waga tego problemu znajduje swoje odzwierciedlenie nie tylko w szeroko dyskutowanych debatach społecznych, ale także w postaci dokumentów takich jak *Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny*.

Określone rozumienie osoby jest dla wielu naukowców, szczególnie reprezentujących stanowiska personalistyczne, punktem wyjściowym dla rozważań biomedycznych. Znaczenie godności ludzkiej w sensie ontycznym – przypisywanej każdemu człowiekowi – jest więc aksjomatycznym założeniem dla dalszych rozważań dotyczących człowieka. Godność ludzka ma w tym znaczeniu wartość niezbywalną, uniwersalną i absolutną.

Kolejne rozumienie godności nawiązuje do pojęcia osobowości, czyli cechy związanej z aktywnością człowieka. Godność rozumiana jako osobista wartość powstaje w wyniku obrony własnej tożsamości, systemu przekonań, aktywności skierowanej ku innym ludziom, twórczości.

Godność w relacjach lekarz – pacjent może być rozważana w dwóch aspektach. Pierwszy z nich to godność pacjenta rozumiana przez pryzmat autonomii wyboru, a drugi to nabyta godność społeczna – godność lekarza, pośrednio związana z pojęciem autorytetu zawodowego. Jest to szeroko dyskutowany temat w obszarze etyki medycznej i bioetyki. W większości przypadków pojęcie autonomii moralnej sprowadza się do innych zasad: nieszkodzenia pacjentowi, dbania o jego dobro i sprawiedliwość. Tradycyjna deontologia lekarska oparta na zasadach paternalistycznych, przekształcona na rzecz argumentacji związanej z autonomicznym wyborem człowieka, spowodowała zmiany w rozumieniu etosu i roli lekarzy. Te rozważania dotyczą więc nie tylko zagadnienia godności pacjenta, ale także godności lekarza nadawanej mu przez społeczeństwo, sankcjonowanej przez etykę zawodową.

Godność w wymiarze ontycznym przypisywana każdej jednostce ludzkiej, zdaje się być założeniem dla nabytej godności: czy to w sensie osobowościowym, czy społecznym. Bioetyka jako dziedzina interdyscyplinarna, szczególnie nakierowana na refleksję dotyczącą człowieka, przyjmuje argumentacje filozoficzne, teologiczne i biologiczne¹⁴⁶. Powyższa klasyfikacja jest jedynie próbą uporządkowania tej problematyki, ze szczególnym uwzględnieniem autorów polskich i ich stanowisk w kwestii pojmowania godności i jej normatywnego charakteru.

¹⁴⁶ Ten podział odnosi się do wspomnianego wcześniej pojęcia człowieczeństwa i jego wymiarów: filozoficznego, teologicznego i biologicznego Barbary Chyrowicz. Por. B. Chyrowicz, *Godność istoty ludzkiej...*, s. 21.

Uzasadnianie norm moralnych poprzez odwoływanie się do pojęcia godności ontycznej osoby zgodnie z założeniami myśli personalistycznej nie dopuszcza żadnych wyjątków, obejmuje wszystkich ludzi bez względu na wiek, płeć, pochodzenie i religię. Domaga się także respektowania praw osób wykluczonych lub szczególnie dotkniętych przez los: ubogich, chorych, umierających, wykorzystywanych. Dlatego też może stanowić wspólną płaszczyznę rozważań dla etyki świeckiej i religijnej¹⁴⁷, jak twierdzi W. Bołoz. Zagrożenie postawy godnościowej kojarzy się z brakiem poszanowania osoby, jej prawa do wolności, stanowienia o sobie samym. Pytania dotyczące tożsamości człowieka w stechnicyzowanym świecie oraz granic jego wolności i godności są sprawą wielkich konfliktów etycznych. Godność ludzka z jednej strony jest racją dla praw, jakie przysługują człowiekowi, z drugiej natomiast – treścią zobowiązania wobec nas samych, a także innych ludzi¹⁴⁸. Ale to tylko jedno z podejść: „Niekiedy teza, że człowiek ma jakoś rozumianą godność (wartość niezbywalna, absolutna, przyrodzona, powszechna), traktowana jest jako fakt niewymagający dalszej argumentacji”¹⁴⁹.

¹⁴⁷ W. Bołoz, *Życie w ludzkich rękach...*, s. 45.

¹⁴⁸ M. Środa, *Idea godności...*, s. 109.

¹⁴⁹ J. Mariański, *Godność ludzka...*, s. 75.

Rozdział 2. Godność podstawą właściwej relacji lekarz – pacjent

Wstęp

Zbigniew Szawarski wyróżnił trzy pojęcia godności. Według tego autora godność możemy rozpatrywać w sensie ontycznym – jako niezbywalną wartość przysługującą każdemu człowiekowi; w sensie społecznym – jako sprawowany urząd (zawodowy autorytet); lub jako godność osobistą – inaczej szacunek dla samego siebie¹⁵⁰. W poniższym rozdziale klasyfikacja Szawarskiego posłuży jako punkt wyjścia dla rozważań na temat godności w relacji lekarz – pacjent, a ponadto zostanie ona zestawiona z przemyśleniami na temat godności osobowościowej lekarza.

Powyższe pojęcia godności, jak wskazuje Tadeusz Ślipko, zarówno wrodzonej (ontycznej), jak i nabytej (społecznej i osobistej, osobowościowej) – rozpatrywane w ujęciu relacji lekarza z pacjentem nabierają szczególnego znaczenia moralnego:

Z tej relacji wprost lub pośrednio czerpią swój sens wszelkie działania medyczne. Idzie wszakże o to, aby zdać sobie sprawę, jak wygląda moralna strona objętych tą relacją podmiotów. Oznacza to, że etyka lekarska staje wobec podwójnego zadania: 1. musi odpowiedzieć na pytanie, jakie wymogi nakłada moralność na lekarza jako lekarza, a więc czynnego zawodowego człowieka, oraz 2. musi powiedzieć, jak się przedstawia moralna pozycja, która przysługuje pacjentowi jako pacjentowi, czyli jako człowiekowi oddanemu w moc lekarza¹⁵¹.

Jak wskazuje Lesław Niebrój, specyfiką relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem jest pewna niesymetryczność¹⁵². Lekarz i pacjent są równi w sensie moralnym, ponieważ przysługuje im przyrodzona i naturalna godność ontyczna, pozostają jednak nierówni pod względem faktycznym. Nierówność ta powstaje w wyniku zetknięcia się zdrowego, wykształconego lekarza z chorującym pacjentem, któremu ubytek na zdrowiu, utrudnia funkcjonowanie w życiu codziennym. W wyniku tej nierówności, zdaniem bioetyków podejmujących tę kwestię, może dojść do nadużyć ze strony lekarza w stosunku do pacjenta, takich jak wprowadzenie w błąd, oszustwo lub przymus, a także nadużyć w stosunku do lekarza, które mogą być wynikiem m.in. nadmiernego akcentowania prawa pacjenta do autonomii. W efekcie tego ucierpieć może godność zarówno pacjenta, jak i lekarza. Relacja pomiędzy lekarzem i pacjentem może być rozpatrywana wielostronnie: ontologicznie, aksjologicznie, metodologicznie, psychologicznie, socjologicznie, duchowo. Analiza ta może służyć do ukazania jakiegoś ideału, wzoru postępowania. Etyka lekarska odnosząca się do

¹⁵⁰ Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, s. 40–44.

¹⁵¹ T. Ślipko, *Podstawy etosu lekarza*, [w:] *9 dylematów etycznych*, T. Ślipko, Petrus, Kraków 2010, s. 26.

¹⁵² L. Niebrój, *Zasada autonomii. Autorytet lekarza i posłuszeństwo pacjenta*, „Archeus”, 2002, nr 3, s. 18.

powyższych rozważań zobowiązuje więc do przełamywania asymetrii tej relacji, w myśl zasady: prawa pacjenta – obowiązki lekarza¹⁵³.

2.1 Społeczny wymiar autorytetu lekarza

Godność społeczna w przeciwieństwie do godności ontycznej nie jest wrodzona, lecz pochodzi z nadania społecznego: może być związana z piastowanym urzędem lub ważną rolą społeczną. Społeczna godność lekarza, jak zwraca uwagę Z. Szawarski¹⁵⁴, zostaje nadana w relacji z pacjentem, z pozostałymi reprezentantami służby zdrowia, a także ze społeczeństwem. Osoba aktywna zawodowo nabywa godności związanej z tym stanowiskiem, która łączy się z władzą, autorytetem i prawem do podejmowania decyzji.

Synonimami godności społecznej, wskazuje Kazimierz Szewczyk¹⁵⁵ są: godność zawodowa, etos zawodowy, autorytet. Oczekiwany wzór postępowania względem osób, którym potencjalnie ona przysługuje, sformułowany jest najczęściej w prawie i kodeksach deontologicznych. Przysięga lekarska i kodeksy etyki zawodowej zawierają normy moralne odnoszące się do celów zawodowych, wśród których wymienia się: ochronę zdrowia, przedłużenie życia, współudział w kształtowaniu środowiska ludzkiego. W sensie pozytywnym wyraża te normy reguła *salus aegroti suprema lex esto* – „zdrowie chorego najwyższym prawem”, a w sensie negatywnym *primum non nocere* – „po pierwsze nie szkodzić”. Oprócz dwóch powyższych wymienia się także zasadę *virtus post nummos* – „naprzód cnota, później pieniądze”.

Na gruncie polskiej bioetyki rozróżnić można dwa podejścia do Kodeksu Etyki Lekarskiej. Jak wskazała Danuta Ślęczek-Czakon, niektórzy etycy i lekarze uznają, że Polski Kodeks Etyki Lekarskiej jest dużym osiągnięciem, które służy zachowaniu etosu zawodu lekarskiego w Polsce¹⁵⁶. Takie podejście prezentuje m.in. Tadeusz Biesaga:

Polski kodeks lepiej w tym względzie wyraża niezależność etosu lekarskiego. Dobrze wykorzystuje orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego uznającego pierwszeństwo norm etycznych Kodeksu względem norm prawnych. Ujawnia tożsamość etyczną środowiska medycznego, które nie uległo

¹⁵³ P. Łuków, T. Pasierski, *Etyka medyczna z elementami filozofii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, s. 134, L. Niebrój, *Model autonomii pacjenta: prawo lekarza do sprzeciwu sumienia*, „Medycyna po Dyplomie”, 8, 9, 1999, s. 10–12; L. Niebrój, *Model autonomii pacjenta: prawo lekarza do sprzeciwu sumienia*, „Medycyna po Dyplomie”, 1999, 8, 9, s. 10–12.

¹⁵⁴ Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, s. 42.

¹⁵⁵ K. Szewczyk, *Etyka i deontologia...*, s. 31.

¹⁵⁶ D. Ślęczek-Czakon, *Krytyka Polskiego Kodeksu Etyki Lekarskiej*, [w:] *Etika v profesiách*, red. V. Gluchman, Prešov 2013, s. 127. *Acta Facultatis Philosophicae Universitatis Presoviensis, Filosofický zborník* 56 AFPh 452/485.

wysuwanych przez niektórych prawników propozycjom neutralizacji swej aksjologii na rzecz prawa stanowionego¹⁵⁷.

Odmienne podejście wyraża m.in. Kazimierz Szewczyk, który podkreśla, że zapisy Kodeksu Etyki Lekarskiej z jednej strony nakazują dbałość o dobro pacjenta, z drugiej natomiast dbałość o zachowanie godności stanu lekarskiego i dobro grupy zawodowej, co według autora prowadzi do sprzeczności:

Sądzę jednak, że akcent położony na godność zawodu i zaufanie do niego czyni w intencji redaktorów *Kodeksu* zawód medyka zawodem zaufania publicznego, bardzo bliskim profesji lub tożsamy z nią. Zasygnalizowane wątpliwości interpretacyjne wskazują na małą precyzję terminologiczną omawianego dokumentu, nawet w tak istotnych sprawach, jak moralny status lekarzy jako grupy¹⁵⁸.

Kazimierz Szewczyk wylicza także szereg zarzutów wobec tego dokumentu, m.in. mieszanie przepisów różnej rangi, przykładowo norm etosu zawodowego z zasadami interesu, reguł prakseologicznych z etykietalnymi, co nazywa „eklektyzmem deontologicznym”. Dalej: kodeks nadaje przepisom rangę prawd moralnych, rozstrzyga konflikt praw i interesu na rzecz interesu. Jak podkreśla autor, ogólnikowość oraz nieprecyzyjność zapisów w KEL może powodować sytuacje, w których naruszone zostanie dobro pacjenta. Ponadto dokument jest obszerny, a wymieszanie w nim norm o różnej randze, jak wskazuje Szewczyk, naraża ten dokument na częste modyfikacje i uzupełnienia, a dalej procedury zatwierdzania:

Techniczne trudności, m.in. konieczność powoływania zespołów problemowych, związane z uchwalaniem modyfikacji i uzupełnień oraz proceduralny obowiązek zatwierdzania ich przez zjazd reprezentantów środowiska są główną przyczyną nienadążania kodeksowych rozwiązań za zmianami preferencji społecznych związanych z systemami opieki zdrowotnej. Bezwładność etyczna KEL utrudnia integrację biomedycyny z innymi działaniami systemu opieki oraz hamuje otwarcie się jej na otoczenie społeczno-kulturowe, sprzyjające konserwacji skłonności do izolacjonizmu i paternalizmu polskich środowisk lekarskich¹⁵⁹.

Coraz częściej, jak wskazuje Danuta Ślęczek-Czakon, pojawiają się także negatywne opinie na temat Kodeksu Etyki Lekarskiej, wskazujące, iż dokument ten jest odzwierciedleniem nie najlepszej kondycji stanu lekarskiego, a zawarte w nim zapisy są wyrazem przekonań reprezentacji polskich lekarzy. Opinie takie wyrażają m.in. Kazimierz Szewczyk, Jan Hartman, Mieczysław Gałuszka¹⁶⁰.

¹⁵⁷ T. Biesaga, *Kodeks Etyki Lekarskiej*, Medycyna Praktyczna 9/2006, s. 24.

¹⁵⁸ K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 80.

¹⁵⁹ Tamże, s. 84.

¹⁶⁰ D. Ślęczek-Czakon, *Krytyka Polskiego Kodeksu Etyki Lekarskiej*, s. 127.

Dylematy etyczne rozpatrywane w kontekście relacji pomiędzy przedstawicielem służby zdrowia a pacjentami dotyczą roli, jaką pełnią te osoby w społeczeństwie – ich wzoru zachowania, zespołu postulatów odnoszących się do nich ze względu na zajmowane stanowisko zawodowe.

Na przykład – pytanie o godność społeczną może dotyczyć kwestii, czy lekarz powinien okłamywać pacjenta, aby uchronić go przed trudną do zniesienia informacją na temat własnego zdrowia. Jak pisze Włodzimierz Galewicz, w tego typu sytuacjach mamy do czynienia z problemem zawartym w pytaniu: czy moralność zawodowa może nie zgadzać się z moralnością ogólną? Lekarz w tym przypadku może zastosować się do moralnych reguł swojego zawodu, jednocześnie naruszając normy obowiązujące ogół ludzi (kłamstwo i zatajenie prawdy nie jest zachowaniem uważanym za dobre w innych sytuacjach), w tym autonomię człowieka i wynikające z niej prawo do poznania prawdy o swojej sytuacji zdrowotnej¹⁶¹.

Problematyka zachowania godności społecznej może więc odnosić się także do sporu o pozycję etyk zawodowych. Kryterium wyróżniające pewne zawody, które posiadają tzw. własną etykę, uprawnia wykonawców tych profesji (w tym przypadku lekarzy) do dysponowania powszechnie uznawanymi i cenionymi wartościami – życiem, wolnością, autonomią, zdrowiem.

W opinii Lesława Niebrója to pacjent rozporządza autorytetem, obdarzając nim lekarza. Lekarz z kolei zostaje nim obdarowany w odniesieniu do specjalizacji medycznej:

Godnym uwagi wydaje się twierdzenie, że to pacjent jako autonomiczny podmiot moralny ma autorytet, którym obdarza lekarza. Ten ostatni nie jest właścicielem autorytetu, mocą którego może przemawiać do konkretnego pacjenta. Lekarz zostaje obdarzony autorytetem przez konkretną osobę, zostaje mu on powierzony przez tego właśnie pacjenta i to odnośnie tej dziedziny medycyny, której dana relacja dotyczy. Pacjent zatem pozostaje zawsze kimś, kto uznaniem autorytetu rozporządza. Lekarz sprawuje autorytet (którym obdarzył go pacjent) w imieniu i dla pacjenta. Autorytet jest darem, jest charyzmatem¹⁶².

Lekarz zdaniem Lesława Niebrója może zostać obdarowany autorytetem na dwa sposoby – po pierwsze, z racji uprawianego zawodu, co jest wynikiem uznania dla samej praktyki medycznej: „Zostaje on obdarzony autorytetem w sposób pośredni, a sam autorytet ma charakter formalny, tj. wynikający z uznania i/lub akceptacji dla pozaosobistych własności

¹⁶¹ W. Galewicz, *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych*, Universitas, Kraków 2010, s. 9–10.

¹⁶² L. Niebrój, *Zasada autonomii...*, s. 22.

lekarza (jego pozycji, stanowiska, funkcji)”¹⁶³. Może także zostać obdarowany autorytetem z racji przypisywanych mu cech, takich jak: wiedza, fachowość, mądrość, moralność, etykieta lekarza. Ten rodzaj autorytetu jest bezpośredni i nieformalny, dotyczy osoby lekarza. Ponadto autorytet, jakim pacjent darzy lekarza, może mieć charakter epistemiczny i deontyczny. W sensie epistemicznym jest to autorytet rzeczoznawcy w zakresie medycyny, eksperta odpowiedzialnego za techniczną stronę leczenia. W sensie deontycznym – autorytet osoby uprawnionej do wydawania poleceń, podejmowania kluczowych decyzji. W tym wypadku autorytet opiera się na szczególnej pozycji prawnej lekarza¹⁶⁴.

Wizerunek polskich lekarzy uległ w systemie publicznej służby zdrowia wielu przeobrażeniom na przestrzeni ostatnich lat. Powodem tego jest reorganizacja systemu opieki zdrowotnej. Obecnie lekarz sprawuje nie tylko obowiązki zawodowe względem pacjenta, ale staje się też urzędnikiem państwowym, zmuszonym do racjonalizowania wydatków szpitala i Narodowego Funduszu Zdrowia. Efektem tego zmieniła się pozycja lekarzy, stosunek pacjentów i całego społeczeństwa do tej grupy zawodowej¹⁶⁵.

Do podobnych wniosków dochodzi wielu polskich bioetyków, wskazując na zmiany, które są wynikiem ogólnego i medycznego postępu w XX wieku. Zmiany te miały bezpośredni wpływ na kształtowanie się nowych modeli w relacji lekarza z pacjentem. Ich konsekwencją jest postrzeganie medycyny jako działu usług społecznych, w którym relacje pomiędzy lekarzem a pacjentem mają charakter handlowo-transakcyjny, pozbawiony atmosfery wiary i zaufania. W obrębie tych zmian autorytet lekarza traci na znaczeniu, ponieważ pacjenci w wyniku posiadanych z różnych źródeł (w tym i Internetu) wiadomości, dysponują coraz większą wiedzą, traktując medyków jako „dysponentów dóbr oddanych im w zarządzanie”¹⁶⁶, a każdorazowe spotkanie z lekarzem jako transakcję handlową, która zaowocuje dobrym stanem zdrowia. W obliczu zmian globalizacyjnych i rozwoju społeczeństw informacyjnych społeczna godność lekarzy stoi pod znakiem zapytania. Paradoksalnie w opinii Piotra Zaborowskiego pacjenci nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za swoje zachowania i stan zdrowia, przerzucając ją na lekarzy. Nacisk na autonomię pacjenta i walka o jego prawa, której następstwem jest odrzucenie paternalizmu w medycynie, spowodowały upadek autorytetu

¹⁶³ Tamże.

¹⁶⁴ Tamże, s. 24.

¹⁶⁵ W. Sitkowski, *Lekarz dawniej i dziś*, „Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska”, 2006, 3 (1), s. 117–118, <http://www.termedia.pl/Listy-do-redakcji-Lekarz-dawniej-i-dzis,40,6019,1,0.html>, dostęp: 3.03.2024.

¹⁶⁶ P. Zaborowski, *Etyczny wymiar komunikacji z pacjentem*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2013, s. 148.

lekarzy i narastający brak zaufania do nich. Przy jednoczesnym wzroście autonomii pacjenta maleje natomiast odpowiedzialność za zdrowie własne i najbliższej rodziny¹⁶⁷.

Powyższa uwaga Zaborowskiego adekwatnie ujmuje zagrożenia godności społecznej lekarza w relacji opartej na czysto biznesowych oczekiwaniach ze strony pacjentów. Budzi jednak wiele zastrzeżeń, jeśli odniesiemy ją do relacji partnerskiej, zakładającej przynajmniej podobną odpowiedzialność lekarza i pacjenta w procesie diagnozowania, leczenia i łagodzenia skutków ubocznych choroby.

Nadaniu godności społecznej towarzyszy wiele czynników – począwszy od własnego poczucia godności osobistej, która wyraża się w ukształtowanej postawie moralnej, warunkującej nadanie autorytetu poszczególnym lekarzom, a skończywszy na społecznej odpowiedzialności zawodowej stanu lekarskiego, gdzie kluczową rolę pełnią kodeksy zawodowe. W związku z tym, że etos zawodowy w profesji lekarskiej (ten propagowany, niekoniecznie respektowany) jest niezwykle silny i nakłada na lekarzy obowiązek przestrzegania dobrych obyczajów, norm zachowania i charakterystycznych cech sposobu bycia, na jego straży stoją korporacje lekarskie, a także międzynarodowe organizacje medyczne. Przynależność do korporacji (np. izby lekarskiej) w większości krajów jest obowiązkowa, co powoduje, że etos lekarski jest kwestią nie tylko dobrych obyczajów, a raczej normą publiczną, czy nawet prawną – jak podkreśla Jan Hartman¹⁶⁸. Złożenie przyrzeczenia lekarskiego jest warunkiem uzyskania prawa do wykonywania zawodu.

Na przestrzeni wieków zawód lekarza przechodził różne stadia w kontekście przyznawanego mu autorytetu. W wiekach XVII, XVIII i XIX zdobywał istotny prestiż z racji rozwoju wiedzy medycznej, która spowodowała wzrost zaufania publicznego względem wykonawców tego zawodu. Autorytet lekarza: godność człowieka i godność instytucji, którą reprezentują adepci tego zawodu, stawał się wyznacznikiem moralności w szerszym sensie, ciesząc się wyjątkowym, społecznym uznaniem.

Bez względu jednak na zmiany, które zachodzą w relacjach pomiędzy lekarzem i pacjentem, zdaniem Mariana Obary obok poczucia godności osobistej w postępowaniu lekarza powinny pojawiać się wartości sprzyjające poszanowaniu zdrowia i życia pacjenta, godności człowieka, tolerancji i opiekuńczości, rzetelności i współodczuwania, samodzielności i odpowiedzialności, użyteczności zawodowej i społecznej¹⁶⁹.

¹⁶⁷ Tamże, s. 145, 148–149.

¹⁶⁸ J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, s. 54.

¹⁶⁹ M. Obara, *Kształtowanie postaw prospołecznych podczas studiów lekarskich* [w:] *Medycyna u progu XXI wieku. Godność chorego człowieka*, red. K. Imieliński, Polska Akademia Medycyny, Warszawa 1996, s. 187.

Dodatkowo relacje pomiędzy lekarzem a pacjentem są uwarunkowane czynnikami postępu naukowego w zakresie biologii i medycyny. Guido Gerin podkreśla, że w obowiązku lekarza, bardziej niż jakiegokolwiek innego profesjonalisty, powinno tkwić to, że angażuje się on w pracę, uwzględniając wpływy najnowszych odkryć naukowych, które mają bezpośredni wpływ na człowieka i jego środowisko¹⁷⁰. Bez wątpienia postęp medycyny w sposób znaczący wpłynął na zmiany w kształtowaniu się społecznej godności lekarzy.

Waldemar Kwiatkowski powyższą uwagę odnosi do kwestii etyki medycznej. Postęp w obrębie nauki i medycyny spowodował zmiany w pojęciu życia i śmierci oraz procesu leczenia. Najnowsze osiągnięcia medycyny wymagają modyfikacji wcześniejszych założeń etycznych¹⁷¹, a także samego podejścia do etosu lekarzy. Nowoczesnej medycynie i szerszemu zjawisku nazywanemu rewolucją bioetyczną nie wystarczają już proste reguły etyczne, które czerpały z tradycyjnej etyki lekarskiej. Wedle tradycji hipokratejskiej medycyna pozostawała niezależna, a swoją niezależność wywodziła z boskiego nadania, nie podlegała więc subiektywnym roszczeniom pacjenta: „Hipokratejski lekarz jest depozytariuszem prawdy, którą greccy bogowie zsyłają człowiekowi w darze. Potęgą tego daru sprawia, że pieczę nad nim sprawują nieliczni, których bóstwa naznaczają jako zdolnych do właściwego korzystania z daru dla dobra ludzkości”¹⁷². Jak wskazuje autor: „zdolność takiej etyki do faktycznego kształtowania postaw trzeba uznać za iluzoryczną, ona sama zaś sprawia wrażenie jedynie szlachetnego etycznego postulatu, którego spełnianie jest raczej domeną świętych niżli przeciętnych śmiertelników”¹⁷³.

Kazimierz Szewczyk zaznacza, że obecnie etyka lekarska różni się nie tylko od deontologii hipokratejskiej, ale także od deontologii czasu rewolucji kodeksowej. Autor zwrócił też uwagę na zmianę pojęcia autorytetu w zawodzie lekarza. W okresie rewolucji bioetycznej autorytet epistemiczny i moralny został usytuowany poza profesją lekarską, w społeczeństwie, a samą etykę tego zawodu charakteryzuje teoretyczne uzasadnianie przyjmowanych zasad i konstytucyjny charakter profesji medycznej¹⁷⁴.

Z drugiej strony nie oznacza to, że etyka lekarska powinna poprzestać na biernym przyjęciu i podporządkowaniu obowiązującym światopoglądowym przeświadczeniom. Gdyby tak się stało, oznaczałoby to, że ta subdyscyplina nie opiera się na solidnym fundamencie

¹⁷⁰ T. Jasudowicz (red.), *Bioetyka a prawa człowieka*, Comer, Toruń 1999, s. 42.

¹⁷¹ W. Kwiatkowski, *Medycyna i śmierć*, [w:] *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, PWN, Warszawa 2002, s. 260.

¹⁷² Tamże, s. 259.

¹⁷³ Tamże.

¹⁷⁴ K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, PWN, Warszawa 2009, s. 78.

etycznym, w obrębie którego można zdefiniować działania lekarza i jego relacje z pacjentem. Godne działania lekarza zakładają poszanowanie dla praw pacjenta w dobie medykalizacji życia i śmierci¹⁷⁵. Odkąd pojawiły się alternatywne wobec zastanych terapie, z których pacjent ma prawo skorzystać, proces leczenia został znacznie zrelatywizowany. Wybór terapii zależy obecnie od życiowych preferencji pacjenta, jego sytuacji finansowej, budżetu opieki zdrowotnej. Kwiatkowski postuluje więc, aby etyka lekarska, która coraz silniej wiązana jest z szeroko rozumianą bioetyką, zmodyfikowała swoje założenia w oparciu o postulat życia ludzkiego jako:

Realności społeczno-kulturowej, obarczonej pewną relatywnością, właściwą dla tej sfery. Oznacza to, że jego aksjologiczna interpretacja powinna być może w większym niż dotychczas stopniu uwzględnić tego typu etyczno-prawne normalizacje, jak choćby powszechnie akceptowana ONZ-owska Deklaracja Praw Człowieka. Powyższy zabieg miałby na celu ograniczenie fundamentalistycznego z natury charakteru etyki lekarskiej na rzecz struktury bardziej dialogowej tj. respektującej wymogi zmieniającej się rzeczywistości społecznej¹⁷⁶.

Znakomite wykształcenie lekarskie nie stanowi już niepodważalnego kryterium. Współcześnie dobra decyzja lekarska to taka, która uwzględnia autonomiczny wybór pacjenta, rachunek zysków i strat podjętej terapii oraz konsekwencje, które ponosi leczony, jego najbliższe otoczenie, społeczeństwo i Narodowy Fundusz Zdrowia. W tym podejściu możliwość decydowania o działaniach względem pacjenta i kompetencje lekarza należy uznać za ograniczone. W dobie, którą wielu nazywa upadkiem autorytetów, zasadne staje się pytanie o godność społeczną lekarza – godność z nadania, która bezpośrednio wiąże się z uprawianym zawodem, deontologią lekarską. Widziane z tej perspektywy powołanie lekarza wpisuje się w opinię Waldemara Kwiatkowskiego w wartość, którą współcześnie nazywamy „potrzebą poczucia bezpieczeństwa”. Wszelkie etyczne przywileje przysługujące lekarzom z racji uprawianej profesji lub w ogóle medycynie, jeśli mają wpisywać się w kulturowy kontekst i życie człowieka, powinny stwarzać wokół siebie klimat społecznego zaufania. Oznacza to, że tylko taki lekarski kodeks i taka deontologia lekarska mogą zagwarantować lekarzom poczucie integralności zawodowej, której zasady zostały zbudowane i oparte na społecznym zaufaniu i potrzebie bezpieczeństwa¹⁷⁷.

Zaufanie wydaje się wartością, na którą powołuje się wielu etyków w kontekście terapii. Buduje ono więc ludzką i tworzy przestrzeń bezpieczeństwa dla chorego, budzi wiarę w ludzi

¹⁷⁵ W. Kwiatkowski, *Medycyna i śmierć*, s. 257.

¹⁷⁶ Tamże, s. 262.

¹⁷⁷ Tamże, s. 267.

i w ich dobroczynne działania¹⁷⁸. Kodeksy etyki zawodowej nie stanowią panaceum na wszystkie dylematy moralne, z jakimi spotykają się osoby zaangażowane w proces terapeutyczny. Są one jedynie próbą wyznaczenia obowiązków związanych z czynnościami zawodowymi oraz wyboru mniejszego zła w sytuacjach konfliktowych (np. wyboru odpowiedniej terapii, racjonowania środków zdrowotnych). Formułowanie tych norm jest motywowane potrzebą pewności, że osoba uprawiająca dany zawód nie dopuści się złego czynu względem pacjenta. Jak pisała Ija Lazari-Pawłowska – dylematy, z jakimi spotykają się w swojej pracy lekarze, są w większości kwestią rozstrzygnięć osobistych, lecz kodyfikacja postulatów moralnych oraz egzekwowanie wierności wyznaczanym normom jest sprawą doniosłą społecznie¹⁷⁹.

2.2 Godność osobowa, osobista a osobowościowa lekarzy

Z godnością społeczną bezpośrednio koresponduje pojęcie godności osobowościowej. Godność osobowościowa może zostać nabyta lub utracona w wyniku pewnych działań i wiąże się z doskonałością moralną człowieka. Człowiek może się rozwijać albo degradować w sensie swojej osobowości. Jak podkreśla Maria Ossowska, godność osobowościowa nie przysługuje człowiekowi automatycznie, lecz jest zależna od jego postępowania¹⁸⁰.

Zarówno godność osobowościowa, jak i społeczna wpływają na kształtowanie się tzw. etosu zawodowego. Naczelna rola zawodowa lekarzy, która stanowi o godności nabytej w relacji z pacjentem, to: ochrona zdrowia, przedłużanie życia i współudział w kształtowaniu środowiska ludzkiego¹⁸¹. Szczególnie pożądane cechy osobowości lekarza to w opinii Romana Tokarczyka: umiejętność postępowania z ludźmi, życzliwość, dobroć, wytrwałość, odwaga, kultura osobista, prawdomówność, poczucie sprawiedliwości, poczucie humoru¹⁸². Społeczeństwo, rozumiane tutaj jako władza i opinia publiczna, uprawnia medyków do decydowania o życiu ludzi, zadawania ran, a nawet ograniczania wolności w przypadku chorób zakaźnych lub chorób psychicznych. Ślubowanie nawiązujące do tradycji hipokratejskiej, które każdy lekarz ma obowiązek złożyć kończąc studia medyczne, jest nie tylko uwieńczeniem

¹⁷⁸ Dobroczynność jest w koncepcji Tadeusza Biesagi (przedstawiciela nurtu personalistycznego) warunkiem stworzenia środowiska terapeutycznego. Nie można mówić o autonomii pacjenta bez odwołania się do dobroczynności, która budzi zaufanie. Por. T. Biesaga, *Autonomia pacjenta i autonomia lekarza a modele medycyny*, [w:] „Medycyna Praktyczna”, 2005, nr 6, s. 23, <http://biesaga.info/wp-content/uploads/2009/11/II.-3.-Biesaga-T.-Autonomia-lekarza-i-pacjenta-wydruk-MP-62005-20-24.pdf>, dostęp: 3.03.2024.

¹⁷⁹ I. Lazari-Pawłowska, *Etyki zawodowe jako role społeczne*, [w:] Ija Lazari Pawłowska, s. 89.

¹⁸⁰ M. Ossowska, *Normy moralne w obronie godności człowieka*, „Etyka”, 1969, nr 5, s. 8.

¹⁸¹ R. Tokarczyk, *Medycyna a normy. Sztuka leczenia wśród innych rodzajów sztuk*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011, s. 34.

¹⁸² Tamże.

zdobytej wiedzy. Zawarty w tekście przysięgi zawodowej wzór postępowania nawiązuje w opinii Tadeusza Ślipki i Tadeusza Kotarbińskiego do dwóch filarów – humanistycznego i technicznego. Z jednej strony podkreśla fachowość i medyczną sprawność, a z drugiej – uczciwość i moralną odpowiedzialność¹⁸³. Bycie lekarzem nie oznacza jedynie technicznie dobrego przygotowania: wykonawcą tego zawodu powinna być osoba, która stara się o „profesjonalną doskonałość w osiągnięciu godziwych celów”¹⁸⁴.

W myśl etyki chrześcijańskiej, reprezentowanej na gruncie polskiej bioetyki m.in. przez Tadeusza Ślipkę, etos lekarski oparty jest na dwóch fundamentach. Pierwszy z nich to osobowy ideał moralnej doskonałości lekarza jako człowieka autonomicznego, świadomie i odpowiedzialnie wykorzystującego techniczne możliwości medycyny. Drugi to pacjent jako *res sacra* – osoba o moralnej wielkości, człowiek chory, wymagający współczucia, profesjonalnego działania medycznego przywracającego zdrowie lub łagodzącego cierpienia w ostatniej fazie życia, którego godność tkwi w innym świecie niż jego fizyczna bytowość¹⁸⁵. „Zdrowie, wyleczenie chorego – to niewątpliwie naczelne zadanie lekarza, ale realizacja tego zadania zakłada zawsze szacunek dla nienaruszalnego charakteru ludzkiego życia i jego ostatecznych moralnych przeznaczeń”¹⁸⁶. W myśl założeń Tadeusza Ślipki, któremu najbliższe było stanowisko konserwatywne w ujęciu relacji bioetyki do etyki lekarskiej, to lekarzom przypisywane jest prawo do ustalania norm w zakresie swojego zawodu oraz procesu leczenia, z naciskiem na tradycję hipokratejską. Z drugiej strony, jak wynika z powyższego cytatu wspomnianego autora, podejście to zakłada także chrześcijańską naukę o człowieku, w myśl której pacjent jako osoba chorująca, powinien wziąć na swoje barki cierpienie, aby spełnić moralny sens powołania go do życia doczesnego, wierząc w transcendentną rzeczywistość zjednoczenia się człowieka z Bogiem¹⁸⁷.

Zbigniew Pilichowski zauważa, że należy odróżnić godność ontyczną od godności osobistej i osobowościowej. Godność osobowościowa zakłada różnorodność i zmienność i jest związana z charakterem danego człowieka. Godność osobista to z jednej strony poczucie tej godności, a z drugiej sposób wyrażania jej na zewnątrz¹⁸⁸. Rozróżnienie to wydaje się kluczowe dla autora, ponieważ zakłada on, że godność osoby (ontyczna) jest wartością podstawową:

¹⁸³ Tamże, s. 24.

¹⁸⁴ S. Szatkowski, *Udział etyki w edukacji humanistycznej lekarzy – stan obecny i możliwości*, „Edukacja Filozoficzna”, 1998, nr 4, s. 255.

¹⁸⁵ T. Ślipko, *Podstawy...*, s. 29.

¹⁸⁶ Tamże.

¹⁸⁷ Tamże, s. 18.

¹⁸⁸ Z. Pilichowski, *Godność osoby w kontekście postępu i zagrożeń w dziedzinie biomedycyny*, [w:] *Bioetyka personalistyczna wobec wyzwań biomedycyny*, red. Z. Wanat, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2011, s. 34–35.

„Rozpoznanie godności osoby prowadzi do rozpoznania jej jako źródła kategorycznej, moralnej powinności. Należy podkreślić, że wszystkie inne powinności wydają się warunkowe, a ta wynikająca z godności osoby jako jedyna jest bezwarunkowa”¹⁸⁹.

Nurt bioetyki personalistycznej, który reprezentują Ślipko i Pilichowski, opiera się na trzech zasadach antropologicznych: godności osobowej, jedności duchowo-cieleśnej i społecznej naturze człowieka. Godność ontyczna zakłada równość wszystkich ludzi w ontogenetycznym rozwoju i osobowym bycie. W konsekwencji tego założenia – człowiek posiada godność, bo jest istotą ludzką¹⁹⁰. W rozważaniach z zakresu bioetyki, szczególnie w nurcie personalistycznym, przyrodzona godność jest szeroko omawiana w odniesieniu do osoby pacjenta. W nurcie bioetyki świeckiej rozważania dotyczące godności ludzkiej stają się milczącym założeniem dla szerzej podejmowanych zagadnień oscylujących wokół tematu relacji lekarza z pacjentem.

2.3 Ontyczna i osobista godność pacjenta

W założeniach etyki medycznej nurtu personalistycznego godność pacjenta ma charakter niezbywalny i powszechny, wobec tego żaden lekarz nie może nią dowolnie rozporządzać. Szerzej w relacjach lekarz – pacjent norma ta zakłada, że sama godność ontyczna dotyczy ludzkiego embrionu, płodu, dorosłego człowieka, osób z niepełnosprawnościami, osoby umierającej, słabej, chorej, będącej w stanie wegetatywnym, przebywającej pod opieką personelu medycznego. Oparta na chrześcijańskich założeniach antropologicznych wizja człowieka dotkniętego chorobą zakłada dobro całej jego osoby, nawet jeśli dylemat moralny dotyczy tkanki czy też poszczególnych organów¹⁹¹. Norma personalistyczna w założeniu chroni osoby ludzkie zwłaszcza w momentach, w których z przyczyn zdrowotnych nie są w stanie wyrazić własnego zdania i podjąć autonomicznej decyzji. Człowiek integralnie – duchowo i cieleśnie, jako istota psychosomatyczna – jest pacjentem, któremu przysługuje tak prawo do życia, jak i prawo do opieki medycznej. Stąd nawet ciało jako biologiczna część struktury ludzkiej nie może stać się elementem manipulacji medycznej. Jak to wyraził Józef Wróbel: „Ciało jest strukturą biologiczną przenikniętą tym, co specyficznie ludzkie. Innymi

¹⁸⁹ Tamże, s. 35.

¹⁹⁰ J. Wróbel, *Antropologia we współczesnej refleksji bioetycznej, czyli o podstawach etycznych w biomedycynie*, [w:] *Bioetyka personalistyczna...*, s. 23.

¹⁹¹ M. Wróbel, *Pacjent jako osoba*, [w:] *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, red. A. Muszala, PWE, Radom 2007, s. 425.

słowy, ciało jako istotna część osoby, w całej pełni uczestniczy w jej godności. W ciele i przez to ciało osoba objawia się i wyraża”¹⁹².

W świetle bioetyki personalistycznej, która bezpośrednio nawiązuje do antropologii chrześcijańskiej, pacjent to człowiek dotknięty chorobą, poddany procesowi diagnostycznemu lub terapeutycznemu, który zawiera się opiece medycznej aby wyzdrowieć. Ta rola podkreśla wartość osoby obdarzonej godnością ontyczną w relacji ze służbą medyczną.

Wizja osoby oparta na antropologii chrześcijańskiej zakłada, jak utrzymuje inny przedstawiciel personalizmu – Marek Wręzel, że człowiekowi przysługuje w świecie szczególne miejsce, co wynika z faktu posiadania rozumnej i wolnej duszy, świadomego stanowienia o sobie i powołania człowieka do wieczności. Dzięki tym atrybutom i wolnej woli pacjent jest podmiotem, który podejmuje działania i decyzje dotyczące samego siebie. Pojęcie godności przypisane pacjentowi, które ustanawia go w wyjątkowej relacji w stosunku do Boga, daje człowiekowi autonomię w stosunku do świata i innych stworzeń, w tym i innych ludzi. Stanowi fundament przynależny pacjentowi jako osobie i jest źródłem respektowania jego niezbywalnych praw¹⁹³. Tylko takie pojęcie osoby jest podstawą do rozważań relacji pacjenta z lekarzem czy z pozostałymi przedstawicielami służby zdrowia. Wśród fundamentalnych praw, jakie przysługują człowiekowi autor wymienia: podstawowe prawo do życia fizycznego i duchowego, które przysługuje człowiekowi od momentu poczęcia; prawo do nienaruszalności cielesnej; prawo do troski o własne zdrowie; prawo do uszanowania życia duchowego, podtrzymania go i jego obrony; prawo do wolności religijnej; prawo do indywidualnego traktowania¹⁹⁴. Wśród szczegółowych praw pacjenta autor wymienia: prawo do uzyskania świadczenia zdrowotnego; prawo do pełnej i przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu choroby i metodach leczenia; prawo do informacji i prawo do świadomej zgody na działania lecznicze; prawo do odmowy leczenia i otrzymania informacji o skutkach swojej odmowy; prawo do odmowy zastosowania środków leczniczych; prawo do pełnej informacji w przypadku eksperymentu leczniczego i prawo do odmowy wzięcia udziału w takim eksperymencie; prawo do tajemnicy dotyczącej własnego programu opieki medycznej; prawo do wglądu w dokumentację medyczną; prawo do zbadania i otrzymania wyjaśnienia dotyczącego kosztów leczenia, bez względu na źródło finansowania; prawo do zachowania ciągłości opieki medycznej (w tym prawo do otrzymania informacji o godzinie i miejscu przyjęć); prawo do poszanowania jego intymności i godności osobistej w trakcie udzielanych

¹⁹² J. Wróbel, *Antropologia we współczesnej refleksji bioetycznej...*, s. 24.

¹⁹³ M. Wręzel, *Pacjent jako osoba*, s. 426.

¹⁹⁴ Tamże, s. 427-430.

mu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności do tego, aby w trakcie udzielania świadczeń był obecny tylko personel medyczny z wykluczeniem osób trzecich; prawo do opieki duszpasterskiej; w godzinie śmierci prawo do osobistego i nieskrępowanego obecnością innych osób kontaktu z najbliższymi mu osobami i duchownym wyznawanej przez siebie religii; prawo do zastrzeżenia, aby po śmierci nie pobierać z jego zwłok tkanek, narządów lub komórek w innym celu, niż dla ustalenia przyczyny zgonu¹⁹⁵.

Szczegółowe prawa pacjenta o jakich wspomina M. Wręzel, wynikają według tego autora z praw fundamentalnych, a prawa fundamentalne wynikają z antropologii chrześcijańskiej. Oficjalne stanowisko Kościoła katolickiego wobec kwestii osobowej godności pacjenta najpełniej zostało wyrażone, jak uważa autor, w Karcie Pracowników Służby Zdrowia wydanej przez Papieską Radę Duszpasterstwa do Spraw Służby Zdrowia¹⁹⁶.

Zgodnie z myślą Benedykta XVI bioetyka będąca refleksją nad etycznym wymiarem działań biologii i medycyny potrzebuje wspólnego punktu odniesienia w świetle różnorodnych interpretacji zabiegów zakładających bezpośrednią ingerencję w życie ludzkie. Tym wspólnym punktem odniesienia jest naturalne prawo moralne, które pozwala na uznanie godności ontycznej jako źródła praw osoby. W jednej z wypowiedzi papież tak to ujął:

Również bioetyka, jak każda dziedzina, potrzebuje odniesienia, umożliwiającego spójne odczytanie kwestii etycznych, które rodzą się w sposób nieunikniony w obliczu możliwych sprzeczności interpretacyjnych. W tej dziedzinie odniesieniem normatywnym jest naturalne prawo moralne. Uznanie godności ludzkiej za niezbywalne prawo znajduje bowiem swoją pierwszą podstawę w prawie niezapisanym ludzką ręką, ale wpisanym przez Boga Stwórcę w serce człowieka, które każdy porządek prawny powinien uznać za nienaruszalne, a każda osoba musi szanować i szerzyć (...)¹⁹⁷.

Benedykt XVI nie wymienia konkretnych praw przysługujących człowiekowi, podkreśla jednak, że wobec postępującej technologizacji świata podstawą norm moralnych powinna być niezbywalna godność ludzka, wywodzona z prawa naturalnego. Odnoszenie się raczej do praw gwarantujących ludzką godność skutkuje tym, że nie zawsze prawa te są przyznawane człowiekowi w ciągu życia zgodnie z jego naturalnym rozwojem i w momentach jego największej słabości, takiej jak choroba. Warto przytoczyć kolejną wypowiedź papieża, bo

¹⁹⁵ Tamże, s. 430–432.

¹⁹⁶ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Katowice 2017, <https://kdsz.pl/wp-content/uploads/dok/Nowa%20Karta%20Pracownik%C3%B3w%20S%C5%82u%C5%BCby%20Zdrowia/nowa%20karta%20pracownik%C3%B3w%20s%C5%82uz%CC%87by%20zdrowia.pdf>, dostęp: 13.04.2024.

¹⁹⁷ Benedykt XVI, *Bioetyka i naturalne prawo moralne*, OR 31, 2010, nr 5, s. 19, https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/benedykt_xvi/przemowienia/provita_13022010.html, dostęp: 14.02.2024.

w niej wyraźnie podkreśla znaczenie godności jako podstawy praw osoby i norm określających dopuszczalną ingerencję w procesy życia ludzkiego:

Bez zasady, na której opiera się ludzka godność, byłoby trudno znaleźć źródło praw osoby oraz byłoby niemożliwe formułowanie etycznej oceny zdobyczy nauki, które zakładają bezpośrednią ingerencję w ludzkie życie. Należy zatem stanowczo powtórzyć, że nie można pojąć ludzkiej godności tylko w odniesieniu do elementów zewnętrznych, takich jak postęp naukowy, etapy formowania się ludzkiego życia czy zwykła litość w obliczu skrajnych sytuacji. Kiedy mówi się o poszanowaniu godności osoby, jest rzeczą podstawową, by było ono pełne, całkowite i wolne od uwarunkowań, z wyjątkiem uznania, że zawsze ma się do czynienia z życiem ludzkim (...) Łączenie bioetyki z naturalnym prawem moralnym pozwala lepiej oceniać konieczne i niezbędne odniesienie do godności, która jest nieodłączną cechą życia ludzkiego, życia od pierwszej chwili jego istnienia aż do naturalnego końca. W dzisiejszej sytuacji natomiast obserwuje się, że chociaż coraz większy nacisk kładzie się na słuszne odniesienie do praw gwarantujących ludzką godność, to nie zawsze owe prawa są przyznawane życiu ludzkiemu w jego naturalnym rozwoju i w momentach jego największej słabości”¹⁹⁸.

Jak wskazuje powyższy cytat, Benedykt XVI uzależnia właściwe pojmowanie godności i praw człowieka od prawa naturalnego w ujęciu chrześcijańskim.

Tadeusz Biesaga z kolei podkreśla, że w niektórych nurtach bioetyki (pryncypializmie Beauchampa i Childresa, bioetyce Engelhardta lub Veatcha) zamieniono zasadę szacunku dla godności osoby na zasadę autonomii, co w opinii autora ma daleko idące konsekwencje. Spowodowało to uwikłanie bioetyki i etyki medycznej w autonomizm i socjonizm etyczny. Jak twierdzi Biesaga, który jest przedstawicielem nurtu personalistycznego, to właśnie godność ontyczna związana z naturą osoby jest właściwym wyznacznikiem relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Pogląd taki wyraził w następującej wypowiedzi:

To nie autonomia wyznacza, co jest dobre czy złe, lecz godność i natura osoby. Godność jest szerszą podstawą zasad etycznych niż autonomia. Podporządkowuje ona autonomię dobru pacjenta. Wyznacza określone zachowania należne drugiemu człowiekowi i również wtedy, kiedy nie jest on autonomiczny, kiedy jego autonomia jest ograniczona ze względu na dany etap rozwoju, jakim jest okres prenatalny czy dzieciństwo, oraz ze względu na ciężkie schorzenia biologiczne czy psychiczne. W oparciu o takie kategorie antropologiczne i etyczne, jak godność i natura osoby, można określić, co jest dobrem dla osoby oraz o jakie dobra chodzi w praktyce medycznej. Ta perspektywa podporządkowuje autonomię dobru pacjenta i chroni swymi zasadami etycznymi wszystkich, zarówno zdolnych, jak i niezdolnych do autonomicznych aktów¹⁹⁹.

¹⁹⁸ Tamże.

¹⁹⁹ T. Biesaga, *Autonomia a godność osoby*, [w:] *Od autonomii osoby do autonomii pacjenta*, red. G. Hołub, P. Duchliński, T. Biesaga, Wydawnictwo św. Stanisława BM Archidiecezji Krakowskiej, Kraków 2013, s. 183.

W opinii tego przedstawiciela nurtu personalistycznego rezygnacja z określenia godności ontycznej jako moralnego punktu odniesienia w bioetyce prowadzi do relatywizacji norm z racji tego, że subiektywne decyzje lekarza stawia się na równi z subiektywnymi decyzjami pacjenta. Taki stan rzeczy prowadzi z kolei do przeniesienia odpowiedzialności za zdrowie i życie na pacjenta, przy jednoczesnym odciążeniu służby zdrowia i instytucji państwowych: „W ferworze owej krytyki podważony został jednak nie tylko paternalizm, ale zasadniczy cel medycyny, obiektywne dobro pacjenta – jego zdrowie”²⁰⁰.

Biesaga uważa, że autonomia pacjenta z racji tego, iż jest on chory, jest wtórna wobec autonomii lekarza. Dla sprawnego funkcjonowania autonomii pacjenta konieczne jest podjęcie działań bez jej uwzględnienia. W każdej chorobie lekarz przekazuje tylko wiedzę szczątkową, ponieważ wybór przekazywanych informacji zależy od jego stanowiska – postawionej subiektywnie diagnozy, prognozy i skuteczności przewidywanej terapii. Autor podkreśla tutaj wagę autorytetu lekarza, która w moim rozumieniu pośrednio związana jest z godnością osobowościową i osobistą lekarza w przekazie wiedzy na temat dalszego leczenia. Lekarz nie musi stosować perswazji, ale powinien pozostać wierny swojemu sumieniu i oprzeć się na własnym doświadczeniu. Kluczową rolę odgrywa tutaj charakter lekarza, jego wrażliwość i nabyte cnoty, a nie autonomia pacjenta²⁰¹. W obliczu zagrożeń wobec autonomii lekarza spowodowanej dominacją autonomii ze strony pacjenta dochodzi do nadużyć takich jak dyskredytacja decyzji medycznych, podważanie prawa do wolności sumienia, czyli integralności intelektualnej, moralnej, religijnej i zawodowej medyków – pisze Biesaga, bezpośrednio powołując się na dzieła E. Pellegrina²⁰².

Marek Wrzęśel podkreśla, że autonomia pacjenta jest zakorzeniona w jego ludzkiej godności. Autonomia w myśl tej koncepcji nie jest darem absolutnym, a jej granicą jest odpowiedzialność względem odwiecznego prawa bożego, a co dalej z tego wynika – celowości ludzkiej natury oraz prawa drugiego człowieka. Autor ten, pisząc o fundamentalnym prawie do życia, w kwestii autonomii ludzkiej podkreśla, że człowiek nie jest panem absolutnym swojego życia, toteż sam nie ma prawa decydować o nim. Jego prawo do życia jest bowiem ograniczone celowością naturalną – w świetle tej koncepcji otrzymuje je człowiek od Stwórcy, a nie od innego człowieka czy też grupy ludzkiej sprawującej władzę. Jedność psychofizyczna

²⁰⁰ T. Biesaga, *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, „Medycyna Praktyczna”, 2004, nr 159, s. 20–25.

²⁰¹ T. Biesaga, *Autonomia a godność osoby*, s. 177.

²⁰² Tamże, s. 179–180.

człowieka zakłada, że każde naruszenie życia człowieka jest zagrożeniem dla przyrodzonej godności ludzkiej²⁰³.

Godność pacjenta na gruncie bioetyki polskiej jest także rozważana w kontekście okazywanego mu szacunku i poczucia godności osobistej, która jest fundamentem moralnym pozwalającym na akceptowanie degradacji zdrowotnej w okresie choroby, a szczególnie śmierci. Zbigniew Szawarski pisze:

To właśnie poczucie godności własnej stanowi ów fundament moralny, który sprawia, że pacjent z godnością znosi postępującą degradację fizyczną i psychiczną. Jeśli bowiem jest człowiekiem mądrym, wie że jesteśmy istotami śmiertelnymi i czeka nas kres istnienia. Rozumie więc w pełni, czego właściwie można oczekiwać od lekarza²⁰⁴.

Pojęcie godności osobistej pacjenta przysparza najwięcej dylematów moralnych, ponieważ generuje dwa ważne problemy: szacunek dla autonomii moralnej pacjenta, a także praktycznie – powstrzymywanie się od działań, które naruszają poczucie godności własnej. W opinii Szawarskiego osoba działająca autonomicznie jest świadoma samej siebie, swoich myśli, pragnień, zamiarów, konsekwencji swoich działań, a jednocześnie działa bez nacisków zewnętrznych lub wewnętrznych i podejmuje decyzje pod wpływem rozumnego namysłu. Konkludując – prawo do szacunku, które przysługuje pacjentowi, jest bezpośrednio związane z jego autonomicznym wyborem co do własnej osoby, dalszej terapii i konkretnych działań medycznych²⁰⁵.

Szawarski, który reprezentuje stanowisko bliskie konsekwencjalizmowi, pojęcie pacjenta rozważa w ujęciu moralnym i medycznym. W sensie moralnym pacjentem jest ktoś, kto z racji pewnych ograniczeń zdrowotnych wymaga opieki. W sensie medycznym jest to ktoś, kto jest przedmiotem leczenia lub opieki lekarskiej. Zarówno w pierwszym, jak i w drugim wypadku – pacjentowi przysługuje prawo do traktowania go z szacunkiem, właśnie z uwagi na jego godność, bez względu na stan fizyczny czy psychiczny. Jako jaskrawe przykłady pogwałcenia godności człowieka autor wymienia: brak szacunku, który powinien być okazywany osobie umierającej, przejawiający się np. w braku szacunku dla prywatności; braku poszanowania dla wyznania lub wartości, które przyświecały człowiekowi w życiu doczesnym: „Obawiam się, że zrozumienie i szacunek dla pacjenta stanowi najtrudniejszą i zarazem najważniejszą część praktyki lekarskiej”²⁰⁶.

²⁰³ M. Wrzęśel, *Pacjent jako osoba*, s. 428–429.

²⁰⁴ Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, s. 44.

²⁰⁵ Tamże, s. 45.

²⁰⁶ Tamże, s. 46.

Także w opinii Pawła Łukowa owa relacja angażuje wiele wartości, w tym i godność, która dotyczy zarówno pacjenta, jak i lekarza. Autor zaznacza jednak, że relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem może opierać się na różnych modelach, a każdy z modeli można charakteryzować w zależności od wagi, jaką przypisuje się danej wartości. Jeżeli wartością priorytetową w trakcie leczenia pacjenta będzie jego zdrowie, lekarz będzie uprawniony do podejmowania działań ograniczających autonomię pacjenta w imię walki o jego życie, jeżeli natomiast wartością priorytetową będzie autonomia pacjenta, relacja przyjmie charakter antypaternalistycznej²⁰⁷.

Zbigniew Szawarski, który najwięcej uwagi poświęca godności osobistej pacjenta i jego prawu do szacunku, pojęcie godności łączy bezpośrednio z pojęciem autonomii pacjenta. Tutaj autor powołuje się na rozumienie godnej śmierci w odwołaniu do prawa pacjenta do decydowania o własnym życiu²⁰⁸. Godność ontyczna natomiast jest podstawą posiadania praw moralnych, w tym prawa do autonomicznego wyboru – konkluduje autor. To właśnie z uwagi na godność ontyczną zachowujemy szacunek względem ciała zmarłej osoby, która nie podejmuje już w tym momencie autonomicznych decyzji, co nie zmienia jednak faktu, że każde nasze działanie względem zwłok implikuje prawo szacunku wobec osoby zmarłej²⁰⁹.

Także Jan Hartman, który nakreślił wzór kompetentnego lekarza jako „osoby spolegliwej”, odniósł się w swojej koncepcji do godności ludzkiej. Podstawą obowiązku życzliwości względem pacjenta jest jego uprawnienie do dobrego traktowania, które wynika z wartości osoby ludzkiej – godności. Jak pisze autor, pacjent to osoba czująca, rozumna, wolna, zdolna do samostanowienia o sobie samym, z czego wynika jego uprawnienie do poszanowania go w procesie terapeutycznym. W praktyce oznacza to dobre, rzetelne traktowanie przez personel medyczny, taktowne i powściągliwe zachowanie w stosunku do niego, prawdomówność i szacunek dla jego wolności (autonomii). Z obowiązku poszanowania godności pacjenta, jak twierdzi autor i co warto jeszcze raz przypomnieć, można wyprowadzić deontologię lekarską:

W gruncie rzeczy z obowiązku poszanowania godności ludzkiej można wyprowadzić właściwie całą deontologię (również lekarską), czyli kompletny zestaw powinności moralnych, z czego korzysta etyka personalistyczna. Nie ma tu zresztą żadnej sprzeczności – te same zagadnienia prawie zawsze

²⁰⁷ P. Łuków, T. Pasierski, *Etyka medyczna...*, s. 134.

²⁰⁸ Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, s. 43.

²⁰⁹ Tamże, s. 42. Ponadto kwestia godności ciała ludzkiego zostanie szerzej opisana w rozdziale trzecim niniejszej pracy.

mogą być harmonijnie naświetlone z punktu widzenia deontologicznego, personalistycznego, konsekwencjalistycznego i eudajmonistycznego²¹⁰.

Oprócz Jana Hartmana, Zbigniewa Szawarskiego, a pośrednio także przedstawicieli etyki troski ograniczanej sprawiedliwością – czyli Kazimierza Szewczyka oraz Mieczysława Gałuszki, do pojęcia opiekuna społecznego, które bezpośrednio związane jest z koncepcją etyki niezależnej Tadeusza Kotarbińskiego, nawiązuje także Adam Skowron²¹¹.

Etyka niezależna, której autorem jest Tadeusz Kotarbiński, to system autonomiczny względem religii, ideologii, światopoglądu filozoficznego, cudzych poglądów itp. Za główne zasady etyki niezależnej można uznać minimalizowanie cierpienia ludzi, szczególnie tych, którzy pozostają w zależności od nas, jak również ideał opiekuna społecznego, którego charakteryzuje: dobroć, bohaterstwo, dzielność, opanowanie, uczciwość. Te dwa założenia, zdaniem Adama Skowrona, bezpośrednio korespondują z zawodem lekarza i zapisami Kodeksu Etyki Lekarskiej, bowiem:

Bez wątpienia społeczność można uznać za cechę niezbywalną w zawodzie lekarza, cechę fundamentalną. To ona stanowi o tym, że lekarz jest w gotowości niesienia pomocy chorym. To właśnie w niej realizuje się powołanie lekarza, co wynika pośrednio z samej niezależności etyki (...). Dodajmy też, że zawód lekarza jest zawodem zaufania publicznego, tak więc konieczność bycia osobą społeczną wynika już z samej natury tej profesji²¹².

Jedną z najważniejszych kwestii w zawodzie lekarza jest uszanowanie praw pacjenta, które zostały szczegółowo opisane w poszczególnych dokumentach. Z uwagi na autonomię pacjenta i obowiązek poszanowania jego godności prawa te mają największą rangę i są wyrazem humanizmu²¹³.

Z fundamentalnych praw przysługujących każdemu pacjentowi wynikają jego prawa szczegółowe, które zawarte zostały w Karcie Praw Pacjenta. Wśród nich zostało wymienione prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta²¹⁴. Rozwinięcie godności w Karcie Praw Pacjenta zostało ujęte w języku prawnym, w artykule 20, gdzie zaznaczono, że pacjent ma prawo do poszanowania jego intymności i godności w trakcie udzielanych mu świadczeń zdrowotnych. Karta Praw Pacjenta nie zawiera definicji godności, ale z kontekstu wynika, że chodzi o ujęcie godności osobistej – co ma na celu podkreślenie autonomii pacjenta i ochrony

²¹⁰ J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, s. 67–68.

²¹¹ A. Skowron, *Zastosowanie koncepcji etyki niezależnej w zawodzie lekarza*, *Ruch Filozoficzny*, LXXVII 2021, nr 1, s. 174.

²¹² Tamże, s. 175.

²¹³ M. Drozd-Garbacewicz, J. Erenc, *Badanie potrzeb i oczekiwań pacjentów jako praktyczny wymiar idei humanizmu w medycynie – wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, red. K. Basińska, J. Hałas, Impuls, Kraków 2013, s. 232.

²¹⁴ Karta Praw Pacjenta, <https://www.gov.pl/web/rpp/prawa-pacjenta>, dostęp: 02.03.2024.

jego osoby przed niechcianymi ingerencjami osób trzecich, a także podkreślenie jego prawa do zachowania szacunku, zwłaszcza w momencie śmierci. W kolejnym artykule zaznacza się, że każdy pacjent ma prawo do umierania w spokoju i godności, a w trakcie udzielanych mu świadczeń zdrowotnych może być obecny jedynie niezbędny personel medyczny, bez udziału osób trzecich. Ponadto każdy pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień²¹⁵.

Relacjom pomiędzy lekarzem a pacjentem może przyświecać wiele wartości. Z uwagi na istniejący stan relacji w medycynie respektowanie praw chorego stanowi wyraz uszanowania jego godności i wolności jednostki ludzkiej. W obliczu wielu zmian o charakterze społecznym holistyczne podejście do chorego, które jest ideałem medycyny, wydaje się coraz trudniejsze do osiągnięcia. Ze względu na specyfikę całościowego podejścia do człowieka chorego bardzo ważną funkcję pełni proces komunikacji lekarza z pacjentem, jednak niektórzy zwracają uwagę, że: „Humanizm ten nie będzie jednak pełny bez jednoczesnego uwzględnienia jakości tego przekazu, które w aspekcie pozamerytorycznym nie może być dla pacjenta dodatkowym czynnikiem stresującym”²¹⁶.

Proces komunikowania się z pacjentem, zwłaszcza w trakcie badania, gdzie lekarz przekracza naturalną barierę cielesną pacjenta, wymaga szczególnego poszanowania godności osobistej i okazania szacunku choremu człowiekowi. Wśród różnych modeli komunikacji Piotr Zaborowski wyróżnił model opracowany przez specjalistów z Uniwersytetu w Maastricht, uwzględniający autonomiczny wybór pacjenta, który według niego jest najbardziej użyteczny z punktu widzenia praktyki lekarskiej w kręgu kultury zachodniej. Generyczny model komunikacji akcentuje rolę pacjenta jako inicjatora procesu leczenia oraz rolę lekarza jako eksperta w zakresie rozwiązań czysto medycznych, który pozwala pacjentowi zdecydować, co jest dla niego najlepsze. Ten sposób komunikacji z racji swoich założeń bliższy jest modelowi uwydatniającemu autonomię pacjenta, ponieważ uwzględnia zaangażowanie emocjonalne ze strony lekarza, przy jednoczesnym poszanowaniu wyboru pacjenta co do metody leczenia, z uwzględnieniem jego przekonań i sugestii. Pacjent zgodnie z własnymi preferencjami i wartościami korzysta z tej propozycji lekarza, która wydaje mu się najkorzystniejsza, a lekarz może co najwyżej negocjować z pacjentem w sprawie wyboru opcji, którą sam uważa za najskuteczniejszą. Generyczny model komunikacji nie przystaje do paternalistycznej relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, w której lekarz raczej komunikuje choremu swoją opinię, niż

²¹⁵ Tamże.

²¹⁶ M. Drozd-Garbacewicz, J. Erenc, *Badanie potrzeb i oczekiwań pacjentów...*, s. 233.

podejmuje jakąkolwiek dyskusję na temat dalszej terapii, tak jak w modelu liniowym opartym na prostym przekazie informacji²¹⁷.

Wyrazem przełamania tradycyjnego schematu jest wspomniana wyżej komunikacja z chorym, która jest jednocześnie wyrazem uszanowania godności osobistej pacjenta, ze szczególnym zwróceniem uwagi na jego intencjonalne, świadome, wolne od zewnętrznej kontroli działania. To i szereg innych działań stało się powodem zastąpienia modelu paternalistycznego modelami odwołującymi się do autonomii osoby. Spotęgowało to także serię rozważań nad alternatywną formą kontaktu pacjentów ze służbą zdrowia.

2.4 Paternalizm i antypaternalizm a godność lekarza i pacjenta

Ujęcia godności ludzkiej i opisane wyżej problemy związane z przeobrażeniami w relacji lekarz – pacjent, rozwojem medycyny i rewolucją bioetyczną całościowo odnoszą się do problematyki odrzucenia paternalistycznej postawy, która znacznie ograniczała lub negowała autonomię pacjenta.

Relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem oparta na paternalizmie funkcjonowała w medycynie od czasów starożytnych aż po drugą połowę XX wieku. Paternalistyczna koncepcja etyki lekarskiej przyznawała medykom niemalże nieograniczone prawo do decydowania o życiu i procesie leczenia pacjenta²¹⁸. Osoba lekarza porównywana była do troskliwego ojca sprawującego władzę nad dzieckiem – model paternalistyczny opierał się na uznaniu silnego autorytetu zawodowego.

Paternalizm w medycynie jest rozumiany jako postawa, której towarzyszy przekonanie, iż w pewnych sytuacjach lekarz lub inni przedstawiciele personelu medycznego są moralnie uprawnieni do działania dla dobra pacjenta bez jego wiedzy, a nawet zgody. Model ten może mieć wiele różnych odmian. W literaturze bioetycznej rozróżnia się najczęściej **paternalizm umiarkowany** i **paternalizm radykalny**. W myśl paternalizmu umiarkowanego zakłada się ograniczenie autonomii pacjenta np. zaraz po wypadku (gdy konieczne jest ustalenie, czy działa on świadomie), pacjenta chorego psychicznie lub w sytuacji, kiedy kieruje on działania przeciwko własnemu życiu – w wyniku chwilowego szoku lub postępującej depresji. Paternalizm radykalny z kolei głosi, że lekarz może podjąć stosowne kroki wbrew woli pacjenta

²¹⁷ W modelu liniowym komunikacja z pacjentem ogranicza się do: przeprowadzenia wywiadu chorobowego, przeprowadzenia badania przedmiotowego, przedstawienia własnej oceny sytuacji zdrowotnej, wypisania recepty, skierowania itp., bez podjęcia dodatkowej rozmowy na temat leczenia. Por. P. Zaborowski, *Etyczny wymiar komunikacji...*, s. 136–138.

²¹⁸ Mowa tutaj o paternalizmie silnym lub nieupoważnionym.

w chwili, gdy istnieją podejrzenia, że pacjent działa na własną szkodę, pomimo że działa autonomicznie, dobrowolnie i świadomie²¹⁹.

Antypaternalizm z kolei jest postawą odrzucającą całkowicie mocny paternalizm, w tym prawo do wyrokowania w sprawach jednostki. Antypaternaliści uznają osobę za podmiot swoich własnych decyzji moralnych, negują więc ingerencję paternalistyczną za brak szacunku wobec osoby, opowiadając się za relacją partnerską lekarza w stosunku do pacjenta²²⁰.

Postawa paternalizmu jest bliższa biomedycznemu modelowi wiedzy, który opiera się na założeniu, że ciało człowieka jest biologicznym mechanizmem, a każdorazowa działalność badawcza i lecznicza powinna skupiać się na jego uleczeniu²²¹. Charakteryzuje się tradycyjnym podejściem do etyki medycznej, której sens został zawarty w Przysiędze Hipokratesa. W myśl tego tradycyjnego wzorca działanie lekarza musi być usankcjonowane deontologią lekarską, której zasady znajdują się w kodeksie zawodowym, szczególnie zasada *primum non nocere*²²².

Postawa paternalistyczna w zawodzie lekarza była obecna od samego początku istnienia tej profesji. Specyfiką tego zawodu jest walka o zdrowie i życie człowieka, więc – jak podkreślał Tadeusz Brzeziński – sam fakt przekonania o wyjątkowej misji zawodowej uprawniał lekarzy do podejmowania decyzji nieetycznych, bez wyraźnej zgody podopiecznego, czyli pacjenta²²³. Model relacji oparty na postawie paternalistycznej bywa czasem określany mianem kaznodziejskiego. Odzwierciedla go metafora lekarza jako lepiej wykształconego, doświadczonego „dobrego, troskliwego ojca”, który podejmuje kluczowe decyzje dotyczące pacjenta, zwykle bez konsultacji z nim²²⁴.

Pod koniec XX wieku nastąpił przełom w etyce medycznej. Monopolistyczny charakter medycyny odrzucono najprawdopodobniej pod wpływem trzech czynników, które coraz silniej oddziaływały na tę profesję od lat pięćdziesiątych wspomnianego stulecia. Wśród nich wymienia się: wzrost znaczenia wiedzy z zakresu innych dyscyplin niż medycyna w opiece medycznej i procesach terapeutycznych, zwiększenie znaczenia płatnika usług zdrowotnych i fundatora badań, poddanie medycyny zwiększonej kontroli ze strony państwa i innych

²¹⁹ T. Biesaga, *Autonomia pacjenta...*, s. 20.

²²⁰ A. Pawlik, *Stany terminalne a prawo pacjenta do prawdy*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2006, s. 79.

²²¹ Oprócz biomedycznego modelu etyki wyróżnia się także aksjomedyczny, który zakłada systemowe podejście do organizmu ludzkiego. W myśl tego systemu lekarz powinien widzieć w pacjencie czującą, świadomie przeżywającą istotę, usytuowaną nie tylko w świecie biologicznym, ale także w świecie wartości. Por. M. Nowacka, *Autonomia pacjenta jako problem moralny*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2005, s. 31–33.

²²² Z. Szawarski, w *kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej*, Książka i Wiedza, Warszawa 1987, s. 22.

²²³ T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, s. 21–25.

²²⁴ P. Łuków, *Modele relacji lekarz-pacjent*, [w:] *Etyka medyczna...*, s. 135.

instytucji społecznych²²⁵. W 1972 roku organizacja American Hospital Association opublikowała dokument *The Patient's Bill of Rights*, który postulował zerwanie z hipokratejską zasadą dobroczynności na rzecz przyznania pacjentowi większej autonomii w zakresie decydowania o jego procesie leczenia.

Zmiana w podejściu do autonomii pacjenta znacząco wpłynęła na przeobrażenia w relacji lekarz – pacjent, wzmacniając pozycję pacjenta. Odrzucenie paternalizmu z kolei bezpośrednio wpłynęło na zmianę w podejściu do godności społecznej lekarza. Tak to widzi Maria Nowacka:

Chodzi przecież nie o to, jak zapewnić pacjentom usługi, których niektórzy lekarze wykonywać nie chcą, lecz o to, jak dalece zmieniać się będzie społeczne nastawienie do lekarzy, skoro wraz ze zmniejszaniem się pozwolenia społecznego na postawę paternalistyczną lekarzy zwiększa się zakres wymagań stawianych wobec lekarza. Inaczej mówiąc, mamy do czynienia z problemem zmniejszania się autorytetu lekarskiego i w konsekwencji zwiększania się zakresu usługowego traktowania przez pacjentów profesji medycznej²²⁶.

Jednak, jak wskazuje Maria Nowacka, pacjenci nie darzą lekarza autorytetem jedynie za świadomie przybraną pozę i przekonanie o wyjątkowej misji zawodowej. Autorytet lekarza nie może być wynikiem paternalistycznej postawy usprawiedliwianej specyfiką zawodu, ponieważ w obliczu codzienności zawodowej weryfikowane jest także przygotowanie merytoryczne, wiedza i wiele innych czynników²²⁷, które wpisują się w definicję godności osobowościowej, osobistej i społecznej. Podobnie ujmuje ten proces Lesław Niebrój, gdy twierdzi, że uznawany od wieków autorytet lekarza oparty na moralnej doskonałości zawodowej okazał się nie do pogodzenia z koncepcją praw człowieka, a w szczególności z prawem pacjenta do prawdy, wolności i samostanowienia, prawa do prywatności²²⁸.

Odrzucenie paternalizmu zmieniło relację pomiędzy lekarzem a pacjentem bardziej niż dwadzieścia pięć uprzednich wieków, w których funkcjonowała medycyna²²⁹. Zmiana w podejściu do medycyny i profesji lekarskiej jest zjawiskiem bardzo złożonym. Powołując się na teksty Jerzego Kopani, Maria Nowacka uważa, że odrzucenie paternalizmu i radykalny nacisk na autonomię pacjenta będą skutkowały wykonywaniem jedynie zleconych lekarzowi zadań. W swoich rozważaniach M. Nowacka dochodzi do wniosku, że im większa autonomia

²²⁵ L. Niebrój, *Strajk lekarzy: bioetyka pryncypializmu*, [w:] *Bioetyka w zawodzie lekarza*, red. J. Hartman, W. Chańska, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 160.

²²⁶ M. Nowacka, *Autonomia pacjenta...*, s. 258.

²²⁷ Tamże, s. 19.

²²⁸ L. Niebrój, *Autonomia pacjenta a organizacja ochrony zdrowia: zagrożenie – szansa*, „Badania Naukowe”, 2001, z. 4, s. 245.

²²⁹ L. Niebrój, *Bioetyka programów życiowych. Rozwinięcie koncepcji pryncypializmu Beauchampa i Childressa*, Wydawnictwo Tekst, Katowice 2010, s. 92.

pacjenta, tym większe prawdopodobieństwo, że autorytet deontologiczny lekarza będzie coraz mniejszy. W dalszym okresie tych przeobrażeń społeczny status lekarza i jego zawód odbierany będzie jako wyłącznie „umiejętność tworzenia stanu lepszego”²³⁰, z uwagi na zwiększającą się samoświadomość pacjentów dotycząca ich zdrowia i żądania spełnienia ich życzeń.

Maria Nowacka w swych rozważaniach o zmianach w podejściu do autorytetu lekarza ściśle powiązała go z innymi znaczeniami. Widać to w następującej wypowiedzi:

Należy jednak mieć na uwadze, że przyzwolenie pacjenta na paternalistyczną postawę lekarza ma także swój wymiar etyczny, który wyrazić można w pytaniu, czy i w jakiej mierze przyzwolenie takie jest rezygnacją z odpowiedzialności za siebie samego, a więc naruszeniem własnej godności i pomniejszeniem własnego człowieczeństwa²³¹.

W jej opinii najważniejsze jest zwrócenie uwagi na przyczyny, które spowodowały odejście od modelu paternalistycznego i tym samym zmianę w podejściu do godności społecznej lekarza. Przyjęcie zasady poszanowania dla autonomii pacjenta to z jednej strony zwiększenie możliwości korzystania z praw przysługujących człowiekowi – czyli w opinii autorki zwiększenie poczucia godności własnej pacjenta i uszanowania jego godności w sensie ontycznym. Ponadto napięcia w tej specyficznej relacji, uwarunkowanej stanem somatycznym i psychicznym pacjenta, zależą także od osobowości i emocjonalności lekarza²³². Podsumowując swoje rozważania, Nowacka opowiedziała się za modelem partnerskim, gdzie relacje międzyosobowe kształtują się w zależności od przebiegu procesu terapeutycznego z poszanowaniem godności obydwu stron:

Nie tylko lekarz musi widzieć w swym pacjencie autonomiczną osobę, której naturalna godność wymaga poszanowania, ale także pacjent musi być świadomy tego, że jako osoba ma moralny obowiązek budowania rozwijania i kształtowania swojej autonomii, aby realizować ją we wszelkich okolicznościach swego życia²³³.

Diametralnie inne stanowisko w tej kwestii przedstawił Roman Tokarczyk. Autor podkreśla, że przy uwzględnieniu kryterium autonomii – zarówno lekarza, jak i pacjenta – relacje pomiędzy nimi są zazwyczaj klasyfikowane w trzech modelach: autonomii, paternalizmu i partnerstwa. **Model autonomii** nie zakłada istnienia relacji, a raczej wspólne pertraktacje na temat prognozowanego leczenia. **Model paternalizmu**, inspirowany analogią relacji ojciec – syn, zakłada całkowitą dominację lekarza nad pacjentem w diagnozie, terapii i prognozie. Natomiast **model partnerstwa** polega na racjonalnym i emocjonalnym

²³⁰ M. Nowacka, *Autonomia pacjenta...*, s. 258, 265.

²³¹ Tamże, s. 30–31.

²³² Tamże, s. 282.

²³³ Tamże, s. 283–284.

harmonizowaniu współpracy lekarza z pacjentem, przy jednoczesnym zróżnicowaniu rodzajów i zakresów ich odpowiedzialności za skutki medykalizacji²³⁴. W opinii Romana Tokarczyka paternalizm przeważa nad pozostałymi modelami, ponieważ jako jedyny sprawdza się w praktyce medycznej. Pogląd taki wyraził w następującej wypowiedzi: „Jednak w realnej praktyce lekarskiej model paternalizmu bez wątpienia przeważa nad innymi modelami. Stosunek lekarza do pacjenta może przybierać nawet formy szczególnie intensywnej nadrzędności”²³⁵.

W relacji opartej na paternalizmie medycznym naczelną wartością jest zdrowie pacjenta, co jest w opinii tego autora bezpiecznym założeniem, ponieważ w procesie leczenia pomiędzy lekarzem a pacjentem często dochodzi do różnic światopoglądowych. Różnice mogą dotyczyć podejścia do terapii, takich jak leczenie niepłodności, terapie seksualne, transplantacje organów i eutanazja. Różnice te mogą także pogłębiać się wraz z różnicami kulturowymi. W takich sytuacjach skupienie się na zdrowiu pacjenta i ukształtowana osobowość lekarza stanowią o jego godności i prestiżu społecznym zawodu, który uprawia²³⁶. Tematykę tę autor podejmuje więc na podstawie tezy, że paternalizm jest właściwym podejściem w relacji do pacjenta, gdzie lekarz rozumnie korzysta ze swojej władzy:

Jest nią władza absolutna lekarza nad pacjentem, którą Tadeusz Kielanowski nazwał tyraniczną. Otóż władza ta, chociaż nie zawsze tyraniczna, rzeczywiście jest absolutna. Skuteczność leczenia wymaga bowiem nie tylko pełni władztwa nad ciałem pacjenta, ale i wnikania w najgłębsze zakamarki jego duszy czy raczej psychiki. Jest tyraniczna o tyle, o ile lekarz sam decyduje o losach zdrowia i życia pacjenta²³⁷.

Podsumowując, Tokarczyk wskazuje, że na przestrzeni wielu lat ukształtowało się wiele różnych wzorców – świeckich i religijnych, osobowych i bezosobowych. O ile opisywanie idealnego pacjenta zakrawa o cynizm, o tyle opisywanie ideału lekarza jest jak najbardziej wskazane. Ideał ten określa autor w odwołaniu nie tylko do osobowości lekarza, ale także do jego autonomii i odpowiedzialności. Lekarz jako podmiot odpowiedzialności musi dysponować wolnością w podejmowaniu decyzji i ich realizowaniu, a przymus ze strony pacjenta jednoznacznie ją wyklucza. Odpowiedzialność moralna, prawna i cywilna zakłada zawsze zdrowie i życie pacjenta jako najwyższe wartości, te zaś pozostają niemożliwe do zrealizowania bez odwołania się do godności ontycznej pacjenta²³⁸.

²³⁴ R. Tokarczyk, *Medycyna a normy...*, s. 35–36.

²³⁵ Tamże, s. 36.

²³⁶ Tamże, s. 37, 41.

²³⁷ Tamże, s. 36. Por. R. Tokarczyk, *Prawa narodzin, życia i śmierci*, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2010, s. 301.

²³⁸ Tamże, s. 44, 50–56.

Aby uzupełnić wypowiedź Tokarczyka odnośnie do modeli relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem, powołam się na opinię Tadeusza Biesagi, ponieważ ci dwaj autorzy przyjmują podobne stanowiska w tej kwestii. Biesaga podkreśla, że wskazanie autonomii słusznie uwypukliło wartości takie jak godność i wolność w procesie leczenia, angażując pacjenta w ten proces, co zapobiegło wielu nadużyciom ze strony personelu medycznego. Pomimo zalet modele antypaternalistyczne skupione na autonomii pacjenta niosą za sobą wiele negatywnych konsekwencji, ponieważ zabsolutyzowana i egoistyczna wolność jako wartość, która nie posiada żadnego transcendentnego uzasadnienia poza samą sobą, doprowadziła do sporu dwóch form tego samego indywidualizmu: wolności pacjenta i wolności lekarza²³⁹.

W odpowiedzi na pytanie, czy autonomia służy dobru pacjenta i dobru lekarza, Biesaga (reprezentujący nurt personalistów w polskiej bioetyce) powołuje się na godność ludzką, która jest wartością absolutną, a której nie należy redukować do indywidualnych wyborów ludzkich. Kryterium dobra w relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem powinna stanowić godność, a nie wolność: to poprzez szacunek dla osoby szanujemy jej autonomię²⁴⁰.

Utożsamienie godności człowieka z jego autonomicznym wyborem jest niezgodne z tradycją myśli chrześcijańskiej. Szanowanie wolnych, autonomicznych decyzji drugiego człowieka nie jest równoznaczne z szacunkiem dla godności osoby ludzkiej, a jest jedynie jedną z form okazywania tego szacunku²⁴¹, jak twierdzi Aleksandra Pawlik. W opinii Tadeusza Biesagi relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem, w której nadmiernie akcentuje się zasadę autonomii, prowadzi do dehumanizacji tej więzi i zaniku autorytetu lekarza²⁴².

2.5 Autonomia pacjenta

Lesław Niebrój twierdzi, że zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy paternalizmu deklarują poszanowanie autonomii, różnią ich natomiast przyjmowane kryteria, wedle których uznają dane decyzje za autonomiczne:

Paternalistom wystarcza samo stwierdzenie choroby, by o *de facto* wszystkich decyzjach pacjenta orzekać, że nie są aktualnie autonomiczne. Zwolennicy poszanowania zasady autonomii w medycynie gotowi będą twierdzić, że większość decyzji chorego cieszy się taką aktualną autonomią, a wyłącznie w wyjątkowych okolicznościach pacjent może jej być rzeczywiście pozbawiony²⁴³.

²³⁹ T. Biesaga, *Autonomia...*, s. 20–21.

²⁴⁰ Tamże, s. 23.

²⁴¹ A. Pawlik, *Stany terminalne...*, s. 79.

²⁴² T. Biesaga, *Elementy etyki lekarskiej*, Medycyna Praktyczna, Kraków 2006, s. 90–98.

²⁴³ L. Niebrój, *Autonomia pacjenta a organizacja ochrony zdrowia...*, s. 246.

Paternaliści w opinii autora przyjmują przesłankę, która „zdroworozsądkowo” wydaje się być poprawna, jest natomiast na tyle uogólniona, że w praktyce usprawiedliwia działania sprzeczne z poszanowaniem godności rozumnych istot. Antypaternaliści z kolei szczególnie podkreślają **godność istoty rozumnej**, której działania są intencjonalne, świadome (podejmowane na podstawie wiedzy o istocie zabiegu i jego możliwych powikłań), wolne od zewnętrznej kontroli i autentyczne (zgodne z własnym stylem życia). Tak czy inaczej, uznaje Lesław Niebrój: „Jakkolwiek zaproponowany model autonomiczności w medycynie wyrasta z ewidentnie słusznego nakazu etycznego, zobowiązującego do poszanowania godności drugiego człowieka”²⁴⁴.

Lesław Niebrój wskazał, że powyższe (antypaternalistyczne) rozumienie autonomii w relacji lekarz – pacjent wymaga wielu reinterpretacji, co nie zmienia jednak faktu, że jest to model zakładający poszanowanie godności ontycznej w przeciwieństwie do modelu paternalistycznego²⁴⁵.

Skupiając się jedynie na technicznej stronie działań względem pacjenta, lekarz realizuje cel przedmiotowy – czyli chroni zdrowie pacjenta. W modelu autonomicznym lekarz realizuje także cel podmiotowy – taki, który zakłada nie tylko wyleczenie pacjenta, ale także aktualizację jego autonomicznej decyzji, przy pomocy tej samej czynności, czyli działań służących poprawie zdrowia. Autonomię bowiem posiada każdy człowiek z racji bycia osobą ludzką. Zobowiązanie do zachowania praw ludzkich w tak pojętym modelu nie wynika stąd, że lekarz rozpoznaje działanie pacjenta jako autonomiczne, ale stąd, że pacjentowi przysługuje godność ontyczna²⁴⁶.

Wspomniana wyżej reinterpretacja tradycyjnego modelu autonomii jest konieczna, ponieważ źle rozumiana może przyczynić się do utrwalenia postawy paternalistycznej i tym samym zagrozi poszanowaniu godności pacjenta. Zagrożenie postawy godnościowej względem pacjenta w konsekwencji może spowodować obniżenie standardów medycznych, wzrost kosztów leczenia i ogólnie postępujące niezadowolenie społeczeństwa ze świadczonych usług medycznych – pisze autor. Nową koncepcję autonomii według Lesława Niebrója powinno charakteryzować zachowanie tolerancji negatywnej względem decyzji pacjenta, nacisk na poprawę relacji pomiędzy pacjentem i zespołem terapeutycznym (pielęgniarkami, psychologami, terapeutami, kapelanami szpitalnymi itd.), a nie tylko pomiędzy pacjentem

²⁴⁴ Tamże.

²⁴⁵ Szczególnie dotyczy to paternalizmu nieupoważnionego. Por. Tamże, s. 248–249.

²⁴⁶ L. Niebrój, *Autonomia pacjenta jako cel podmiotowy działań lekarza*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis”, 2001, 46–47, s. 143.

i lekarzem. Relacja ta powinna także uwzględniać szerszy kontekst społeczny, co pozwoli na uznanie godności społecznej lekarza jako pracownika ochrony zdrowia²⁴⁷.

Tak rozumiany model autonomii pacjenta w rozumieniu Niebrója zakłada nie tylko uszanowanie godności ontycznej pacjenta, ale także lekarza: „Model autonomii pacjenta nie jawi się więcej jako wymyślony po to, by nękać lekarzy, lecz wyrasta z odkrytej przez nich ich własnej godności”²⁴⁸.

W odpowiedzi na zarzuty wobec antypaternalizmu w postaci dehumanizacji relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem i podważenia autorytetu zawodowego lekarza Jan Hartman wskazuje, że szacunek wobec prawa pacjenta do samostanowienia i jednoczesna troska o jego zdrowie zależą m.in. od kultury osobistej, która jest wyrazem godności osobowościowej. Autonomia jest uprawnieniem przysługującym pacjentowi; jest pewnym faktem, którego nikt nie może się zrzec, przerzucając całkowitą odpowiedzialność za podejmowane decyzje medyczne na lekarza. W chwili gdy kompetencje chorego są ograniczone, lekarz siłą rzeczy może przejąć na siebie część odpowiedzialności, a w podjęciu decyzji zazwyczaj towarzyszą reprezentanci niekompetentnego pacjenta – jego opiekunowie, rodzina. Swój pogląd na znaczenie autonomii w relacji lekarz – pacjent Jan Hartman dobitnie wyraził w przytoczonej poniżej wypowiedzi:

Autonomia nie jest czymś, co lekarz daruje pacjentowi (gdyż ją szanuje) – autonomia jest czymś, co pacjent posiada niezależnie od poglądów lekarza na kwestię paternalizmu. (...) Naruszenie autonomii pacjenta przez lekarza jest krzywdzące dla obu stron i zawsze zaciemnia obraz rozkładu odpowiedzialności za decyzje medyczne, co samo w sobie jest niesprawiedliwe i moralnie ryzykowne²⁴⁹.

2.6 Antypaternalistyczne modele relacji lekarz – pacjent. Szanse i zagrożenia dla godności ludzkiej

Po tym, jak w angloamerykańskiej bioetyce przeprowadzono krytykę paternalizmu i położono nacisk na autonomię osoby, relacja pomiędzy lekarzem i pacjentem uległa wielu przeobrażeniom. W imię zabsolutyzowanej wolności zaczęto na nowo ustawiać tę relację, poddając pod namysł jej nowe modele, namysł nad tymi zmianami widoczny jest także w polskiej bioetyce, dotyczy także pojęcia godności.

²⁴⁷ Tamże, s. 248–249.

²⁴⁸ Tamże, s. 144.

²⁴⁹ J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, s. 101.

Relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem w dużej mierze normowana jest przez wartości, którym obydwie strony przypisują najwyższą wagę. Paweł Łuków definiuje więc model relacji jako: „Sposób porządkowania wartości w wyobrażeniu o tym, co stanowi pożądany sposób odnoszenia się do siebie nawzajem lekarza i pacjenta”²⁵⁰.

W poszczególnych modelach relacji lekarza z pacjentem znajdujemy zazwyczaj opis oczekiwanych zachowań lekarza i pacjenta, ze szczególnym naciskiem na rolę pełnioną przez medyka. Rozróżnienia dotyczące poszczególnych modeli są ważne w odniesieniu do tematyki tego rozdziału, ponieważ wyraźnie wskazują na problemy moralne, jakie wiążą się przyjęciem założeń danego schematu. Opisują także pożądane zachowania i postawy lekarza – co jest bezpośrednio związane z tematyką jego godności osobistej, godności osobowościowej, a także zmian w obrębie korespondującego z pojęciem godności społecznej autorytetu.

Paweł Łuków zaznacza, że modele, o których mowa wyżej, wyróżnia się w zależności od wagi przypisywanej poszczególnej wartości, zespołom wartości lub ich hierarchizacji. Niemniej jednak panuje współcześnie zgoda, że podstawą relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, którzy pozostają członkami społeczeństwa demokratycznego, powinna być przyrodzona godność ludzka, niezależna od sytuacji zdrowotnej, zamożności, wiedzy, talentów i zdolności intelektualnych jednostki²⁵¹. Ze względu na nierówność faktyczną w relacji z pacjentem, który jest osobą chorą i poszukującą pomocy, każdorazowe spotkanie z nim wymaga od lekarza szczególnego zwrócenia uwagi na rozmaite zagrożenia, jakie niesie za sobą bezkrytyczne przyjęcie danego modelu²⁵².

Pierwszym z modeli antypaternalistycznych, który najczęściej pojawia się w polskiej literaturze, jest **model kolegialny** (porównywalny do modelu partnerskiego). Relacja lekarz – pacjent jest w tym schemacie traktowana adekwatnie do relacji zachodzącej pomiędzy współpracownikami dążącymi do wspólnego celu (w tym wypadku: do wyleczenia choroby pacjenta). W przeciwieństwie do modelu paternalistycznego kolegialny wzorzec zakłada ważność wspólnie podejmowanej decyzji i uzyskanie świadomej zgody od pacjenta, a także zaufanie – jako nieodzowny warunek tej relacji. Paweł Łuków podkreśla, że model ten może być trudny do zrealizowania w sytuacjach, które dotyczą ciężkich przypadków zdrowotnych, z uwagi na dysproporcje w zakresie wiedzy na temat leczenia pomiędzy lekarzem i pacjentem. Model kolegialny może zakładać godność ontyczną jako naczelną zasadę, zwłaszcza jeśli zdefiniujemy ją przez pryzmat prawa pacjenta do wydania świadomej zgody na leczenie,

²⁵⁰ P. Łuków, *Modele relacji...*, s. 134.

²⁵¹ Tamże, s. 134.

²⁵² Tamże, s. 134–135.

ponieważ podkreśla on swobodę w ustalaniu przez lekarza i pacjenta wartości, które będą sprzyjać ich dalszej współpracy i łączącej ich relacji. Żadna wartość w tym przypadku nie jest przyjmowana jako priorytetowo obowiązująca i nie przyznaje ani lekarzowi, ani pacjentowi szczególnych uprawnień w określeniu, co jest lepsze dla procesu leczenia²⁵³.

Model kontraktualny opiera się na dobrowolnej umowie zawartej w myśl prawa pomiędzy lekarzem a pacjentem. Umowa taka zawierana jest z zasady pomiędzy dwoma wolnymi i świadomymi jednostkami, przy czym w modelu tym podkreśla się rolę nierówności faktycznej w zakresie wiedzy medycznej dotyczącej procesu leczenia. Pacjent – inaczej zamawiający – zawiera umowę z lekarzem kompetentnym w zakresie udzielanej usługi. Model kontraktualny zakłada równość w sensie moralnym, dzięki czemu żadna z wartości nie jest w tym wypadku uprzywilejowana, przy czym uzyskanie świadomej zgody pacjenta jest warunkiem niezbędnym negocjowania warunków i podpisania kontraktu. Zawieranej umowie przyświecają zazwyczaj wartości, które obowiązują lekarza zgodnie z zasadami medycznych kodeksów zawodowych. Realnym zagrożeniem przyjęcia tego modelu jest sprowadzenie relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem do czysto handlowej transakcji. Model kontraktualny bywa często mylony z **modelem inżynierskim**, w którym lekarz pełni rolę „mechanika” ludzkiego ciała – jako usługodawcy medycznego, otrzymującego wynegocjowane wynagrodzenie za pełnioną funkcję. W tym schemacie lekarz za priorytetowe uznaje dotrzymanie umowy oraz wartość ekonomiczną (w postaci zapłaty)²⁵⁴.

Paweł Łuków podkreśla, że relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem należy do „potencjalnie samodzielnie wartościowych związków międzyludzkich”²⁵⁵, dlatego też przyjęcie danego modelu w relacji z chorującym człowiekiem wymaga od lekarza profesjonalizmu, który często wykracza poza granice etyki zawartej w kodeksach zawodowych. Autor traktuje model kontraktualny jako wyjściowy w procesie kształtowania tej specyficznej relacji, co nie zmienia faktu, że może on ewoluować w kierunku innych modeli, nawet paternalistycznego – usprawiedliwionego w przypadkach ciężkich chorób, gdzie długi proces leczenia sprawia, że zawiązuje się głęboka relacja, a pacjent wyraża głębokie zaufanie względem decyzji podejmowanych przez lekarza²⁵⁶.

Tadeusz Biesaga szczegółowo i krytycznie rozpatruje **model legalistyczny**, w którym tradycyjna relacja lekarz – pacjent została zastąpiona relacją lekarz – klient, a także **model**

²⁵³ Tamże, s. 139–140.

²⁵⁴ Tamże, s. 140–141.

²⁵⁵ Tamże, s. 141.

²⁵⁶ Tamże, s. 142.

ekonomiczny (konsumencki, biznesowy). We wzorcu biznesowym relacja jest czysto handlowa: lekarz sprzedaje produkty medyczne, wcześniej informując o potencjalnych zagrożeniach, korzyściach, cenie, a konsument sam decyduje, z której usługi skorzysta. Drugi to **model negocjacyjny**, w którym naczelną wartością jest wolny wybór pacjenta. Biesaga krytykuje ten model, twierdząc, że:

Negocjacje decydują, co jest dobre, a co złe. Jeśli pacjent sobie życzy i lekarz to zaakceptuje, to wszystko w tych ramach jest dobre: np. rezygnacja z leczenia, asystencja przy samobójstwie czy aktywna eutanazja. To nie natura relacji lekarz – pacjent determinuje treść negocjacji czy treść kontraktu, ale odwrotnie procedury negocjacyjno-kontraktalistyczne determinują rozumienie tej relacji i stosowne zasady działania²⁵⁷.

Modelowi **kontraktalistycznemu**²⁵⁸ Tadeusz Biesaga zarzuca brak odniesienia do godności pacjenta i lekarza, wyliczając potencjalne zagrożenia, jeśli przyjmie on formę konsumpcyjno-kontraktalistyczną. W opinii autora jest to schemat skupiony jedynie na zawarciu korzystnego kontraktu, w którym często biorą udział osoby postronne – prawnicy negocjujący jak najlepsze warunki umowy kosztem drugiej strony. Model ten oparty jest na braku zaufania i podejrzliwości względem intencji lekarza, przez co niszczy etos profesji medycznej. Ponadto ograniczenie relacji do jednego wspólnego celu, jakim jest sfinalizowanie obustronnie zadowolającej umowy współpracy, nie odnosi się do powołania lekarskiego, a raczej do zaspokajania subiektywnych potrzeb klienta. Taka sytuacja doprowadzi do zmuszania lekarza, by posłusznie wykonywał zalecenia np. koncernów medycznych. Pacjent z kolei może paść ofiarą tej relacji z uwagi na jej faktyczną nierówność, ponieważ leczenie w tym wypadku ogranicza się jedynie do szczegółów zawartych w kontrakcie, a te mogą zostać ustalone wcześniej pod naciskiem kompetentnego lekarza – pisze Biesaga²⁵⁹.

Celem medycyny według Tadeusza Biesagi jest zdrowie pacjenta, a relacja pomiędzy nim a lekarzem będzie funkcjonowała dobrze przy założeniu, że sprzyja jej zasada dobroczynności. Tylko relacja oparta za zaufaniu ma szansę na zrealizowanie dobra osobowego, osobistego i ostatecznego pacjenta. Wyżej wspomniane dobro nie wynika z wolności, ale z godności osoby. Z wolności – pisze autor – mogą wynikać zarówno godne, jak i niegodne zachowania ludzkie. Autonomia pacjenta jest więc tylko jednym z aspektów dobra. Powołując się na słowa Edmunda Pellegrina Tadeusz Biesaga pisze, że na dobro pacjenta składają się: jego osobiste wybory i odczucia warunkowane autonomią; wiedza i sztuka

²⁵⁷ T. Biesaga, *Autonomia pacjenta...*, s. 21.

²⁵⁸ Paweł Łuków nazywa go „kontraktualnym”.

²⁵⁹ T. Biesaga, *Autonomia pacjenta...*, s. 22.

medyczna; dobro pacjenta jako osoby; a także dobro ostateczne, ku któremu zmierza każdy człowiek²⁶⁰. Dlatego w swoich rozważaniach autor bierze pod rozważę także **model religijny**, w którym układ pomiędzy lekarzem a pacjentem jest rozumiany jako przyrzeczenie, zobowiązanie moralne i religijne. Schemat modelu religijnego dopełnia relację pomiędzy lekarzem i pacjentem zgodnie z założeniami bioetyki personalistycznej.

Podsumowanie

Więź moralna jest konstytutywnym, czyli najważniejszym składnikiem więzi społecznej. W odniesieniu do relacji w medycynie przyjmuje się, że więź moralna obejmuje trzy obszary znaczeniowe: relację pomiędzy lekarzem a pacjentem, normatywną (deontologiczną) charakterystykę tej relacji i wartościujący wymiar tej relacji²⁶¹. Szczególnie w odniesieniu do drugiego obszaru znaczeniowego i przedstawionych powyżej stanowisk na gruncie bioetyki polskiej nietrudno zauważyć, że godność ludzka jest wartością, na którą powołuje się wielu autorów.

W obliczu wielu zmian w społeczeństwie, które dotyczą także medycyny, obserwuje się zanik norm, wartości, które powinny regulować relacje międzyludzkie. Mieczysław Gałuszka określa to zjawisko mianem „atrofii moralnej”²⁶². Wspomniana atrofia przejawia się w służbie zdrowia, w relacjach społecznych i instytucjonalnych, które zostały opisane w powyższym rozdziale, w odniesieniu do zagadnienia godności społecznej i autorytetu lekarza, a także do godności ontycznej i osobistej pacjenta. Tradycyjne więzi w dziedzinie medycyny są zastępowane przez nowe modele relacji lekarz – pacjent. Załamanie zasad i zanik norm zachodzi więc na kilku płaszczyznach: łamania zasady sprawiedliwości w medycynie, nierównego dostępu do usług medycznych i korupcji, zanikającej troski o pacjenta, a także rozpatrywanych w tym rozdziale atrofii zaufania w sytuacjach niesymetryczności relacji międzyludzkich i atrofii godności zawodowej lekarzy i poczucia godności osobistej chorego²⁶³.

Wskazana w powyższym rozdziale różnica pomiędzy zwolennikami autonomizmu i paternalizmu dotyczy szczególnie ujęcia godności ontycznej pacjenta i zmian w pojmowaniu autorytetu lekarza – czyli pojęcia godności społecznej. Pojęcie godności (szczególnie osobistej) jest definiowane poprzez odniesienie się do pojęcia autonomii pacjenta. Dla personalistów najważniejsza jest godność ontyczna każdej osoby ludzkiej, choć dostrzegają także inne rodzaje

²⁶⁰ Tamże, s. 23.

²⁶¹ M. Gałuszka, *Społeczne i kulturowe powinności medycyny. Tożsamość zawodowa i atrofia moralna*, Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, Wrocław 2003, s. 120.

²⁶² Tamże, s. 120.

²⁶³ Tamże.

godności nabytej. Dla bioetyków świeckich istotna jest godność osobista, osobowościowa, choć nie negują godności ontycznej. Zestawienie różnych stanowisk pozwala także na wychwycenie pewnej różnicy w podejściu do kwestii autonomii pacjenta i jej związku z zaufaniem. Zwrócili na nie uwagę przedstawiciele różnych stanowisk, zarówno personaliści (Tadeusz Biesaga, Tadeusz Ślipko), jak i Roman Tokarczyk, któremu bliższa jest koncepcja paternalizmu, a także Waldemar Kwiatkowski, Paweł Łuków, Mieczysław Gałuszka, Maria Nowacka, Jan Hartman, Piotr Zaborowski i Zbigniew Szawarski, którzy przyznają prymat autonomii pacjenta. Zdanie wyrażone przez Lesława Niebrója, iż antypaternalistyczne rozumienie autonomii w relacji lekarz – pacjent, pomimo tego, że wymaga wielu reinterpretacji jest modelem zakładającym poszanowanie godności ontycznej w przeciwieństwie do modelu paternalistycznego, skłania do wniosku, że autor opowiada się na umiarkowanym antypaternalizmem.

Zwolennicy paternalizmu zakładają, że relacja w której nadmiernie akcentuje się zasadę autonomii, prowadzi do zaniku zaufania pacjenta w stosunku do działań lekarza²⁶⁴, a zachowanie schematu, w którym lekarz jest obdarowany autorytetem deontologicznym, pozwala na podtrzymanie relacji i wzmacnia poczucie bezpieczeństwa w procesie terapeutycznym. Przeciwnicy paternalizmu z kolei podkreślają, że koncentracja na wartości zdrowia, która charakteryzuje podejście paternalistyczne, sprawia, że lekarz popada w uogólnienie znawstwa – utożsamiając kompetencje w zakresie medycyny z kompetencjami w zakresie moralności, rozstrzygając o dobru pacjenta na bazie własnych, wyuczonych przekonań²⁶⁵.

Doświadczenie choroby i chorowanie często wiąże się z cierpieniem, które jest psychologiczną odpowiedzią człowieka na czynniki zagrażające osobowemu trwaniu. Cierpieniu z kolei towarzyszy fizyczny ból, bezradność, osamotnienie i brak perspektyw na dalsze życie²⁶⁶. Pacjent doświadcza choroby w zupełnie inny sposób niż lekarz. Przeświadczony o powtarzalności i własnych kompetencjach medyk może przejawiać tendencję do kontrolowania pacjenta. Pacjent może sam fakt choroby postrzegać jako degradujący, dlatego tak ważne jest, aby odczuwana utrata godności osobistej spowodowana czynnikami zdrowotnymi nie stała się przyczyną dodatkowego odczucia uprzedmiotowienia wywołanego niewłaściwym zachowaniem lekarza.

²⁶⁴ T. Biesaga, *Elementy etyki...*, s. 90–98.

²⁶⁵ P. Łuków, *Etyka medyczna...*, s. 136.

²⁶⁶ Tamże, s. 138.

Rozdział 3. Godność w sporach dotyczących początków życia ludzkiego

Wstęp

Narodziny to jedna z sytuacji granicznych, wokół której w debatach bioetycznych i społecznych dochodzą do głosu różne argumenty, niedające się pogodzić przekonania i silne emocje, co powoduje dużą polaryzację sporu i jest przyczyną niemożliwości osiągnięcia porozumienia między oponentami.

W polskiej literaturze bioetycznej skupionej na problematyce procesu narodzin dominują rozważania nad antykoncepcją, sterylizacją, przerywaniem ciąży, poradnictwem genetycznym, diagnostyką prenatalną, diagnostyką preimplantacyjną, eksperymentami naukowymi czy moralnym statusem zarodka. Podstawowym problemem w wyżej wspomnianych zagadnieniach jest określenie moralnej granicy dopuszczalności ingerowania w proces przekazywania życia ludzkiego. Poniższy rozdział skupiony będzie w większości na aborcji, ponieważ jest ona jednym z najczęściej dyskutowanych problemów. Co więcej – właśnie w sporze o moralną ocenę przerywania ciąży często przywołuje się pojęcie godności.

Zwolennicy jednego ze stanowisk, którzy w swojej argumentacji powołują się przede wszystkim na pojęcie godności ontycznej nienarodzonego dziecka, reprezentują stanowisko konserwatywne, związane są szczególnie z Magisterium Kościoła Katolickiego i ruchem pro-life²⁶⁷. Zgodnie z tym stanowiskiem godność ontyczna (inaczej zwana ludzką) stanowi przyrodzoną wartość moralną i dlatego jest podstawą do ustalenia norm wskazujących granice dopuszczalności ingerencji w sferze prokreacji i seksualności. Jak zauważyła Alicja Przyłuska-Fischer, rozwój technik wspomaganej reprodukcji uznaje się w tym podejściu za zagrożenie dla godności ontycznej, ponieważ tworzenie zarodków ludzkich metodą *in vitro* stwarza możliwości selekcji preimplantacyjnej, klonowania reprodukcyjnego, eksperymentów na zarodkowych komórkach macierzystych i działań o charakterze eugenicznym, co uznaje się za instrumentalne, przedmiotowe traktowanie ludzkiego zarodka. Stanowisko odwołujące się do godności ontycznej osoby ludzkiej ma wymiar teologiczny, co widać w wypowiedzi Mariana Machinka:

W ramach etyki teologicznej pojęcie godności osoby ludzkiej nabiera dodatkowego teologicznego wymiaru. Osoba ludzka, unikalna w świecie istot żywych ze względu na zdolności transcendowania samej siebie oraz ponoszenia odpowiedzialności za swoje świadome czyny, jest istotą stworzoną na obraz i podobieństwo Boże (por. Rdz 1, 27), odkupioną przez śmierć i zmartwychwstanie Chrystusa

²⁶⁷ J. Czekajewska, *Szacunek dla autonomii kobiety ciężarnej a wolność sumienia lekarza. Etyczne konsekwencje odmowy wykonania świadczeń zdrowotnych przez pracowników służby zdrowia*, „Kultura i Edukacja”, 2016, nr 3 (113), s. 34.

i przeznaczoną do osiągnięcia ostatecznej wspólnoty z Bogiem. Wyjątkowy status w świetle teologii podkreśla jeszcze bardziej jej wyjątkową wartość i kategoryczność zakazu traktowania jej li tylko jako środka do celu, jakim jest zaspokojenie pragnień, nawet tych najbardziej szlachetnych²⁶⁸.

Godność ontyczna człowieka przypisana jest każdej fazie ludzkiego życia, dotyczy więc także życia poczętego. Dziecko nienarodzone jest osobą, co oznacza, że mamy wobec niego obowiązki. To stanowisko, z racji uznania wewnętrznej wartości osoby, określane jest mianem personalizmu.

Pytanie o godność ontyczną w podejściu personalistycznym sięga także do zagadnienia poczętego, a nienarodzonego jeszcze dziecka²⁶⁹. Dotyczy kwestii przyznania dziecku nienarodzonemu statusu osoby, co jest równoznaczne z usankcjonowaniem naszych zobowiązań względem niego.

Drugie, przeciwstawne podejście reprezentują zwolennicy stanowiska liberalnego, ruchu pro-choice, którzy odwołują się w swojej argumentacji do pojęcia godności osobistej i autonomii decyzyjnej pacjenta – szczególnie kobiety. Jedną z przedstawicielek tego stanowiska, Weronika Chańska, wyraziła ten pogląd w następującej wypowiedzi:

Podobnie jak decyzja w sprawie tego, czy poddać się zabiegowi aborcji, tak decyzja o tym, kiedy i w jaki sposób umrzeć, jest jednym z najbardziej osobistych wyborów, jakich osoba może dokonać w swoim życiu, wyborem, który jest kluczowy dla osobistej godności i autonomii²⁷⁰.

Zgodnie z tym poglądem na rolę godności osobistej i autonomii w etyce medycznej naczelnymi zasadami w relacji między pacjentami (np. kobietą i mężczyzną pragnącymi potomstwa) a przedstawicielami służby medycznej będą: zapobieganie cierpieniu, działanie na rzecz dobra chorego oraz szacunek dla autonomii moralnej²⁷¹.

Rozważania, które są próbą odpowiedzi na pytania o życie człowieka i jego etapy, nie byłyby tak palącym problemem, gdyby nie możliwości, jakie stawia przed człowiekiem nauka, szczególnie współczesna biomedycyna. Sądy normatywne w bioetyce, dodatkowo uwikłane w biomedycynę i antropologię, nie są tak oczywiste jak sądy typowe dla nauk formalnych i przyrodniczych, na co zwraca uwagę Barbara Chyrowicz²⁷². Pogląd ten podzielają i inni etycy, tacy jak Kazimierz Szewczyk, Mieczysław Gałuszka, Alicja Przyłuska-Fischer i Jan Hartman,

²⁶⁸ M. Machinek, *Metoda IVF jako przedmiot refleksji teologicznoetycznej*, [w:] *Metody wspomaganie prokreacji: sukces czy porażka?*, red. B. Chyrowicz, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin, 2006, s. 113–114.

²⁶⁹ Tamże, s. 392.

²⁷⁰ W. Chańska, *Trudne związki prawa i bioetyki*, [w:] *Bioetyka w zawodzie lekarza*, s. 115.

²⁷¹ Tamże, s. 32.

²⁷² B. Chyrowicz, *Bioetyka. Anatomia sporu*, s. 252.

którzy twierdzą, że narastająca skala tych dyskusji jest kulturowym fenomenem zachodniej cywilizacji, w tym Polski.

Problematyka godności zogniskowana wokół etycznych rozstrzygnięć na temat prokreacji i początków życia ludzkiego przybrała charakter ostrego sporu. Spór ten toczy się pomiędzy przedstawicielami personalizmu, uznającymi bezwarunkowy charakter normy „nie zabijaj” (stanowiska absolutystyczne) a zwolennikami liberalizmu²⁷³. Jak twierdzi Jan Hartman, zwolennicy stanowisk liberalnych skupieni są na pojęciu autonomii wyboru, nie odwołują się do przekonań metafizyczno-religijnych. Wskazują, że kwestie związane z seksualnością i prokreacją powinny być pozostawione „sumieniom i przekonaniom wolnych ludzi”²⁷⁴.

3.1 Problematyka aborcji i godności macierzyństwa. Stanowisko bioetyki kulturowej Kazimierza Szewczyka

Problematyka zagadnienia aborcji – jak podkreśla Kazimierz Szewczyk – przybiera postać sporu o charakterze prawnym, zaś przeniesienie rozważań o problematyce początków życia ludzkiego na płaszczyznę etyki normatywnej skutkuje zbyt dużą polaryzacją sporu²⁷⁵. Podobnie jak pozostałe zagadnienia nawiązujące do początków życia ludzkiego, a powiązane z seksualnością, w tym zagadnienia medycznie wspomaganej prokreacji, badania prenatalne czy klonowanie człowieka są silnie związane z moralnością zakazów i nakazów²⁷⁶. Zagadnienie moralnego namysłu nad stanem granicznym życia ludzkiego, jakim są narodziny, zmienia się w polityczny dyskurs nad legitymizacją praw takich jak prawo do życia nienarodzonych dzieci oraz prawo ciężarnych kobiet do samostanowienia. Cechą charakterystyczną tego sporu jest skrajnie uproszczony, stronniczy i skontrastowany sposób argumentacji zwolenników i przeciwników poszczególnych tez. Omawiany szeroko w obrębie bioetyki kulturowej proces jurydyzacji praw nawiązuje także do zagadnienia **godności macierzyństwa**. Kazimierz Szewczyk podkreśla, iż celowo nie używa słowa „rodzicielstwo”, ponieważ legislacyjne skutki aborcyjnej debaty bezpośrednio dotyczą przede wszystkim kobiet²⁷⁷. Swoje obawy związane z konsekwencjami jurydyzacji i upolitycznienia kwestii aborcji wyraził w poniższej wypowiedzi:

²⁷³ J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, s. 133.

²⁷⁴ Tamże, s. 135.

²⁷⁵ K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, s. 233–234.

²⁷⁶ Tamże, s. 173.

²⁷⁷ M. Gałuszka, K. Szewczyk, *Wprowadzenie*, [w:] *Narodziny i śmierć...*, s. 9.

Destrukcyjne efekty żywiłowej jurydyzacji w sposób bodaj najbardziej spektakularny odzwierciedlają się w zmianach społeczno-kulturowego podejścia do aborcji, a w ostatnich latach także do eutanazji. W miarę rozpuszczania się w prawie stanowionym, osobisty – rzecz można głęboko wewnętrzny – moralny namysł nad godnością umierania i macierzyństwa zmienia się w polityczny dyskurs nad legitymizacją praw: prawa do życia nie narodzonych dzieci, prawa ciężarnych kobiet do samostanowienia i prawa do śmierci umierających i ciężko chorych ludzi²⁷⁸.

Kazimierz Szewczyk widzi dwa stanowiska w sprawie aborcji. Jedni argumentują na rzecz prawa płodu do ochrony życia, używając języka wartości: powołują się na wewnętrzną lub symboliczną wartość życia, bez względu na etap rozwoju, nawiązując bezpośrednio do przyrodzonej godności ludzkiej. Zgodnie z przywołanym tutaj stanowiskiem moralnym nakazem jest ochrona „życia poczętego”, a jego konsekwencją jest kategoryczny zakaz usuwania ciąży. Zwolenników tego podejścia określa się mianem pro-life²⁷⁹.

Zwolennicy przeciwnej orientacji światopoglądowej, nazywanej pro-choice, którzy optują za przyznaniem kobiecie prawa do wolności reprodukcyjnej, podkreślają, że potencjalnej matce przysługuje prawo, które bezpośrednio łączy się z zakazem zewnętrznej ingerencji w jej autonomiczne decyzje reprodukcyjne. Zwolennicy tego typu argumentacji posługują się językiem praw moralnych, argumentując na rzecz prawa kobiety do autonomii i uszanowania jej godności osobistej. Specyfikę sporu i „zmuszenie” przeciwnika do zawężenia argumentacji K. Szewczyk tłumaczy w następujący sposób:

Zaostrzając podział zmedykalizowanej kultury na cywilizację życia i cywilizację śmierci, narastające emocjonalne i symboliczne przeciwieństwo życia i śmierci znacząco wpływa na specyfikę granicznych sporów. Kulturowe zantagonizowanie owych dwóch fenomenów sprawia, że coraz większą wagę przywiązujemy do momentu poczęcia i rozwoju embrionalnego (...). Ów proces sprawia, że przeciwnicy aborcji, opowiadający się za życiem (pro-life) sprowadzonym głównie do stanów początkowych, wymuszają na tych, którzy optują za wyborem (pro-choice) skupienie argumentacji wokół prawa kobiet do samostanowienia. Natomiast związana z embrionalnym zawężeniem koncepcja mocy życia sprawia, że mniej lub bardziej jawnym uzasadnieniem prawa do autonomicznego wyboru staje się (śmiertelne) zagrożenie dla matki ze strony rosnącego w niej płodu²⁸⁰.

Powstaje wiele prac naukowych i popularnonaukowych, które dotyczą w istocie etyki prawa, etyki demokracji, pewnych szczegółowych zagadnień, takich jak: prawo do słusznej obrony, tożsamości osoby ludzkiej, prawa do wolności sumienia. Dyskusja dotycząca aborcji ma pod tym względem ogromne zasługi. To właśnie dzięki podejmowaniu problematyki

²⁷⁸ Tamże.

²⁷⁹ K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, s. 233.

²⁸⁰ M. Gałuszka, K. Szewczyk, *Wprowadzenie*, [w:] *Narodziny i śmierć*, s. 10.

etycznej związanej z aborcją doszło do znacznego rozwoju pojęcia tożsamości człowieka (w aspekcie cielesności człowieka, jako indywiduum biologicznego), zależności pomiędzy cielesnością człowieka a godnością osoby ludzkiej.

Kazimierz Szewczyk przyznaje, że w sporze o status moralny fazy prenatalnej w rozwoju człowieka przyjmuje model godnościowy, zakładający wewnętrzną wartość życia ludzkiego od chwili zapłodnienia, a aborcję uznaje za zło, ale nie odmawia kobiecie prawa do usunięcia ciąży²⁸¹. Model ten różni się od tego, który propagowany jest przez stanowiska konserwatywne i Kościół katolicki.

Bioetyka kulturowa nie rozstrzyga, w jakim okresie rozwoju jednostka ludzka staje się osobą, zdaniem Kazimierza Szewczyka jej zadaniem jest zharmonizowanie prawa kobiety do aborcji z obowiązkiem ochrony życia ludzkiego przez państwo. Ważenie uprawnień kobiety i obowiązków państwa powinno wyznaczyć dwie linie graniczne – zakazu aborcji i zezwolenia na taki zabieg²⁸².

3.1.1 Moralny status płodu w ujęciu godnościowym Kazimierza Szewczyka

Pojęcie „człowiek” może być używane w znaczeniu opisowym (deskryptywnym) lub normatywnym. W sensie opisowym pojęcie to jest stosowane najczęściej w naukach biologicznych, gdzie określa się człowieka jako „osobę biologiczną” lub jako „osobę genetyczną”²⁸³. Deskryptywne definicje osoby skupiają się na opisie szeregu cech związanych z ogólnie rozumianą ekspresją. Szczególne znaczenie dla godności rozważanej jako podstawa norm moralnych w polskiej bioetyce będzie miało jednak normatywne znaczenie pojęcia „człowiek” – inaczej „osoba” – które używane jest na określenie przynależności istoty ludzkiej do kręgu wspólnoty moralnej. Być osobą oznacza, że jest się podmiotem godności ludzkiej, a więc i podmiotem praw tę godność chroniących. Wśród tych praw należy wymienić przede wszystkim te, które zwykło się nazywać prawami człowieka, czyli właśnie takie, które posiada się już z racji osobowej godności. Prawa takie nie muszą być przez nikogo deklarowane, choć nie istnieje ich zamknięta lista, wymienić z pewnością można wśród nich prawo do życia. W myśl bioetyki kulturowej i budowanej przez jej przedstawiciela Kazimierza Szewczyka etyki troski ograniczanej sprawiedliwością życie ludzkie zasadniczo już od chwili zapłodnienia ma moralną wartość, która powinna znaleźć się pod ochroną praw moralnych i prawa stanowionego:

²⁸¹ K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, s. 234.

²⁸² Tamże, s. 251–254.

²⁸³ Tamże, s. 235.

Zakładam, że życie ludzkie już od chwili zapłodnienia ma wewnętrzną wartość moralną, gdyż jest zapośredniczonym przez rodziców powiązaniem w nową wyjątkową całość dzieła ewolucji i kultury. Stawanie się osobą moralną jest procesem jednostkowej realizacji tej całości²⁸⁴.

Ochrona życia, zgodnie z założeniami modelu godnościowego przyjętego przez Kazimierza Szewczyka jako stanowisko umiarkowane (pośredniczące pomiędzy stanowiskiem absolutystycznym a skrajnie liberalnym), w przypadku konfliktu dóbr może zostać poświęcona na rzecz innego dobra, takiego jak życie, zdrowie czy godność kobiety²⁸⁵, co jest motywowane, w myśl etyki opiekuńczości, z której czerpie bioetyka kulturowa, koniecznością współczucia i troski:

Podobnie wewnętrzną wartość przydaje życiu ludzkiemu budując bioetykę kulturową. Wartość ta powinna się znaleźć pod ochroną praw moralnych i prawa stanowionego. Ochrona życia nie ma jednakże charakteru absolutnego czy bezwzględnego. W przypadku konfliktu dóbr dopuszczalne jest – zarówno moralnie, jak prawnie – poświęcenie życia płodu na rzecz innego dobra, np. życia, zdrowia czy godności kobiety²⁸⁶.

Autor opowiada się za modelem godnościowym fazy prenatalnej, podkreślając, że aborcja jest procesem niszczenia życia obdarzonego wewnętrzną wartością, jednocześnie nie odmawia kobiecie (rodzicom) prawa do usunięcia ciąży, nie tylko w przypadku konfliktu dóbr, ale także w sytuacji, jeśli uzna, że nie jest w stanie podołać trudom macierzyństwa (ojcostwa):

Opowiadając się za modelem godnościowym, aborcję traktuję jako zło zniszczenia życia obdarzonego wewnętrzną wartością. Tym samym nakładam na państwo obowiązek prawnej ochrony tej wartości. Równocześnie nie odmawiam kobiecie prawa do usunięcia ciąży. Jeżeli kobieta/rodzice uznają po należytym namyśle, że nie mogą podołać trudom związanym z macierzyństwem/ojcostwem, państwo powinno im zapewnić możliwość usunięcia ciąży²⁸⁷.

Zadaniem bioetyki kulturowej – jak twierdzi Szewczyk – nie jest rozstrzygnięcie, w którym momencie płód staje się moralną osobą; polega ono raczej na wymierzeniu pewnego konsensusu pomiędzy moralnym prawem kobiety do aborcji a obowiązkiem ochrony życia ludzkiego nałożonego na państwo (inaczej – ingerencji państwa w macierzyństwo). Zakaz aborcji powinien odnosić się szczególnie do dwóch podstawowych zasad (norm) bioetyki kulturowej. Pierwszą z nich jest norma patocentryczna, która odnosi się do kondycji człowieka i procesu stawania się osobą moralną. Norma ta nakazuje pogodzenie się z pewną sumą cierpienia i bólu wpisaną w życie człowieka, zgodnie z którą, jako osoba moralna, potrafi on

²⁸⁴ Tamże, s. 252.

²⁸⁵ Tamże, s. 257.

²⁸⁶ Tamże.

²⁸⁷ Tamże, s. 252.

łączyć prometeizm kultury zachodniej z kruchością własnej istoty, podatnej na cierpienie i śmiertelność. Norma patocentryczna w przypadku sporu o aborcję dotyczy przede wszystkim kobiety²⁸⁸. Warto przytoczyć obszerną wypowiedź autora, który objaśnia w niej normę patocentryczną:

Norma patocentryczna jest skierowana przede wszystkim do kobiety. Wymagając od niej pogodzenia się z nieuniknionym cierpieniem, stanowi moralną sankcję ograniczania autonomii decyzyjnej w miarę dojrzewania płodu. Konstruując bioetykę kulturową przyjmuję, że względne zrównoważenie tych zasad następuje po uzyskaniu przez płód zdolności odczuwania bólu. Jej materialnym podłożem jest zintegrowana funkcjonalnie kora mózgowa. Dane embriologii pokazują, że następuje to około 26 tygodnia ciąży. Dwudziesty szósty tydzień rozwoju płodowego można, jak sądzę, zasadnie uznać za granicę moralnie usprawiedliwionej ingerencji społeczeństwa w macierzyństwo. Daje ona etyczną sankcję dla zakazu przerywania ciąży, który może uchylić jedynie zagrożenie życia lub zdrowia kobiety. Natomiast zasada wewnętrznej wartości życia nakazuje, aby usuwane płody zdolne do samodzielnego życia poza organizmem kobiety utrzymywać przy życiu. Wyklucza tym samym tzw. późną aborcję prowadzącą do ich uśmiercenia. Innymi słowy, wewnętrzna wartość życia sankcjonuje moralnie przymus macierzyństwa w sytuacji osiągnięcia przez płód zdolności do przeżycia²⁸⁹.

Należy przy tym zaznaczyć, że Kazimierz Szewczyk nie traktuje 26 tygodnia życia jako neurologicznego kryterium człowieczeństwa, ponieważ bioetyka kulturowa takich wyznaczników nie ustala. To rozstrzygnięcie należy raczej traktować jako określenie pewnej granicy ustalającej wolność reprodukcyjną kobiet, którą społeczeństwo może obniżyć, powołując się przykładowo na tzw. argument ostrożności moralnej. Wynika stąd, że państwo nie ma moralnej sankcji usprawiedliwiającej całkowity zakaz usuwania ciąży, z drugiej zaś strony – kobieta także nie dysponuje pełną autonomią reprodukcyjną. Filozoficzną podstawą tego podejścia są normatywne idee człowieka, społeczeństwa i kultury, zakładające uszanowanie godności ludzkiej:

Norma ta pokazuje, że żądanie pogodzenia się jednostki – i społeczeństwa – z ciężarem bólu i cierpienia nie przekraczającym miary właściwej kondycji ludzkiej nie narusza godności człowieka. Przeciwnie – stanowi jej afirmację. Dopiero przekroczenie miary narusza godność jednostki²⁹⁰.

Drugą zasadą bioetyki kulturowej jest nakaz bezwzględnego zapobiegania możliwym do uniknięcia cierpieniom, realizowany w myśl etyki troski. Szewczyk ujmuje więc kobietę i fakt jej brzemienności w pewną funkcjonalną całość, którą nazywa macierzyństwem²⁹¹.

²⁸⁸ Tamże, s. 253.

²⁸⁹ Tamże.

²⁹⁰ Tamże.

²⁹¹ K. Szewczyk, *Bioetyka kulturowa wobec sporu o aborcję*, [w:] *Narodziny i śmierć...*, s. 106.

Kobieta i rozwijające się w niej życie stanowią nierozdzielalną całość w miłości, radości i cierpieniu. Stawanie się matką pojmuję autor jako pewien trudny proces, który trwa ponad moment samych narodzin i wymaga wsparcia ze strony moralnie dobrego społeczeństwa. Jak jednak podkreśla autor – w tym samym momencie dojrzewa płód, stąd moralnie dobre społeczeństwo, o jakim mowa wyżej, w myśl etyki troski ograniczanej sprawiedliwością, zgodnie z normą patocentryczną, wsparte jednocześnie danymi nauki o fizjologicznym rozwoju człowieka, powinno brać pod uwagę możliwość doznawania przez niego bólu, zmniejszając tym samym obszar decyzyjnej wolności kobiety:

W konkluzji przedstawionych analiz mogę stwierdzić, że moralnie dobrym społeczeństwom właściwy jest umiarkowany model prawnej regulacji przerywania ciąży. Jego zapisy zezwalają na aborcję w pierwszych trzech miesiącach brzemienia, bez żadnych legislacyjnych ograniczeń. Pojawiają się one w drugim tryestrze, a ich głównym celem jest ochrona życia i zdrowia kobiety. Pod koniec tej fazy rozwojowej, niejako w pobliżu punktu maladycznego, ustawodawca może zaproponować zapisy prawne limitujące decyzyjną swobodę matki także przez wzgląd na dobro płodu, ich antyaborcyjna restrykcyjność powinna być dodatkowo skorelowana z zaawansowaniem embriotworzenia. Musimy wszelako pamiętać, że naszym naczelnym zadaniem etycznym jest pomoc ciężarnej w dorastaniu do macierzyństwa. Stąd też surowość modeli regulacji przerywania ciąży uznać można za miarę niedojrzałości społeczeństwa do wypełniania tego celu, niedojrzałości dającej w efekcie wzrost sumy cierpień ponad bezwzględnie konieczną miarę²⁹².

Kazimierz Szewczyk wspomina także o prawie do godności osobistej kobiety ciężarnej, która obok autonomii oraz innych podstawowych praw, takich jak m.in. prawo do intymności, nietykalności i integralności, jest zagrożone ze względu na silnie zaznaczony paternalizm w relacji lekarz – pacjentka:

Silnie zaznaczony paternalizm omawianej relacji ułatwia również i częstokroć moralnie usprawiedliwia naruszanie innych niż autonomia, podstawowych praw człowieka, m.in. prawa do godności, intymności oraz nietykalności i integralności cielesnej. Kobieta w ciąży powinna być skutecznie chroniona przed uprzedmiotowieniem przez lekarzy²⁹³.

Prawo do godności, o jakim pisze Kazimierz Szewczyk, jest szerzej związane z podejściem bioetyki kulturowej i wypracowanej przez autora etyki troski ograniczanej sprawiedliwością. Wobec zmedykalizowanej kultury Zachodu kluczowe w podejściu do uprawiania medycyny i bioetyki relacji między lekarzem czy pielęgniarką a pacjentem powinna być troska, pojmowana jako wsłuchanie się w mowę i pełne cierpliwości bycie z podopiecznym (także kobietą ciężarną):

²⁹² Tamże.

²⁹³ K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, s. 269.

Jak próbujemy uzasadnić, ustanawiać ją powinna troska lekarza o pacjenta, pojmowana jako wsłuchujące się w jego mowę i pełne cierpliwości bycie z nim. Obecnie dominująca postawa lekarzy (i pielęgniarek) sprowadza się do narzucania pacjentowi przeważającego w kulturze zmedykalizowanego rozumienia poczęcia, macierzyństwa, choroby, bólu i śmierci (...). Natomiast etyka troski przenosi źródło siły ze służb medycznych na pacjenta, jednocześnie zmieniając jej definicję. Transfer ów nie polega bowiem na prostej transpozycji kontrolerskich (władczych) mocy, lecz na przyznaniu pacjentowi zdolności do otwierania przestrzeni pomiędzy nim a lekarzem, będącej obszarem indywidualnego współtworzenia kulturowych znaczeń egzystencjalnych fenomenów, określanych przez nas mianem stanów granicznych²⁹⁴.

Kazimierz Szewczyk objaśnia swoje stanowisko w sporze toczącym się wokół moralnej problematyki in vitro. Autor opowiada się za modelem godnościowym fazy prenatalnej, co oznacza, że godność preosoby wynika z faktu, iż stanowi ona dzieło natury i kultury tworzone przed rodziców²⁹⁵. Bioetyka kulturowa za swój fundament przyjmuje opiekuńczy model medycyny, sprzyjania możliwości rozwoju jednostek, społeczeństwa i kultury, przy jednoczesnym uznaniu pryncypium sprawiedliwości społecznej. Konkludując: Kazimierz Szewczyk opowiada się za moralną akceptacją technik wspomaganego rozrodu, np. techniki in vitro, argumentując tę postawę troską, współodczuwaniem oraz chęcią pomocy ludziom, którzy zmagają się z niepłodnością²⁹⁶.

3.2 Stanowisko personalistyczne

3.2.1 Normatywny status zarodka ludzkiego a godność ontyczna. Stanowisko Barbary Chyrowicz

Jedną z przedstawicielek nurtu personalistycznego jest Barbara Chyrowicz z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, która podkreśla:

O miejscu, jakie w bioetycznej debacie zajmuje religia, wspomnieliśmy już wcześniej, w tym miejscu ograniczę się jedynie do podkreślenia raz jeszcze, że określenie „etyka katolicka”, sugerujące odniesienie do doktryny moralnej Kościoła katolickiego, nie jest równoznaczne z uznaniem religijnego charakteru norm, w tym interesującej nas tutaj głównie normy „nie zabijaj”. W debacie etycznej/bioetycznej nie oznacza też poglądów uzasadnianych racjami natury religijnej, lecz uzasadniane filozoficznie poglądy, które pozostają zgodne z charakterystycznym dla katolickiej teologii moralnej przekonaniem o istnieniu norm bezwzględnie wiążących. Restryktywny charakter normy „nie zabijaj” pojawia się również we współczesnym personalizmie, deontologizmie i kantyzmie²⁹⁷.

²⁹⁴ M. Gałuszka, K. Szewczyk, *Wprowadzenie*, [w:] *Narodziny i śmierć*, s. 13.

²⁹⁵ K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, s. 252.

²⁹⁶ Tamże, s. 201.

²⁹⁷ B. Chyrowicz, *Bioetyka. Anatomia sporu*, s. 346–347.

Autorka – jako zwolenniczka podejścia personalistycznego – broni tezy, wedle której godność ludzka definiowana jest jako wartość wewnętrzna, a nie wartość związana z ekspresją zewnętrzną czy też od niej zależna. Chyrowicz jest także przeciwniczką deskryptywnego opisu osoby w nurcie bioetyki. Opowiada się za animacją (uduchowieniem) równoczesną (w chwili połączenia gamet) zarodka, w przeciwieństwie do np. Tadeusza Ślipki (również przedstawiciela personalizmu), który, choć przyjmuje za bardziej wiarygodną animację sukcesywną (opóźnioną – po zapłodnieniu)²⁹⁸ zarodka, broni także stanowiska, zgodnie z którym, z uwagi na to, kim zarodek się stanie, niszczenie go (np. w celach eksperymentów medycznych) zawsze pozostanie moralnie nagannym:

Ściśle rzecz biorąc, jeśli uznamy za miarodajną taką koncepcję osoby, która pozwala na uznanie normatywnego statusu ludzkiego zarodka do momentu, kiedy ukonstytuował się ludzki organizm, argument „z potencjalności” nie jest nam potrzebny do uzasadnienia jego prawa do życia. Nie istnieją osoby potencjalne, istnieje jedynie potencjalność rozwojowa organizmu osoby już istniejącej. Kategoria potencjalności okazuje się stąd pomocna, kiedy szuka się racji, dla których można uznać tożsamość zygoty i dorosłego osobnika pomimo braku jakiegokolwiek zewnętrznego podobieństwa²⁹⁹.

Dla Chyrowicz godność ontyczna jako wartość wewnętrzna osoby ma charakter priorytetowy i nadrzędny, a co za tym idzie – normatywny. Jest ona ściśle skorelowana ze sposobem, w jaki definiuje się pojęcie człowieka. Wartości takie jak godność osobista, osobowościowa czy społeczna Chyrowicz nazywa „godnościowotwórczymi”³⁰⁰; są one według autorki pochodnymi względem wartości priorytetowej – czyli godności ontycznej, co nie znaczy, że nie mają żadnego znaczenia. Wręcz przeciwnie – kształtują wewnętrzne i zewnętrzne dobro osoby³⁰¹.

W przeciwieństwie więc do Kazimierza Szewczyka, który za naczelne zadanie bioetyki w kwestii sporu o aborcję uznał nie rozstrzygnięcie, w którym momencie płód staje się moralną osobą, a raczej ustalenie pewnego konsensusu pomiędzy moralnym prawem kobiety do aborcji a obowiązkiem ochrony życia ludzkiego nałożonego na państwo, Barbara Chyrowicz podkreśla, iż racją istnienia norm moralnych w formie zakazów (np. „nie zabijaj”) albo nakazów (tj. „chronić życie”) są brnione przez nie wartości, w tym przysługująca człowiekowi godność ontyczna. Jeśli zatem ktoś przyjmuje, że życie ludzkie jest wartością w całej swej

²⁹⁸ T. Ślipko, *Bioetyka, Najważniejsze problemy*, s. 133–149.

²⁹⁹ Tamże, s. 246.

³⁰⁰ Tamże, s. 120.

³⁰¹ Tamże.

rozszerzenia – od momentu powstania ludzkiego organizmu do momentu śmierci – to powinien konsekwentnie przyjąć, że norma ta odnosi się do wszelkich jego etapów³⁰².

Według Chyrowicz poszukiwanie wyjątkowości natury ludzkiej w biologii jest błędem, ponieważ organizm ludzki podlega deterministycznym prawom natury, podobnie jak organizmy innych ssaków, dlatego nie powinniśmy stąd wywodzić, że zarodki ludzkie miałyby podlegać specjalnej ochronie. Dyskusja nad normatywnym statusem zarodka ma jakikolwiek sens tylko wtedy, gdy istotom posiadającym ludzką naturę przypiszemy status osób, czyli uznamy ich godność ontyczną. Odpowiedź na pytanie o status normatywny zarodka (a dalej o istotę człowieczeństwa) wykracza więc poza kompetencje biologii, a sięga do założeń antropologicznych i ontologicznych:

Analiza pierwszych faz rozwojowych ludzkiego organizmu nie służy zatem uzasadnianiu tego, czy mamy, czy też nie mamy do czynienia z osobą – tego się na gruncie biologii uzasadnić nie da – chodzi w niej o to, czy mamy podstawy, by przyjąć, że rozwijający się organizm jest organizmem indywidualnego osobnika o ludzkiej naturze. Jeśli tak to mamy podstawę, by biorąc pod uwagę wcześniejsze założenia antropologiczne, uznać jego normatywny charakter. Jeśli nie, to zważywszy na to, że w chwili urodzenia człowieka jego status jako osobnika gatunku *Homo sapiens* jest już niewątpliwy, należałoby wskazać jakiś moment w trakcie morfogenezy, od którego można już mówić o indywidualnym organizmie ludzkim³⁰³.

Rozstrzygnięcia na temat statusu normatywnego zarodka to jedno z najważniejszych rozważań dla Barbary Chyrowicz – ponieważ przyjęte tutaj założenia odpowiadają jednocześnie na pytanie o dopuszczalność aborcji³⁰⁴ czy metod wspomaganej prokreacji.

W przeciwieństwie jednak do pozostałych przedstawicieli nurtu personalistycznego i stanowisk absolutystycznych, którzy przyjmują bezdyskusyjnie stanowiska przeciwne aborcji, Barbara Chyrowicz podkreśla, że priorytetowe w podejmowaniu decyzji na ten temat pozostają zawsze kwestie medyczne. Poniższa wypowiedź autorki sugeruje, że jej stanowisko jest ostrożniejsze w kwestii moralnej oceny zabiegu aborcji i wywodzenia z niej prawnych regulacji:

Nie chcę osłabiać normy, chcę zwrócić uwagę, że nasze działanie jest w takich sytuacjach wielorako uwikłane, a matki, która nie ma szans przeżyć wraz z nienarodzonym czy rodzącym się dzieckiem, nie można zmuszać do heroizmu. W interesującym nas kontekście absolutyzm moralny nie polega na ferowaniu wyroków, oskarżaniu i osądzaniu – polega na uznaniu za niesłuszne działań

³⁰² B. Chyrowicz, *Bioetyka. Anatomia sporu*, s. 347–348.

³⁰³ Tamże, s. 220.

³⁰⁴ Tamże, s. 218.

zmierzających wprost do odebrania komuś życia. Jakkolwiek aborcja jest przykładem działania, to śmierć dziecka, którego nie udało uratować wraz z matką, nie jest prostym skutkiem zabójstwa³⁰⁵.

3.2.2 Aksjologiczny i ontologiczny wymiar godności. Stanowisko Grzegorza Hołuba

Grzegorz Hołub – przedstawiciel personalizmu chrześcijańskiego – jest zdecydowanym obrońcą życia człowieka od momentu jego poczęcia. Definiując godność, odwołuje się do koncepcji tomistycznej, zakładającej, iż osoba ludzka jest bytem, któremu przysługuje godność ontyczna, ze względu na jego podobieństwo do Boga. Człowiek jako osoba nie może być traktowany przedmiotowo:

Być stworzonym na obraz i podobieństwo Boga-Jahwe to posiadać coś z jego wielkości, chwały, coś z jego wszechmocy, dobroci i wiedzy. Można by powiedzieć, odwołując się do pewnej analogii, że człowiek to taki bóg, wpisany w realia stworzonego świata (...). I tutaj być może rozpoczyna się myśl o tym, że istota ludzka jest kimś szczególnym – posiada szczególną wartość, którą nazywamy godnością. Choć godność znajduje swe ugruntowanie w tym absolutnym początku, to jednak obecna jest ona w całym życiu człowieka, we wszystkich jego działaniach (...). Polem, gdzie wielokrotnie się pojawia jest teren filozofii praktycznej, jaką jest etyka szczegółowa i bioetyka. Przy różnego typu sporach, jakie się tu dokonują chciałoby się doprecyzować to, co godność znaczy, co z niej wynika, jak ją aplikować do trudnych przypadków – tak zwanych kazusów³⁰⁶.

Definiując godność ludzką Grzegorz Hołub powołuje się na klasyfikację pojęcia „godności”, jakiej dokonał Adam Rodziński³⁰⁷, który podzielił ją na godność osobową, osobistą i osobowościową. Te trzy rodzaje godności układają się w pewną hierarchię³⁰⁸. Hołub definiuje godność jako swego rodzaju fenomen. Podobnie jak Barbara Chyrowicz jest zwolennikiem normatywnego, a nie deskryptywnego opisu osoby (w taki sposób należy też definiować pojęcie godności), ponieważ wszelkie opisy osoby ludzkiej nie mogą być sprowadzone do nawet bardzo precyzyjnego opisu cech człowieka. Pod względem filozoficznym problematyczne jest wyprowadzanie wartości, w tym i godności ontycznej, z cech o charakterze czysto opisowym. Po drugie w myśli personalistycznej (w ujęciu, na które powołuje się Hołub) sama godność ludzka poznawczo jest dana jako pierwsza, a nie na mocy dedukcji, w aspekcie poznania godność dana jest drogą jej doświadczenia³⁰⁹:

³⁰⁵ Tamże, s. 347–348.

³⁰⁶ G. Hołub, *Czy można sfotografować godność człowieka*, „Nauka i Religia”, <https://www.naukaireligia.pl/czy-mozna-sfotografowac-godnosc-czlowieka-34662>, dostęp: 1.06.2020.

³⁰⁷ A. Rodziński, *U podstaw kultury moralnej*, s. 83.

³⁰⁸ G. Hołub, *Problem osoby...*, s. 13.

³⁰⁹ G. Hołub, *Godność osobowa dziecka nienarodzonego*, [w:] *Od bólu po stracie do nadziei życia*, red. J. Dziedzic, P. Guzdek, Biblioteka cyfrowa Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie, Kraków 2013, s. 12,

Złożoność fenomenu godności osoby i pewien dyskomfort poznawczy, jaki mu towarzyszy, nie może nas jednak zwalniać z prób jego zrozumienia. Zwłaszcza że problematyka praktyczna, bioetyczna przynagla nas do swobodnego zoperacjonalizowania tego terminu. Kiedy bowiem zastanawiamy się nad godnością dziecka nienarodzonego, to chcemy wiedzieć, co to oznacza i jakie niesie ze sobą konsekwencje praktyczne³¹⁰.

Jak stwierdza Hołub, całość dyskusji bioetycznej jest sporem pomiędzy dwoma realistycznymi ujęciami osoby: naturalizmem (czyli skrajną postacią realizmu) a realizmem umiarkowanym skupionym wokół myśli arystotelesowsko-tomistycznej³¹¹. Aby przybliżyć tok rozumowania tego autora, należy powołać się na poczwórny argument wykazujący status osobowy embrionu ludzkiego, odnoszący się do: przynależności gatunkowej (kryterium genetycznego, kontynuacji rozwojowej, tożsamości i potencjalności embrionu ludzkiego)³¹².

Argument z przynależności gatunkowej ma u podstaw zasadę, zgodnie z którą embrion ludzki posiada prawa moralne i przysługującą człowiekowi godność osobową, w takim samym stopniu jak w pełni rozwinięta dorosła osoba ludzka. Odwołuje się do klasycznej zasady mówiącej, iż to, co jest zrodzone z człowieka, jest człowiekiem: *Quod generatur ab homine homo est*. Świadczy o tym typowy dla człowieka garnitur chromosomowy oraz oryginalny, odmienny w stosunku do rodziców, szczególnie matki, genotyp. Argument ciągłości rozwojowej bazuje na zasadzie, że życie człowieka jest nieustannym procesem zmian i przeobrażeń zachodzących w organizmie. W procesie rozwojowym po zapłodnieniu nie można wyróżnić tak daleko idących zmian jakościowych, które mogłyby być momentem granicznym decydującym o moralnym czy prawnym statusie faz tego procesu. Nie sama ciągłość procesu jest tu decydująca, lecz wyakcentowanie faktu, że żadna zmiana zachodząca w ciągu życia człowieka nie jest tak decydująca, jak pojawienie się nowego życia. Embrion ludzki na poszczególnych etapach rozwoju realizuje swój własny program rozwojowy, o którym w istotnej mierze decyduje powstały podczas zapłodnienia genotyp. Poszczególne fazy rozwoju są ściśle zależne od faz poprzednich. Dlatego z punktu widzenia stanowiska Grzegorza Hołuba nieprzekonujące jest wyznaczanie momentów istotnych na tyle, że zmieniałyby status moralny. Ani implantacja zarodka w ścianie macicy, ani wytworzenie struktur mózgu, ani narodziny, ani tym bardziej pierwszy krzyk nie mają tak decydującego znaczenia. Do tej zasady nawiązuje także kolejny argument – tożsamości. Zgodnie z nim

http://bc.upjp2.edu.pl/dlibra/docmetadata?id=1756&from=&dirids=1&ver_id=&lp=1&QI=48410FEAAD684DE4A15D74380A2872BB-1, dostęp: 16.03.2024.

³¹⁰ Tamże.

³¹¹ G. Hołub, *Problem osoby...*, s. 11.

³¹² *Embrion ludzki*, [w:] *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*, red. A. Muszala, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2005, s. 169-175.

człowiek pozostaje tą samą istotą przez cały czas swojej egzystencji (pomimo wielu przemian zachodzących w organizmie i w psychice na różnych etapach rozwojowych postrzega siebie jako jedną i tą samą istotę)³¹³.

Ostatni argument – potencjalności – jest niezmiernie ważny w świetle rozważań personalistów polskich, a także wymaga rozróżnienia *potentia obiectiva* od *potentia subiectiva*. Pierwszy termin oznacza teoretyczną możliwość zaistnienia jakiegoś wydarzenia, na przykład zapłodnienie gamet, które w takim ujęciu mogą być nazwane potencjalną osobą. Drugi wskazuje na możliwość uaktywnienia właściwego danej istocie potencjału. Takim rodzajem potencjalności dysponuje ludzki embrion, który w procesie rozwoju uaktualnia posiadane możliwości rozwojowe. z tak rozumianej zasady potencjalności wynika, że embrion nie jest potencjalną osobą, lecz potencjalnym dorosłym. W podejściu personalistycznym przyjmuje się zatem, że embrion od samego początku jest osobą. Można zatem sprecyzować, że naturalizm posługuje się zasadą potencjalności osobowej, a personalizm zasadą potencjalności rozwojowej³¹⁴.

Hołub w kwestii zdefiniowania pojęcia godności najmniejszą wagę przywiązuje do pojęcia godności osobistej, nie akcentując również jej szczególnego znaczenia w relacji pomiędzy służbą zdrowia a pacjentem. W kwestii narodzin i normatywnego statusu zarodka autor podkreśla, iż nie każde pojęcie godności może być odniesione do życia człowieka jeszcze nienarodzonego, jedynie godność ontyczna jest tym wyznacznikiem:

Embrion czy nawet płód nie posiada jeszcze osobowości, stąd nie można mu przypisać godności osobowościowej. Tym bardziej trudno jest tu posługiwać się terminem „godność osobista”. Na etapie prenatalnym człowiek nie posiada jeszcze pojęcia samego siebie, w związku z tym, nie wchodzi w grę jakiś obraz samego siebie i wiążące się z tym poczucie honoru. To są kwestie, które będą postępowały wraz z rozwojem psychicznym dziecka. Pozostaje więc tylko jeden typ godności, który możemy wiarygodnie odnieść do embrionu i płodu. Jest nim godność osobowa³¹⁵.

Autor posługuje się także sformułowaniem **godności życia prenatalnego**. Używa go w kontekście krytyki stanowisk, które określa mianem **naturalizmu**, a które według niego, dokonują deskryptywnego ujęcia człowieka, unikając pojęcia osoby ludzkiej. Stanowiska te Hołub określa jako redukcjonistyczne, czyli takie, które za warunek bycia człowiekiem uznają np. pojawienie się świadomości, funkcjonowanie układu nerwowego, pojawienie się na świecie czy inne fenomeny życia osobowego obecne poznawczo u człowieka dorosłego. Autor uznaje,

³¹³ G. Hołub, *Problem osoby...*, s. 141.

³¹⁴ Tamże.

³¹⁵ G. Hołub, *Godność osobowa...*, s. 14.

iż od momentu implantacji zarodka w ścianie macicy możemy mówić o „absolutnym początku nowego życia”³¹⁶, które niesie w sobie potencjał rozwojowy:

Nie istnieje jakiś moment w życiu embrionu i płodu, w którym organizm biologiczny stawałby się nagle czymś więcej, czym do tej pory nie był. W okresie prenatalnym, ale i postnatalnym, nie dokonują się jakieś „skoki ontyczne”, które dostarczałyby wyjaśnienia, jak istnienie czysto organiczne staje się nagle czymś innym niż tylko złożonym systemem neuro-biologicznym. Cały rozwój człowieka jest jednym wielkim procesem, tak procesem organicznym, jak i procesem stawania się istoty ludzkiej. Objawy życia osobowego, ujawniające się powiedzmy w drugim roku życia, są potencjalnie dane, „zdeponowane” od samego początku, to znaczy od momentu, kiedy zaistniało to oto życie. Początek więc życia ludzkiego jest początkiem osoby³¹⁷.

Konsekwencją założenia, że embrionom ludzkim oraz płodowi ludzkiemu przynależna jest godność ontyczna, w sensie normatywnym według Hołuba, jest przyznanie im podmiotowości moralnej, co ma znaczące konsekwencje dla życia prenatalnego, a także definiowania osoby ludzkiej.

Godność ontyczna, podobnie jak pojęcie osoby, na jaką powołują się personaliści, jest pewnym schematem teoretycznym, który wynika z przekonań filozoficznych, aksjologicznych, jak wskazuje A. Przyłuska-Fiszer³¹⁸. W tym podejściu obydwie te pojęcia (godności i osoby) mają znaczenie normatywne, uniwersalne i niepodzielne, odnoszone także do fazy prenatalnej i preimplantacyjnej w rozwoju człowieka.

W sporach dotyczących początku życia ludzkiego w podejściu personalistycznym pojęcie godności jest używane najczęściej wtedy, kiedy mowa o nienarodzonym dziecku, szerzej – jak nazywa to katolicka nauka społeczna – o ochronie życia ludzkiego i zapewnieniu godnych warunków życia³¹⁹. Jednocześnie ten typ argumentacji odrzuca podejście liberalne np. w sporze dotyczącym aborcji czy też w kwestii nadliczbowych embrionów w kontekście zapłodnienia pozaustrojowego, co jest głęboko zakorzenione w tradycji Kościoła katolickiego i nie ulegnie zmianie: „jest to zresztą logiczne następstwo uznania wartości i osobowej godności istoty ludzkiej od momentu poczęcia”³²⁰.

³¹⁶ Tamże, s. 17.

³¹⁷ G. Hołub, *Godność osobowa...*, s. 18.

³¹⁸ A. Przyłuska-Fiszer, *Etyka i przerywanie ciąży*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, s. 316.

³¹⁹ K. Smóderk, *Bioetyka deliberatywna. Funkcja dyskursu w ustanawianiu standardów bioetycznych*, Ridero 2019, s. 229.

³²⁰ J. Pawlikowski, M. Monist, J. Sak, *Zapłodnienie pozaustrojowe a Kościół katolicki – czy istnieje możliwość kompromisu?* [w:] *Bioetyka w zawodzie lekarza*, s. 223.

3.2.3 Godność osobowa dziecka w kontekście narodzin i aktu małżeńskiego

W podejściu personalistycznym mowa jest także o **godności aktu małżeńskiego**³²¹ oraz **godności dziecka**³²², zwłaszcza przy próbie uzasadnienia sprzeciwu wobec stosowania metody in vitro i instytucji matek zastępczych. Obydwa typy argumentacji odnoszą się do pojęcia godności **ontycznej**, przez personalistów nazywanej także **ludzką**.

Godność osobowa dziecka, jego prawo do życia i prawo do godnych narodzin, to w opinii Piotra Morcińca istotne elementy afirmacji osoby ludzkiej. Mogą one być zagrożone poprzez sztucznie wspomaganą ingerencję zewnętrzną, która powoduje naruszenie naturalnego pokrewieństwa, przez co i zerwanie fizycznego oraz emocjonalnego związku z matką biologiczną (w przypadku instytucji matki zastępczej). Narusza się w ten sposób godność i prawo dziecka do poczęcia i narodzenia w małżeństwie, wychowania go przez własnych rodziców, co naraża je na instrumentalne traktowanie³²³. Andrzej Muszala zwraca także uwagę na naruszenie prawa dziecka do życia i integralności cielesnej w obliczu metody sztucznego zapłodnienia pozaustrojowego³²⁴.

W ocenie moralnej tego autora także godność rodzicielstwa oraz jedność małżeńska zostają zrelatywizowane, skoro dopuszcza się wobec nich ingerencję zewnętrzną, taką jak zapłodnienie heterologiczne³²⁵.

Wartość i godność kobiety w opinii Morcińca również zostają zdegradowane, zwłaszcza w obliczu instytucji matek zastępczych, w której osobowy charakter ciała ludzkiego (kobiety) zostaje zredukowany do roli towaru³²⁶.

3.3 Stanowisko liberalno-konsekwencjalistyczne. Poczucie godności i godność osobista a prawo do aborcji

3.3.1 Bioetyka a dyskurs publiczny. Stanowiska Jana Hartmana i Alicji Przyłuskiej-Fischer

Analiza prowadzonej na gruncie polskiej bioetyki dyskusji na temat pojęcia godności i jej możliwych ujęć w kontekście tematyki narodzin prowadzi do wniosku, że mamy do czynienia z dwoma stanowiskami. Jedno z nich to opisane wyżej stanowisko personalistyczne, które największy nacisk kładzie na pojęcie **godności ontycznej**, szczególnie na spór o moralny status płodu i obronę prawa do życia nienarodzonego dziecka. Drugie stanowisko skupione jest na

³²¹ T. Ślipko, *Bioetyka, Najważniejsze problemy*, s. 97, s. 177–184.

³²² Tamże.

³²³ P. Morciniec, *Macierzyństwo zastępcze*, [w:] *Encyklopedia bioetyki...*, s. 333–334.

³²⁴ A. Muszala, *Sztuczne zapłodnienie*, [w:] *Encyklopedia bioetyki...*, s. 538–539.

³²⁵ P. Morciniec, *Macierzyństwo zastępcze*, s. 335–336.

³²⁶ Tamże, s. 334–335.

prawach kobiety i konsekwencjach zakazu przerywania ciąży. W tym sporze adversarze personalistów kładą nacisk na prawo kobiety do podejmowania decyzji, co bliższe jest **uszanowaniu poczucia godności osobistej** jako pacjentki i jako osoby współdecydującej w procesach diagnostycznych i terapeutycznych.

W podejściu skupionym na pojęciu autonomii decyzyjnej kobiety, które Jan Hartman nazywa stanowiskiem liberalnym, czerpiącym z filozofii polityki³²⁷, argumentacja dotycząca godności ontycznej jest znikoma. Zwolennicy tego typu podejścia nie traktują godności ontycznej czy człowieczeństwa jako pojęcia wyjściowego, normatywnego, tak jak robią to personaliści. W ujęciu liberalnym pojęcia autonomii decyzyjnej i godności silnie korespondują z pojęciem szacunku. Z kolei normy wskazujące, iż do każdego człowieka należy odnosić się z szacunkiem, stanowią istotną treść rozważań o godności osobistej.

Według Karoliny Smoderek koncepcje godności (np. ontycznej i osobowościowej) w podejściu personalistycznym należy traktować integralnie i uzupełniająco³²⁸.

Nie zmienia to jednak faktu, że autorzy o orientacji personalistycznej w sporze o aborcję nie przyznają charakteru normatywnego pojęciu godności osobistej, które koresponduje z pojęciem autonomii decyzyjnej kobiety, a właściwie o nim nie wspominają. Gdy podejmują zagadnienia prokreacji, normatywnie traktują jedynie pojęcie godności ontycznej i związane z nim moralne uprawnienia. Takie stanowisko Hartman opisuje jako propozycję filozofii zaangażowanej religijnie³²⁹. Z drugiej strony Hartman określa je jako czerpiące także z metafizyki Arystotelesa i św. Tomasza.

Hartman zwraca uwagę, iż argumenty debaty publicznej wokół problematyki prokreacji dotyczą szczególnie kobiety³³⁰. Autor w tej kwestii nie tylko uznaje autonomię jednostki, ale łączy to pojęcie także z relacją prawa i obowiązku. Tak odczytuję poniższą wypowiedź tego autora:

Doskonale rozumiem powody, dla których aborcja bywa dokonywana przez kobiety. Jednocześnie zrozumiałe są dla mnie przyczyny, dla których prawo w większości krajów jest w tej kwestii liberalne. Nie zmienia to jednak zasadniczego przekonania, że każde uśmiercenie ludzkiego zarodka lub płodu, który mógłby stać się zdolnym do cieszenia się życiem człowiekiem, jest złem, którego należy za wszelką cenę unikać. Pochopna aborcja, dokonana z błahych powodów jest złem – jest jednak decyzją wolnego człowieka, dysponującego swym ciałem i swą rozrodczością. Zła decyzja

³²⁷ J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, s. 135.

³²⁸ K. Smoderek, *Potrzeba rozumienia i aktualizacji pojęcia godności osoby ludzkiej...*, s. 247.

³²⁹ J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, s. 134.

³³⁰ Tamże, s. 138.

wolnego człowieka jest właśnie źródłem konfuzji bioetyka – zło bowiem należy potępiać, wolność zaś szanować³³¹.

Przykładem dyskusji skupionej wokół tematyki zapłodnienia pozaustrojowego jest debata odbyta w 2008 roku w myśl *Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny: Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie*³³². Jest to według Hartmana przykład jedynej debaty bioetycznej zrealizowanej w Polsce przez zespół specjalistów, która miała szansę na ustalenie pewnego konsensusu³³³. Tak się niestety nie stało.

Rola debaty bioetycznej, tak w Polsce, jak i na świecie, powinna polegać według Hartmana na uchwaleniu prawa w kwestiach medycyny, a w przypadku narodzin, procesu życia i śmierci powinna uwzględniać „stan poszanowania naczelnych wartości towarzyszących ochronie zdrowia i życia: bezpieczeństwa w praktyce medycznej, sprawiedliwości w udzielaniu świadczeń medycznych i autonomii jednostki w sprawach jej zdrowia i ciała”³³⁴.

Co stoi na przeszkodzie wypracowania kompromisu w kwestiach etycznych dotyczących problematyki narodzin? Jak wskazuje Hartman, w przebiegu takich dysput ścierają się różne środowiska, nie zawsze wypowiadają się osoby mające ku temu kompetencje, a w Polsce szczególnie silny wpływ na debatę bioetyczną ma dyskurs religijny. Przykładem tego, jak toczą się losy dyskusji o prokreacji jest raport, który został przygotowany przez wspomnianą wyżej komisję debatującą w 2008 roku na temat zapłodnienia pozaustrojowego. Dokument wieńczący pracę zespołu komisji okazał się niespójny, nie był także konsultowany ze środowiskiem przedstawicieli organizacji pacjenckich czy innych organizacji skupionych na działaniach pozarządowych, które pełnią obecnie ważną rolę w kształtowaniu opinii publicznej i mają realny wpływ na podejmowanie kluczowych decyzji. Debata wokół tego tematu przez wiele lat nie była zamknięta odpowiednią ustawą i do dzisiaj budzi wiele kontrowersji³³⁵. Tu należy dodać, że ten pogląd wypowiedział Hartman w roku 2013, kiedy w Polsce jeszcze trwały spory (między stanowiskiem liberalnym i konserwatywnym) o kształt ustawy mającej regulować stosowanie technik prokreacji medycznie wspomaganej (w tym in vitro). Choć technika in vitro jest stosowana przez lekarzy w Polsce od 1987 roku, dopiero 25 czerwca 2015

³³¹ Tamże, s. 140.

³³² Por. Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf, dostęp: 24.06.2024.

³³³ J. Hartman, J. Piasecki, *Bioetyka w dyskursie publicznym*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, s. 578.

³³⁴ Tamże, s. 571.

³³⁵ Tamże, s. 578.

roku uchwalono *Ustawę o leczeniu niepłodności*³³⁶, a jej wdrażanie było uzależnione (i nadal tak jest) od układu sił politycznych.

Podobnie Alicja Przyłuska-Fischer oraz Katarzyna Korbacz podsumowały dyskusję wokół kwestii reprodukcyjnych. Autorki podkreślają znaczną polaryzację i radykalizację stanowisk, spowodowaną z jednej strony silnym wpływem instytucji Kościoła, z drugiej natomiast rozwojem ruchu na rzecz obrony praw kobiet, przy jednoczesnym pomijaniu zagadnień, które są istotne z punktu widzenia argumentacji filozoficznej³³⁷.

Alicja Przyłuska-Fischer twierdzi, iż na poziomie teoretycznym tych zagadnień niemożliwe jest dojście do kompromisu, ponieważ dyskusja na ten temat nie dotyczy faktów, a raczej sporu o wartości. Różnice stanowisk wynikają m.in. z przyjmowania różnych teorii etycznych, a dalej kryteriów oceny moralnej oraz sposobów uzasadniania wyjątków od reguły. Dotyczy to poglądów na temat statusu moralnego zygoty, sposobu rozumienia pojęcia „człowiek” i „osoba”, a także uznania różnych teorii wartości, hierarchii wartości, w tym wartości życia człowieka³³⁸.

Choć Alicja Przyłuska-Fischer negatywnie ocenia możliwość wypracowania kompromisu pomiędzy zwolennikami postaw absolutystycznych i liberalnych, to stanowisko przyjmujące założenia konsekwencjalistyczne określiła jako podejście dążące do bezspornego sukcesu medycyny wspomaganej. Uznała je także za właściwą podstawę opracowania i dostosowania odpowiednich regulacji prawnych i deontologicznych, aby mogły one zapobiec potencjalnym nadużyciom w wykorzystaniu postępu naukowo-technicznego w medycynie³³⁹. Za naczelne zasady etyki medycznej wyznaczające obowiązki lekarzy i uprawnienia pacjentów uznaje zapobieganie cierpieniu, działanie na rzecz dobra chorego oraz szacunek dla autonomii moralnej³⁴⁰.

³³⁶ *Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności*, Dz.U. z 2015 r. poz. 1087, por. [Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności \(sejm.gov.pl\)](#), dostęp: 24.04.2024.

³³⁷ A. Przyłuska-Fischer, K. Korbacz, *Charakterystyka prowadzenia publicznej debaty bioetycznej w Polsce na przykładzie dyskusji o kwestiach reprodukcyjnych*, „Etyka”, 2021, nr 1, t. 60, s. 111.

³³⁸ A. Przyłuska-Fischer, *Czy prokreacja wspomagana otwiera puszkę Pandory?*, [w:] *Metody wspomagania prokreacji: sukces czy porażka?*, red. B. Chyrowicz, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin, 2006, s. 38.

³³⁹ Tamże, s. 31–32.

³⁴⁰ Tamże, s. 32.

3.3.2 Prawo do szacunku i prawo do jakości życia a pojęcie godności. Stanowiska Zbigniewa Szawarskiego oraz Danuty Ślęczek-Czakon

Zbigniew Szawarski wyróżnia trzy pojęcia godności (godność ludzką; godność osobistą; godność powiązaną z rolą społeczną lub zawodem) i łączy je z pojęciem szacunku: „Nietrudno zauważyć, że w każdym z wymienionych znaczeń powtarza się pojęcie szacunku. Można by najogólniej powiedzieć, że mieć godność to tyle co mieć prawo do szacunku bądź jak to jest w przypadku godności własnej – rzeczywiście mieć do siebie szacunek”³⁴¹.

Człowiek może być **podmiotem szacunku** („ja refleksyjne”, które myśli i ocenia, łączy w sobie wyobrażenie na temat tego jaki/jaka powinienem być, z tym, jaki/jaka jestem naprawdę) lub **przedmiotem szacunku** („ja moralne”, które pragnie, wybiera, czuje, dąży, chce itd. – to sfera rzeczywistych postaw i dążeń)³⁴². Ponadto Szawarski podkreśla, że jednym z najczęstszych błędów w dyskusji o godności jest utożsamianie przymiotnika „godny” lub „niegodny” z aprobatą moralną, bez szczegółowego ujęcia, o czyją aprobatę tak naprawdę chodzi: „Mówiąc więc najogólniej, wszystko cokolwiek powoduje, że mogę utracić szacunek dla siebie samego, jest zagrożeniem dla mojej godności. Równie dobrze to zagrożenie może tkwić w postępowaniu pewnych ludzi, jak i w sytuacjach”³⁴³. Szawarski podkreśla, że dyskusja na temat godności musi uwzględniać pojęcie **odpowiedzialności**³⁴⁴. Najbliższe swoim poglądom podejście konsekwencjalistyczne autor przedstawił w artykule traktującym o sporze o przerywanie ciąży. Na poziomie teoretycznym, jak twierdzi Szawarski, każdy z nas może przyjąć różne stanowiska w kwestii przerywania ciąży, zależne od przyjętych założeń metafizycznych, własnych doświadczeń czy preferencji. Na poziomie praktycznym, jak wskazuje autor, będzie to zawsze dylemat dotyczący kobiety i jej indywidualnej decyzji:

Sądzę więc, że każda kobieta ma moralny obowiązek urodzić dziecko w tej mierze w jakiej uzna to za swój obowiązek. Decyzja o urodzeniu lub nieurodzeniu dziecka jest zawsze subiektywną, indywidualną decyzją kobiety. Fakt, że dany lekarz, filozof, czy ksiądz uważa, że kobieta powinna urodzić dziecko, wcale nie implikuje logicznie, że ma ona rzeczywiście moralny obowiązek urodzenia dziecka (...). Jeśli jednak kobieta skłonna jest respektować taką, czy inną radę, to czyni to dlatego, że postanowiła właśnie postąpić zgodnie z tym czy innym zaleceniem. Decyzja o przerywaniu lub nie przerywaniu ciąży jest więc zawsze decyzją głęboką osobistą, ale wcale nie musi to być decyzja arbitralna³⁴⁵.

³⁴¹ Z. Szawarski, *Godność i odpowiedzialność*, s. 93.

³⁴² Tamże, s. 100.

³⁴³ Tamże, s. 102.

³⁴⁴ Tamże, s. 105–106.

³⁴⁵ Z. Szawarski, *Spór o przerywanie ciąży*, „Ginekologia Polska”, 1988, nr 59, s. 131.

Jak wspomniano wyżej, Jan Hartman stanowiska w dyskusji o problematyce narodzin klasyfikuje jako liberalne lub konserwatywne, z kolei Zbigniew Szawarski uzupełnia to rozróżnienie o stanowisko umiarkowane (konsekwencjalistyczne). Do zwolenników stanowiska umiarkowanego zalicza osoby, które uważają, że stawanie się człowiekiem jest procesem³⁴⁶. Szawarski pisze: „bo wcale nie jest pewne, że życie samo przez się ma wartość bezwzględną, ani tym bardziej nie jest oczywiste, że w konflikcie z innymi wartościami zawsze powinniśmy przyznawać pierwszeństwo życiu”³⁴⁷. Prawo do jakości życia jest więc powiązane z problematyką dobra płodu, ale także dobra kobiety: „Im większe jest prawdopodobieństwo, że urodzenie dziecka może być działaniem na jego szkodę, tym większy powód ma kobieta, aby zdecydować się na przerwanie ciąży”³⁴⁸. W sytuacji, gdy kobieta zostaje zmuszona do wydania na świat dziecka poczętego wbrew jej woli, gdy ciąża jest wynikiem dokonanego na niej gwałtu, lub urodzenia dziecka, któremu nie jest w stanie zapewnić godziwych warunków życia, albo dziecka skazanego na głębokie cierpienie fizyczne i chorobę, odbiera się jej prawo do **odpowiedzialnego macierzyństwa**³⁴⁹. Kobietom, którym odebrana zostaje możliwość wyboru, w sytuacjach, które możemy określić jako skrajne i wyjątkowo trudne, a którym ze względu na ubóstwo, pozostaje wybór „podziemia aborcyjnego” i poddanie się potencjalnie niebezpiecznemu zabiegowi, odebrana zostaje godność: „W każdym wypadku naruszone zostaje jej przyrodzone i gwarantowane przez Konstytucję prawo do godności i życia z godnością”³⁵⁰.

W podobnym tonie wypowiada się Danuta Ślęczek-Czakon. W nawiązaniu do możliwości prawnych ochrony płodu ludzkiego, autorka wskazuje, powołując się na opinię Wiesława Langa (specjalisty teorii i filozofii prawa) – że w znakomitej większości krajów mamy do czynienia z ochroną pośrednią (która dotyczy osób mających związek z płodem, w tym szczególnie kobiety, jej ciała osobowości i samej ciąży) lub bezpośrednią (która dotyczy samego płodu), ale zakładającą ograniczoną podmiotowość płodu. Następnie autorka przywołuje argumenty W. Langa przemawiające przeciwko karnej ochronie płodu zwłaszcza w dwóch pierwszych miesiącach ciąży (argumenty aksjologiczne, medyczne, socjologiczne i prawne). Pełna podmiotowa ochrona prawna płodu może naruszyć prawa kobiety, bowiem³⁵¹:

³⁴⁶ Tamże s. 121.

³⁴⁷ Tamże s. 132.

³⁴⁸ Tamże.

³⁴⁹ Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, s. 189.

³⁵⁰ Tamże.

³⁵¹ D. Ślęczek-Czakon, *Problem wartości i jakości życia...*, s. 81.

Są jednak sytuacje, kiedy bezwzględny zakaz przerywania ciąży (uzasadniany tym, że płód jest człowiekiem) narusza godność kobiety. Gdy ciąża powstała w wyniku przestępstwa lub gdy jedno z rodziców cierpi na poważną chorobę zmuszanie kobiety do rodzenia, traktowanie jej jako przedmiotu narusza jej elementarne prawa³⁵².

Obok argumentów o charakterze aksjologicznym, socjologicznym i prawnym Danuta Ślęczek-Czakon zwraca także uwagę na argumentację o charakterze medycznym³⁵³, którą należy uznać za istotną część składową poszanowania godności osobistej kobiety w świetle relacji pomiędzy pacjentką a służbą zdrowia. Wymierzanie kar za przerywanie ciąży, wymuszanie na kobiecie, aby urodziła w sytuacji, gdy istnieją ku temu istotne przeciwwskazania medyczne, skazywanie kobiet na usunięcie ciąży w warunkach nielegalnych, to okoliczności, które wpływają na naruszenie zdrowia psychicznego i fizycznego. Ponadto represje karne wobec kobiet, które w sytuacjach bez wyjścia dokonują zabiegu usuwania ciąży, dyskryminują przede wszystkim kobiety ubogie. Powyższa argumentacja jest szczególnie ważna z uwagi na doktrynę praw człowieka, na którą składają się: prawo do życia, prawo do przeżycia, prawo do jakości życia³⁵⁴.

Danuta Ślęczek-Czakon, podobnie jak Zbigniew Szawarski, wyróżnia trzy stanowiska dotyczące sporu o przerywanie ciąży, uszczegóławiając poglądy ich zwolenników. Zgodnie z podejściem umiarkowanym (konsekwencjalistycznym) za którym się opowiada, zaznacza, iż decyzję o urodzeniu dziecka (zwłaszcza w przypadkach takich jak ciąża będąca wynikiem gwałtu, sytuacja zdrowotna prowadząca do znacznego zagrożenie dla życia matki i/lub płodu, obciążenie płodu ciężkimi wadami genetycznymi) należy pozostawić kobiecie. We wszystkich przypadkach kobieta może podjąć decyzję o urodzeniu dziecka, a wymuszanie takiej decyzji przez restrykcyjne prawo jest moralnie nieuzasadnione, przekreśla też wartość czynu heroicznego.

Zgadzam się z poglądem Z. Szawarskiego, że kobieta ma moralny obowiązek urodzić dziecko wtedy, gdy uzna to za swój obowiązek. Inaczej mówiąc: im bardziej była świadoma działania prokreacyjnego, tym bardziej jest odpowiedzialna za poczęcie dziecka i tym bardziej powinna przyjąć na siebie obowiązek urodzenia dziecka (są to warunki odpowiedzialnego macierzyństwa)³⁵⁵.

W kwestii tak skomplikowanej i delikatnej jak aborcja, jak sądzi autorka, oraz w kontekście moralnej oceny i możliwości usprawiedliwienia aborcji, istotne są dwie sprawy – wrażliwość na cudzy los i odpowiedzialność za zachowania w sferze seksualnej. To zarazem

³⁵² Tamże, s. 82.

³⁵³ Tamże, s. 82–83.

³⁵⁴ Tamże, s. 82.

³⁵⁵ Tamże, s. 101.

podstawa dokonania wyważonej, nie stronnicej (solidaryzującej się jedynie z losem embrionów lub dramatem kobiety) oceny. To także kwestia i wynik działań o szerokim wymiarze społecznym, takich jak rzetelna i ogólnodostępna edukacja seksualna oraz dostępność środków antykoncepcyjnych³⁵⁶.

Pojęcie odpowiedzialnego macierzyństwa, o którym wspomina Ślęczek-Czakon, a które określa jako wrażliwość na cudzy los: „można (...) chyba porównać do postawy odczuwającej minimum szacunku dla życia (w tym wypadku ludzkiego) w każdej fazie jego istnienia i starającej się chronić życie, o ile nie stoi ono w konflikcie z innymi wartościami”³⁵⁷.

Podsumowanie

Analiza wybranych stanowisk skłania do wniosku, iż w sporach, które toczą się wokół narodzin, pojęcie godności jest często przywoływane.

Pojęcie godności ontycznej (synonimicznie określanej jako godność ludzka lub osobowa) przytaczane jest przez przedstawicieli stanowisk personalistycznych: wspomnianych wyżej Barbarę Chyrowicz, Grzegorza Hołuba, Tadeusza Ślipko, Andrzeja Muszałę i innych. Model przyjmowany przez przedstawicieli personalizmu i jednocześnie Kościoła katolickiego zakłada, że od momentu zapłodnienia zygota staje się moralną i prawną osobą. Wyjątkiem jest koncepcja Tadeusza Ślipki (przedstawiciela personalizmu ontologicznego), który był zwolennikiem tzw. animacji opóźnionej, ale, jak zaznaczał, dla moralnej negatywnej oceny aborcji nie ma to znaczenia.

Kwestie statusu zarodka, a także formy przekazywania życia, które podejmowane są przez personalistów, zostały szczegółowo przedstawione przez Kongregację Nauki Wiary m.in. w dokumencie *Donum vitae*³⁵⁸. Godność ontyczna w tym podejściu odnoszona jest nie tylko do statusu normatywnego zarodka ludzkiego, ale także do ludzkiej aktywności prokreacyjnej, jako czynności spełnianej w akcie małżeństwa. W tym rozumieniu aktywność ludzka zmierzająca do poczęcia potomstwa powinna być odzwierciedleniem duchowo-cieleśnej integralności, jeśli ma być działaniem odpowiadającym godności osób, a także godności aktu małżeńskiego i kobiety³⁵⁹. W tym podejściu człowiek jest osobą od chwili zapłodnienia do naturalnej śmierci, posiada godność przyrodzoną i to jest podstawą do formułowania negatywnej oceny moralnej

³⁵⁶ Tamże.

³⁵⁷ Tamże.

³⁵⁸ Kongregacja Nauki Wiary, *Donum vitae. Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania. Odpowiedzi na niektóre aktualne zagadnienia*, „Opoka”, 22.02.1987, www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WR/kongregacje/kdwiary/zbior/t_2_19.html, s. 167.

³⁵⁹ M. Machinek MSF, *Metoda IVF...*, s. 117.

takiej ingerencji w życie ludzkie, która intencjonalnie prowadzi do zabicia (aborcja) lub instrumentalnego traktowania zarodka (technika in vitro).

Z kolei dla autorów, którzy przyjmują linię argumentacyjną bliższą stanowiskom konsekwencjalistycznym, bliższe jest pojęcie godności osobistej. Analiza porównawcza stanowisk reprezentowanych przez Jana Hartmana, Alicję Przyłuską-Fischer, Danutę Ślęczek-Czakon czy Zbigniewa Szawarskiego prowadzi do wniosku, iż elementy wspólne tych stanowisk dotyczą ujęć pojęcia godności osobistej oraz poczucia godności osobistej związanego z szacunkiem i odpowiedzialnością. Należy przy tym zaznaczyć, że pojęcie odpowiedzialnego macierzyństwa ma wymiar indywidualny, a także szerszy, społeczny, związany m.in. z edukacją seksualną i dostępną antykoncepcją.

Zwolennicy stanowiska umiarkowanego (konsekwencjalistycznego) nie negują, że ochrona płodu jest potrzebna. Nie odwołują się przy tym do przyrodzonej godności ludzkiej zarodka czy płodu, jak czynią to ich adwersarze, a jako jedno z istotnych dla moralnej oceny przerywania ciąży przyjmują któreś z rozwojowych kryteriów człowieczeństwa (np. neurologiczne, zdolności do samoistnego istnienia, patocentryczne). W sprawie prawnych regulacji (legalizacji aborcji) są zwolennikami tzw. ochrony pośredniej, przy zaznaczeniu, iż prawo chroniące płody nie może być represyjne do tego stopnia, żeby godziło w godność osobistą kobiety, gdy odbiera się kobiecie prawo do decydowania o własnym życiu lub podejmowania decyzji w kwestii macierzyństwa.

Bioetyka kulturowa, którą reprezentują Kazimierz Szewczyk i zgromadzeni wokół niego pracownicy naukowcy, również odwołuje się do pojęcia godności w pojmowaniu macierzyństwa i osobowego statusu płodu. Jest to tzw. model godnościowy, którego protagoniści przyznają fazie prenatalnej wewnętrzną nieinstrumentalną wartość decydującą o godności płodu, wzorowany na podejściu Ronalda Dworkina³⁶⁰, który głosił świecką koncepcję świętości życia. Koncepcja etyki troski ograniczanej sprawiedliwością, odwołującej się do etyki wartości i cnót, którą prezentuje Kazimierz Szewczyk, jest więc próbą znalezienia alternatywy wobec bioetyki regulatywnej, skupionej na autonomii jednostki i próbie rozwiązania problemów etycznych poprzez relację prawa – obowiązki³⁶¹.

Jak wskazują Mieczysław Gałuszka oraz Kazimierz Szewczyk, kulturowym fenomenem jest przekształcanie sporów toczących się wokół początków i końca życia

³⁶⁰ K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, s. 252.

³⁶¹ D. Ślęczek-Czakon, *Czy bioetyka kulturowa zastąpi bioetykę regulatywną? Uwagi o kryzysie bioetyki regulatywnej i obietnicach bioetyki kulturowej*, [w:] *Aktualny stan bioetyki i ekologii w Polsce i na świecie*, red. J. Jaroń, Wydawnictwo Akademii Podlaskiej, Siedlce 2005, s. 156.

ludzkiego w spory religijne, naukowe, prawne i polityczne, a także popularne opracowania, na które szczególnie powołują się środki masowego przekazu. Stąd też spór ten jest szczególnie zawiły i trudny do rozstrzygnięcia. Obecne są w nim różne argumenty, a powoływanie się na godność ontyczną czy osobistą występuje, ale nie dla wszystkich jest jedyną podstawą ocen i norm moralnych określających dopuszczalność ingerowania w życie ludzkie w fazie prenatalnej.

Rozdział 4. Godność w sporach dotyczących końca życia ludzkiego

Wstęp

W odczuciu większości ludzi śmierć jest zdarzeniem nieprzewidywalnym (bo nie wiemy jak i kiedy umrzemy) i trudnym do zaakceptowania. Jest jednym z podstawowych faktów nierozzerwalnie związanych z życiem. Moment zaniku czynności życiowych ściśle opisują przepisy prawno-medyczne³⁶². W większości krajów na świecie obowiązują dwie definicje śmierci: krążeniowa i mózgowa. Obydwie odwołują się do rozumienia śmierci jako całkowitego ustania funkcji narządów krytycznie istotnych dla organizmu jako całości³⁶³.

Obawa przed śmiercią jest przeżyciem i uświadomieniem sobie utraty własnej indywidualności, budzącym traumatyczne przecucia. Edgar Morin³⁶⁴ określa śmierć jako ideę beztreściową, pustą i niezgłębianą. Śmierci nie jesteśmy w stanie zdefiniować, ponieważ jest ostateczną pustką, nieistnieniem człowieka, a jej absurdalność – jak pisze Zygmunt Bauman³⁶⁵ – polega na tym, że nadaje ona istnienie wszelkim bytom. Jest inna od życia, niewyobrażalna, przekracza granice naszej komunikacji. Niewytłumaczalność zjawiska śmierci jest niezwykle trudnym doświadczeniem, które wzmacnia u człowieka różnego rodzaju lęki, dlatego też problematyka godności w procesie umierania jest tak ważnym tematem.

Druga połowa XX wieku to okres rozkwitu medycyny i dyscyplin biologicznych, który doprowadził do gwałtownych zmian w podejściu do życia, okresu starzenia i śmierci. Nauki biomedyczne przyczyniły się do wydłużenia życia ludzkiego, co wpłynęło na przeobrażenia w relacjach rodzinnych, szczególnie pomiędzy dziećmi i rodzicami, jak również naruszyły strukturę wiekową społeczeństw rozwiniętych pod względem technicznym. Te przeobrażenia z kolei spowodowały zmiany w kulturowym podejściu do starości i pojmowaniu śmierci przez współczesnego człowieka. Aby uściślić pojęcie godnej śmierci, należy rozważyć je w odniesieniu do zjawisk, które pojawiły się u progu minionego stulecia, w tym procesów medykalizacji życia i śmierci. Medykalizacja życia i śmierci to termin określający proces, w którym życie i śmierć stają się domeną medycyny. Życie i śmierć, wyjaśnił K. Szewczyk, definiowane są z użyciem języka medycznego, a traktowane jako problem, rozwiązywany tylko i wyłącznie w ramach procedur medycznych:

³⁶² M. Adamkiewicz, *Zagadnienie śmierci w bioetyce*, Wydawnictwo Wojskowej Akademii Technicznej, Warszawa 2002, s. 69.

³⁶³ B. Wójcik, *Definicje i kryteria śmierci*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, s. 295.

³⁶⁴ E. Morin, *Antropologia śmierci*, [w:] *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*, red. M. Szpakowska, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008, s. 294.

³⁶⁵ Z. Bauman, *Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia*, przeł. N. Leśniewski, PWN, Warszawa 1998, s. 6.

Prowadzi ona do oddania w ręce lekarzy całości ludzkiego życia, od narodzin, aż po stwierdzenie śmierci. Sprawia, że medycyna i medycy urabiają nasze lęki i nadzieje oraz kształtują moralne wzorce osobowe, co w konsekwencji sprawia, iż to lekarze, a nie kaznodzieje i osoby duchowne, sprawują rząd dusz w zmedykalizowanej cywilizacji”³⁶⁶.

Szerzej problematyka prawa do godnej śmierci dotyczy także zagadnień: eutanazji, moralnego wymiaru cierpienia, prawa do szacunku w procesie umierania, poczucia godności osobistej i autonomii umierającego pacjenta.

Godna śmierć w obliczu wyżej wspomnianych zagadnień, a szczególnie medykalizacji śmierci, dotyczy np. problematyki uporczywej terapii, na co jasno wskazuje Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia, którego współtwórcy także nawiązują do pojęcia godności: „Uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta”³⁶⁷.

W obliczu wzrastającej długości życia i niskiego przyrostu naturalnego, a co za tym idzie – zwiększającego się odsetka osób starszych w społeczeństwie, dyskusja wokół dobrej, godnej śmierci przybiera na znaczeniu. Ludzie chorujący i umierający, którzy stają się **pacjentami**, wymagają opieki, a wielokrotnie ich poczucie godności osobistej staje się zależne od osób trzecich, zawodowo pełniących role medyczne lub zobligowanych do sprawowania opieki z racji koligacji rodzinnych.

4.1 Pojmowanie godnej śmierci

Zakres rozważań obejmujący problem godnej śmierci wydaje się być bardzo szeroki i trudny do zdefiniowania, jednakże z uwagi na specyfikę tematu – konieczny. Zbigniew Szawarski³⁶⁸ pisze o pojęciu **śmierci z godnością** w nawiązaniu do prawa do szacunku:

Człowiek martwy nie czuje nic. Nie jest jednak obojętne, w jaki sposób jest traktowany. I nie ma też na świecie społeczności ludzkiej, w której nie obowiązywałyby takie lub inne rytuały pogrzebowe. W najogólniejszym bowiem rozumieniu tego słowa posiadanie godności ludzkiej implikuje prawo do szacunku³⁶⁹.

³⁶⁶ K. Szewczyk, *Edukacja bioetyczna w Polsce – analiza problemu, opis trudności i propozycja zadań na najbliższą przyszłość*, „Diametros”, 2009, nr 22, s. 204.

³⁶⁷ T. Pasierski, *Problemy etyczne w opiece nad osobami w podeszłym wieku*, [w:] *Etyka medyczna z elementami filozofii*, red. P. Łuków, T. Pasierski, s. 197.

³⁶⁸ Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, s. 266.

³⁶⁹ Tamże, s. 42.

Jak wskazuje Jan Hartman³⁷⁰, pojęcie godności występuje nie tylko w tradycji personalistycznej, ale także znacznie szerzej, dlatego w poniższym rozdziale zostaną omówione stanowiska nawiązujące do bioetyki kulturowej i personalizmu oraz te bliższe ujęciu konsekwencjalistycznemu, co służyć ma wypracowaniu pewnego konsensusu i zaprezentowaniu dyskusji wokół tego pojęcia, a także wskazaniu zasadniczych ujęć tej problematyki. Warto tutaj przywołać jedną z wypowiedzi Jana Hartmana, w której podkreśla znaczenie i rangę pojęcia godności (pomimo jego niejasności) w rozważaniach bioetycznych:

Można powiedzieć, że godność to jakby ranga osoby, owszem – wynikająca z urodzenia, nie arystokratycznego, lecz każdego; stanowi o niej bowiem samo człowieczeństwo. Tym samym pojęcie godności łączy w sobie element elitarny z egalitarnym (będąc czymś na kształt dystynkcji powszechnej albo wyjątkowości każdego), podobnie zresztą jak religijny ze świeckim. Jest więc poniekąd pojęciem paradoksalnym czy oksymoronicznym, a w każdym razie niezbyt jasnym. Co więcej bardzo często bywa używane w sposób silnie perswazyjny. Niemniej jednak, jak jeszcze się przekonamy, pojęcie godności ma zupełnie podstawowe znaczenie we współczesnej świadomości bioetycznej i w doktrynie wspierającej etos lekarski. Fakt ten po prostu trzeba uznać³⁷¹.

Refleksje na temat godnej śmierci pojawiają się podczas analizy wielu tematów związanych z osobą umierającą i jej otoczeniem, osobami, które towarzyszą jej w ostatnich momentach życia. Warto podkreślić, że niektórzy etycy, np. Zbigniew Szawarski, Jan Hartman, Lesław Niebrój i Barbara Chyrowicz, wskazują na fakt, iż pojęcie godności jest często nadużywane, trudno także określić jego zakres tematyczny, także w kontekście problematyki śmierci.

Ponadto tematyka bólu i cierpienia oraz autonomii pacjenta w ostatnim etapie jego życia jest kwestią problematyczną, zwłaszcza w świetle kultury współczesnej, absolutyzującej wartości witalne. Cierpienie i starość, a ostatecznie także proces umierania i sama śmierć, w XXI wieku są pojmowane jako degeneracja człowieka, a nie jego rozwój we właściwej pełni, na co zwrócił uwagę Lesław Niebrój³⁷².

Kwestia wpływu kultury współczesnej na rozumienie godności człowieka umierającego jest często poruszana w rozważaniach polskich bioetyków. Szczególne jednak miejsce zajmuje w ramach bioetyki kulturowej, której przedstawicielem jest Kazimierz Szewczyk.

³⁷⁰ J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, s. 30.

³⁷¹ Tamże.

³⁷² L. Niebrój, *Autonomia a godność osoby starszej*, [w:] *Starzenie się a satysfakcja...*, s. 44.

4.2 Bioetyka kulturowa. Stanowisko Kazimierza Szewczyka

Podejście do śmierci nie jest wolne od cywilizacyjnych przemian. Przeobrażenia w relacji pomiędzy służbą zdrowia a pacjentami, a także postęp naukowy, przyczyniły się do procesu medykalizacji choroby i śmierci. W XX wieku śmierć i proces umierania zostały niejako odseparowane, znikając z pola widzenia tych, którzy wciąż cieszą się życiem. Podstawowym zadaniem zmedykalizowanego społeczeństwa stała się dbałość o zdrowie – pojęte jako dobro indywidualne oraz społeczne.

Wiek XX to okres, w którym wygasły wpływy chrześcijańskie, obligujące niektóre zgromadzenia i zakony, a także wierzących świeckich do opieki nad osobami nieuleczalnie chorymi. Stosunek do choroby i śmierci, której towarzyszą cierpienia, stał się przedmiotem trzeźwej refleksji opartej na argumentach ekonomicznych: rodziny, społeczeństwa i medycyny. Pomimo niewątpliwych osiągnięć medycyny w leczeniu i zapobieganiu chorobom i cierpieniom, możliwości przedłużania życia, które dla pacjenta jest „brzemieniem” pełnym cierpienia albo gdy pacjent już nie odnosi żadnych korzyści z leczenia (terapia daremna, uporczywa) są duże.

Medykalizacja choroby, a co za tym idzie – medykalizacja śmierci, która wyraża się w tzw. ideologii szpitalnej, za cel główny stawia sobie wyleczenie choroby, która jest ważniejsza niż troska o osobę chorującą. Zapewnienie zdrowia w epoce zmedykalizowanego społeczeństwa jest więc traktowane jako cel nadrzędny, na co zwrócił uwagę M. Bieńko:

Zapewnienie zdrowia jest funkcją ekspertów, śmierć jest najgorszą rzeczą, jaka człowieka może spotkać. Nieprzyjemne symptomy umierania przeniesiono z codziennego życia do szpitala, niegdyś miejsca schronienia nędzarzy i pielgrzymów, dziś sterylnego i profesjonalnego środowiska medycznego. Śmierć w szpitalu postrzegana jest jako znak niekompetencji, personel medyczny uczony jest przede wszystkim przedłużać życie, a nie towarzyszyć pacjentowi podczas umierania³⁷³.

Medykalizacja choroby i śmierci stała się teoretyczną podwaliną wspomnianej wyżej ideologii szpitalnej, którą według Kazimierza Szewczyka³⁷⁴ charakteryzują trzy dogmaty. Pierwszy z nich to założenie, że wyleczenie choroby jest ważniejsze niż troska o człowieka, co w praktyce skutkuje **uporczywą terapią schorzeń**. Drugi z nich oparty jest na przekonaniu, że zapewnienie zdrowia jest funkcją ekspertów, których naczelnym zadaniem jest leczenie choroby, a nie chorego. Stąd przekonanie, iż to lekarz decyduje za pacjenta, co jest dla niego dobre, a co złe. W myśl paternalistycznej wizji relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem

³⁷³ M. Bieńko, „*Trup w szafie*” *nowoczesności, czyli intymność i publiczność śmierci*, [w:] *Prawda umierania i tajemnica śmierci*, red. M. Górecki, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2010, s. 79.

³⁷⁴ K. Szewczyk, *Lęk, nicłość i respirator. Wzorce śmierci w nowożytnej cywilizacji Zachodu*, [w:] *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, PWN, Warszawa-Łódź, 1996, s. 29–30.

heroiczna walka z chorobą i śmiercią stanowi moralny obowiązek lekarza. Trzeci dogmat mówi, że śmierć jest najgorszą rzeczą, jaka może spotkać człowieka. Z jednej strony wyraża on strach człowieka przed tym nieuniknionym faktem, z drugiej natomiast wzmacnia dwa powyższe dogmaty³⁷⁵.

Szewczyk twierdzi³⁷⁶, że w dobie medykalizacji życia i śmierci moralny namysł nad godnością umierania przybrał formę politycznego dyskursu nad legitymizacją prawa do śmierci umierających i ciężko chorych ludzi, stając się narzędziem kontroli nad jednostką. Spór o prawo do śmierci przyjął postać skrajnie stronnicy, za co obywatele współczesnych, liberalnych społeczeństw – ludzie poważnie chorzy i umierający – płacą wysoką cenę, doznając egzystencjalnej samotności. Z drugiej strony podporządkowanie biologii medycynie cieszy się społecznym uznaniem, co autor uznaje za kolejny objaw postępującej medykalizacji kultury Zachodu – czyli powierzenia tej nauce realizacji marzeń o świecie wolnym od choroby, cierpienia i śmierci. Całe to zjawisko charakteryzuje wchłanianie moralności przez naukę, stąd pytanie o podstawę norm moralnych jest niezwykle ważne: „W efekcie procesu rozpuszczania się moralności w nauce, normy etyczne utożsamiane są w świadomości społecznej z odkrywanymi przez naukę, jak skłonni jesteśmy sądzić, prawami przyrody rządzącymi zjawiskami życia i śmierci”³⁷⁷.

Postępujący od lat osiemdziesiątych XX wieku proces rozwoju różnych technik medycznych, w tym technik resuscytacyjnych i zabiegów transplantacji, a także obserwowana przez ludzi heroiczna walka lekarzy o życie pacjentów, sprawił, że na nowo rozgorzała dyskusja nad prawem do śmierci, która według Szewczyka początkowo przebiegała pod hasłem „prawa do godnej śmierci”:

Co więcej, skutkiem nagminnego stosowania przez lekarzy heroicznej i uporczywej reanimacji, człowiek lat osiemdziesiątych poczuł się pozbawiony prawa do własnej śmierci, Zauważmy: nie prawa do życia, lecz prawa do śmierci, która wszakże dla naszego stulecia jest nicością. Dlatego też walka o to prawo przebiega początkowo pod hasłem prawa do godnego umierania. Umieranie stehniczowane, anonimowe, dziejące się w szpitalnych salach reanimacyjnych jest umieraniem niegodnym³⁷⁸.

Efektem medykalizacji kultury jest wzrost trwogi przed śmiercią i brak skutecznych środków, które mogłyby ją wyciszyć. Szewczyk nazywa to zjawisko „kryzysem tanatycznym”. Kryzys tanatyczny i medykalizacja śmierci są procesami, które wzajemnie

³⁷⁵ Tamże.

³⁷⁶ K. Szewczyk, *Bioetyka kulturowa jako rozległa dziedzina moralna*, [w:] *Narodziny i śmierć...*, s. 7–9.

³⁷⁷ Tamże, s. 9.

³⁷⁸ K. Szewczyk, *Lęk, nicość i respirator...*, s. 38.

się napędzają i pogłębiają samotność jednostki. Pogląd taki wyraził w poniższej wypowiedzi:

W zmedyalizowanej kulturze Zachodu przechwytywanie przez prawo i naukę moralnej refleksji nad godnością macierzyństwa i umierania jest również procesem wbudowywania trwogi skończoności w instytucje liberalnych demokracji i w mechanizmy ich działania. Wynikająca z kryzysu, nadmierna instytucjonalizacja lęku przed śmiercią przekształca go we wroga człowiekowi, zewnętrzną siłę społeczną, nieustannie kontrolującą całość naszej egzystencji, zarówno po stronie początku, jak i kresu jednostkowego życia³⁷⁹.

Epoka medykalizacji śmierci zbiega się w czasie z tryumfem jednostkowej autonomii, rozumianej jako prawo do samostanowienia i wolnego wyboru. Skutkuje to m.in. ruchami na rzecz akceptacji śmierci z wyboru, wspieranymi tzw. prawem do śmierci – czyli eutanazji i samobójstwa wspomaganego. Według Szewczyka dążenie do eutanazji jest najbardziej charakterystyczną formą redukcji lęków tanatycznych. Jest typowe dla zmedyalizowanej kultury XX wieku. W USA istnieje zjawisko nazywane przez tego bioetyka śmiercią zrationalizowaną lub etykietalną³⁸⁰. Główne wyznaczniki śmierci etykietalnej, propagowanej np. przez Towarzystwo Cykuty (Hemlock Society)³⁸¹, to staranne jej zaplanowanie, niezawodność, estetyka, przyzwoitość samobójstwa oraz świadomość czynu. Dokonanie samobójstwa przez członków Towarzystwa sprowadza się do jego racjonalnego planu – wyzbyciego emocji, wyboru odpowiedniego lekarza, który wspomógł jednostkę w dokonaniu samobójstwa w sposób elegancki i bezbolesny. Temu wydarzeniu towarzyszą zazwyczaj pozostali internetowi obserwatorzy – członkowie stowarzyszenia, rodzina i przedstawiciele medycyny. Jak podkreśla autor, sympatycy i członkowie Towarzystwa Cykuty, planując i rytualizując samobójstwo, usiłują nadać śmierci znaczenie, aby w ten sposób złagodzić lęki tanatyczne³⁸². Sens śmierci wyczerpuje się w jej wytwarzaniu. Całość tego zdarzenia osoby stowarzyszone oceniają jako formę panowania nad sobą i nad innym człowiekiem, również jako wyraz racjonalnego planu i autonomii jednostki³⁸³. Ten przykład podejścia do śmierci ilustruje według Szewczyka obecne od lat osiemdziesiątych XX wieku przesycenie zasadą autonomii. Wspomniany przypadek Towarzystwa Cykuty prowadzonego przez Dereka Humphry'ego Kazimierz Szewczyk wykorzystał jako przykład skrajnych ruchów na rzecz

³⁷⁹ M. Gałuszka, K. Szewczyk, *Wprowadzenie*, [w:] *Narodziny i śmierć...*, s.12.

³⁸⁰ K. Szewczyk, *Lęk, nicość i respirator...*, s. 45.

³⁸¹ Towarzystwo Cykuty (Hemlock Society) zostało założone przez Dereka Humphry'ego w 1980 roku w Kalifornii. Propaguje ono tzw. śmierć etykietalną. Por. D. Humphry, *Assisted Dying*, <http://assisted-dying.org/blog/>, dostęp: 15.10.2011.

³⁸² K. Szewczyk, *Dobro, zło i medycyna...*, s. 308.

³⁸³ Tamże.

akceptacji autonomii, będących jednocześnie wyrazem ideologii zmedykalizowanego społeczeństwa. W Polsce nie odnotowano podobnych ruchów.

W myśl bioetyki kulturowej Szewczyk³⁸⁴ proponuje przekształcenie relacji pomiędzy lekarzem (czy też innymi przedstawicielami służby zdrowia) a pacjentem w relację troski, pojmowaną jako wsłuchanie się w mowę pacjenta i pełne cierpliwości bycie z nim w chwili choroby i śmierci. W tej relacji pacjentowi przyznaje się zdolność do otwierania przestrzeni pomiędzy nim a lekarzem, wolnej od sporów prawnych, a zgodnej z tradycją i kulturą, w której osadzony jest pacjent. Przekształcenie tej relacji powinno być wsparte zmianą w hierarchii priorytetów sztuki lekarskiej, co ujął pisząc: „(...) Najpierwszym zadaniem medycyny ufundowanej na tej etyce powinno być zapobieganie wzrostowi bólu i cierpienia człowieka ponad konieczną miarę, wynikającą z akceptacji ludzkiej kondycji. Kondycję tę wyznaczają nasza śmiertelność i zdolność do rozwoju – skazujące nas na nieuchronność cierpienia”³⁸⁵.

Fundamentalne dla etyki troski rozważanej przez wyżej wspomnianego reprezentanta bioetyki kulturowej jest zrozumienie zmian w podejściu do śmierci obecnych w cywilizacji Zachodu na przestrzeni lat. Dlatego też autor dokonuje rozróżnienia wzorców umierania na **śmierć oswojoną i zdziczałą**, podobnie jak czynił to Ph. Ariès³⁸⁶.

Do śmierci zdziczałej Szewczyk zalicza śmierć na opak, śmierć etykietalną (zracjonalizowaną) i śmierć na uzgodnienie (eutanazja). Śmierć zdziczała, charakteryzującą współczesne społeczeństwo zachodnie, jest wynikiem medykalizacji śmierci. W modelu tym śmierć zostaje utożsamiona z chorobą, a w świadomości społecznej przestaje istnieć jako element natury ludzkiej; charakteryzuje się tym, że ludzie umierają samotnie z szpitalach, z dala od rodziny. Charakterystyczne dla śmierci zdziczałej jest także zanikanie wiary w ekspertów – lekarzy medycyny, co przejawia się m.in. walką z paternalizmem w imię autonomii pacjenta. Jej przeciwieństwem jest model śmierci spokojnej i oswojonej. Jeśli chodzi o sytuację w Polsce – Szewczyk³⁸⁷ twierdzi, że dominującym modelem jest śmierć zdziczała,

³⁸⁴ M. Gałuszka, K. Szewczyk, *Wprowadzenie*, [w:] *Narodziny i śmierć...*, s. 13.

³⁸⁵ Tamże.

³⁸⁶ Ph. Ariès, *Człowiek i śmierć*, przeł. E. Bąkowska, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1989, s. 41.

³⁸⁷ Kluczowe dla rozważenia sytuacji w Polsce jest rozróżnienie i zdefiniowanie pojęć, jakimi posługuje się Kazimierz Szewczyk, dookreślając style śmierci. W opinii tego autora w cywilizacji Zachodu dominuje obecnie wzorzec śmierci zdziczałej. Śmierć zdziczała obejmuje śmierć na opak, śmierć etykietalną oraz śmierć na uzgodnienie. Śmierć na opak charakteryzuje się wysokim poziomem lęku tanatycznego oraz wyparciem śmierci ze świadomości jednostki i społeczeństwa, towarzyszy jej zmowa milczenia. Śmierci etykietalnej i na uzgodnienie nie towarzyszy już zmowa milczenia: mówi się o niej, dyskutując o eutanazji czy samobójstwie wspomaganym. Wszystkie te style śmierci są próbą przezwyciężenia lęku przed śmiercią. Rosnący strach przed śmiercią pozwala według Szewczyka uznać wzorzec śmierci na opak, śmierci etykietalnej oraz śmierci na uzgodnienie za modyfikacje śmierci zdziczałej. Por. M. Gałuszka, K. Szewczyk, *Od śmierci zdziczałej do sztuki dobrego umierania*, [w:] *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, PWN, Warszawa–Łódź 1996, s. 207.

choć nie można jej utożsamiać ze stylem śmierci na opak, którą charakteryzuje zmowa milczenia, z uwagi na fakt, że w Polsce żałoba jest zrytualizowanym faktem społecznym w porównaniu do innych krajów zachodnich, na co zwraca uwagę inna badaczka, M. Ogryzko-Wiewiórkowska:

W naszym kraju zdecydowanie przeważa śmierć na opak. Jednakże wzorzec ów ma specyficznie polskie cechy, różniące go od klasycznego stylu zachodniego opisanego przez Ph. Arièsa. Nie ma u nas mianowicie tak silnej zmowy milczenia, wokół śmierci najbliższych, szczególnie dotyczy to okresu żałoby. Społeczeństwa Zachodu nie chcą uczestniczyć w przeżyciach ludzi, którzy utracili kogoś bliskiego. Natomiast nasze społeczeństwo nie osiągnęło jeszcze tego stopnia atomizacji i obojętności na żałobę innych³⁸⁸.

Fundamentalne dla wzorca śmierci oswojonej, która jest przeciwieństwem śmierci zdziczałej, są „odpowiedzialność i metafora Drugiego” – jako podpory tanatycznej. Warunkami zrealizowania wzorca śmierci oswojonej jest uznanie śmierci za ostatni etap życia oraz wydarzenie nadające sens doczesnej egzystencji. Jak wskazuje autor, umożliwi to człowiekowi zaakceptowanie własnej przemijalności. Kolejny warunek to wewnętrzna akceptacja śmierci wraz z poprzedzającymi ją chorobami powodującymi cierpienie, przeciwna wobec postawy panowania nad śmiercią i chorobą. Trzeci warunek to odrzucenie postawy, wedle której sami jesteśmy odpowiedzialni za życie, charakterystycznej dla monizmu technologicznego³⁸⁹. Tę postawę powinien charakteryzować dialog pomiędzy umierającymi, rodziną i służbą medyczną, jak również odpowiedzialność i troska, którym jednocześnie towarzyszy sprawiedliwość, zrozumienie samej śmierci i sensu choroby. Sprowadza się to do trudnego do stosowania zalecenia, aby unikać uporczywej terapii, lecz w zamian za to odpowiednio troszczyć się o chorych, łagodzić ból, jednocześnie nie przyczyniając się do śmierci³⁹⁰. Służyć temu ma m.in. rozbudowana sieć hospicjów, choć ideałem pozostaje śmierć w rodzinnym domu:

Rola medyków i medycyny ogranicza się – w myśl zasady etyki troski – do zapewnienia pacjentowi umierania możliwie bez cierpień fizycznych i psychicznych, najlepiej w otoczeniu osób bliskich i przyjaznych. Ideałem dobrej śmierci jest wyprowadzenie umierania ze szpitala, już nie tylko do hospicjów, ale – i przede wszystkim – do rodzinnych domów umierających³⁹¹.

³⁸⁸ M. Ogryzko-Wiewiórkowska, *Rodzina w obliczu śmierci. Studium socjologiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1992, s. 201.

³⁸⁹ K. Szewczyk, *Dobro, zło i medycyna...*, s. 310–311.

³⁹⁰ Tamże, s. 315–317.

³⁹¹ K. Szewczyk, *Lęk, nicość i respirator...*, s. 39–40.

W założeniach Szewczyka kulturowy wzorzec umierania zależy od przyjętego wzorca śmierci³⁹². Współcześnie jedyną alternatywą dla śmierci zdziczałej jest według reprezentantów bioetyki kulturowej tzw. dobra śmierć, pojmowana jako umieranie w spokoju, godnych warunkach bytowo-fizycznych, w towarzystwie osób najbliższych: „Owa śmierć sama to nieprzekraczalny próg egzystencji ludzkiej zwrócony ku «Ja» i ku «Ty»”³⁹³.

Jako podstawowe normy moralne regulujące dobrą śmierć, a co za tym idzie – powinności lekarza opieki terminalnej, Kazimierz Szewczyk i Mieczysław Gałuszka³⁹⁴ określają po pierwsze: bezwarunkowy i absolutny nakaz troski o umierającego, przejawiający się w ciągłym towarzyszeniu choremu, po drugie: zakaz eutanazji dobrowolnej i niedobrowolnej oraz współudziału lekarza (a także pozostałego personelu hospicyjnego) w samobójstwie wspomagany pacjenta.

Szewczyk i Gałuszka³⁹⁵ godną śmierć rozważają w odniesieniu do istoty medycyny i przeobrażeń, jakie nastąpiły w jej obrębie, szczególnie na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat. Zestawienie medycyny walki i alternatywnej wobec niej medycyny moralnych priorytetów zdaje się kluczowe w tym podejściu. Medycynę walki charakteryzuje tzw. terapia heroiczna, która służy wyparciu ze świadomości ludzkiej faktu umieralności, czego konsekwencją jest agresywna walka z chorobą i zjawisko śmierci zdziczałej. Jak twierdzą autorzy, obserwowaną w społeczeństwie reakcją na medycynę walki jest z jednej strony ruch hospicyjny, z drugiej – postawy proeutanatyczne. Alternatywą, którą proponują autorzy jest medycyna bezwzględnej troski o pacjenta, promująca zdrowie, a jednocześnie negująca agresywną terapię i eutanazję. W myśl tego modelu uwalnianie od cierpienia i zapewnienie pacjentowi spokojnej, godnej śmierci jest celem nadrzędnym. Etyka troski ograniczanej sprawiedliwością kładzie nacisk na relacyjność i uszanowanie godności w podejściu do pacjenta, ale też godne przyjęcie cierpienia, które towarzyszy chorobie i śmierci przez samego pacjenta. W drugim wypadku możemy więc mówić o poczuciu godności osobistej.

Etyka troski ograniczanej sprawiedliwością w rozumieniu Kazimierza Szewczyka³⁹⁶, za priorytetowe zadania medycyny uznaje zapobieganie chorobom i urazom, promocję i utrzymanie zdrowia, łagodzenie bólu i cierpienia, leczenie i troskę o ludzi chorych, unikanie przedwczesnej śmierci, przy jednoczesnym umożliwianiu spokojnej śmierci. Rola przedstawicieli medycyny ogranicza się w myśl zasady etyki troski do zapewnienia pacjentowi

³⁹² M. Gałuszka, K. Szewczyk, *Od śmierci zdziczałej...*, s. 212.

³⁹³ Tamże.

³⁹⁴ Tamże, s. 213–214.

³⁹⁵ Tamże.

³⁹⁶ K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, s. 47, 288.

umierania możliwie bez cierpień fizycznych i psychicznych, najlepiej w otoczeniu osób bliskich.

Z punktu widzenia bioetyki kulturowej na społeczny odbiór śmierci i umierania istotny wpływ wywierają nauka i technologia biomedyczna, co przejawia się w różnych typach zachowań wobec człowieka umierającego i kształtuje decyzje przedstawicieli świata medycyny³⁹⁷. Bioetyka kulturowa bierze pod rozważę kulturowy i społeczny wymiar biomedycyny, genezę i dynamikę stylów śmierci jako wyrazów procesów kulturowych, zapoczątkowanych bądź ujawnianych przez zmieniającą się technikę medyczną. W rozważaniach przedstawicieli bioetyki kulturowej nie bez znaczenia pozostaje pojęcie godności.

4.3 Umieranie z godnością a prawo do szacunku. Stanowisko Zbigniewa Szawarskiego

Prawo do godnej śmierci zostało sformułowane m.in. w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z art. 30 Konstytucji RP godność jest wartością przyrodzoną i niezbywalną i nienaruszalną, przysługującą każdemu człowiekowi, także w momencie śmierci. W myśl tego dokumentu godność jest źródłem wolności i praw człowieka, a jej ochrona to obowiązek władz publicznych³⁹⁸.

Zgodnie z art. 20.1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, zwłaszcza podczas udzielania mu świadczeń zdrowotnych³⁹⁹. W ustępie drugim natomiast podkreślone zostaje znaczenie godności ludzkiej w chwili śmierci: „Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień”⁴⁰⁰.

W powyższych dokumentach godność jest traktowana jak aksjomat, zgodnie z którym osoba ludzka ma prawo do samodzielnych, autonomicznych decyzji gwarantowanych w Konstytucji, należy jej się szacunek w procesie leczenia i w chwili śmierci. Respektowanie godności, zwłaszcza w relacji pacjenta objętego opieką paliatywną i służby medycznej, jest trudne do wyegzekwowania, co nie oznacza, że jest niemożliwe. Jak pisze Marta Szabat⁴⁰¹,

³⁹⁷ M. Gałuszka, K. Szewczyk, *Bioetyka kulturowa wobec zagadnienia śmierci*, [w:] *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, PWN, Warszawa–Łódź 1996, s. 13.

³⁹⁸ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., (Dz.U. 2009, nr 114, poz. 946), art. 30.

³⁹⁹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, (Dz.U. 2009, nr 52, poz. 417), art. 20.1.

⁴⁰⁰ Tamże.

⁴⁰¹ M. Szabat, *Problematyka umierania i śmierci w świetle zasady autonomii*, [w:] *Problematyka umierania i śmierci w perspektywie medyczno-kulturowej*, red. J. Hartman, M. Szabat, Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 51.

uszanowanie godności umierających osób, m.in. poprzez uznanie ich autonomii, nie powinno więc odbiegać od standardów podtrzymywanych wobec wszystkich pozostałych pacjentów, choć z uwagi na charakter opieki paliatywnej przybiera ono inną formę:

Pacjent może utracić autonomię w wyniku choroby i już jej nie odzyskać. Istotne jest, aby wówczas, gdy był do niej zdolny, wykorzystał jak najlepiej możliwość decydowania o sobie, to znaczy skorzystał z prawa do godnego i spokojnego umierania. Na tym polega przywilej samostanowienia, wynikający z konstytucyjnej gwarancji poszanowania ludzkiej godności – z faktu bycia człowiekiem zdolnym do autonomii wynika prawo do samostanowienia oraz do podejmowania decyzji i dokonywania wyborów⁴⁰².

W leczeniu paliatywnym stosunek pacjenta do jego choroby ulega przededefiniowaniu – pomoc w godnym i spokojnym umieraniu zastępuje wartość wyzdrowienia, podobnie prawo do autonomii może być rozumiane inaczej niż w procesie standardowego leczenia. Ważniejsze w takich momentach stają się: prawo do poszanowania intymności pacjenta, jego godności osobistej i wcześniejszych decyzji zapisanych w testamencie lub konsultowanych z rodziną, opieka psychologiczna, opieka duszpasterska dla osób wierzących, rozmowa o umieraniu, śmierci czy też sensie życia losu ludzkiego⁴⁰³.

Według Szabat wsparcie opieki paliatywnej dla człowieka umierającego, niepokodzonego ze swoim losem, pomaga mu w akceptacji choroby, co wpływa na poczucie jego godności w najcięższych chwilach, bowiem:

Jednym z zadań opieki paliatywnej jest pomoc człowiekowi niepokodzonymu z chorobą w zintegrowaniu się z nią w sensie akceptacji własnej godności, w jego osobistej sytuacji choroby. Temu służy idea towarzyszenia pacjentowi w chorobie, stanowiąca istotną składową opieki paliatywno-hospicyjnej⁴⁰⁴.

W polskiej literaturze bioetycznej pojawia się określenie „prawo do godnej śmierci”, które przywołuje szczególnie Zbigniew Szawarski⁴⁰⁵, nawiązując tym samym do potrzeby uszanowania godności osobistej pacjenta, a także znaczenia jego relacji z innymi ludźmi – zobligowanymi do opieki nad umierającym. Z racji bycia człowiekiem godność przysługuje każdemu, bez względu na jego biologiczny czy psychiczny poziom rozwoju i stan zdrowotny. W opinii autora najwięcej nieścisłości pojawia się, gdy mowa o godności osobistej, ponieważ

⁴⁰² Tamże.

⁴⁰³ Tamże, s. 57.

⁴⁰⁴ M. Szabat, *Towarzyszenie umierającemu. Teoria i praktyka*, [w:] *Etyczne aspekty decyzji medycznych*, red. J. Hartman, M. Waligóra, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 50–61.

⁴⁰⁵ Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, s. 44.

implikuje to szacunek dla autonomii i powstrzymywanie się od jakichkolwiek działań, które przeczą odczuciu szacunku względem samego siebie:

Bardzo często używa się w tym kontekście wyrażenia prawo do godnej śmierci, gdzie przymiotnik godna odwołuje się przede wszystkim do prawa pacjenta do decydowania o własnym życiu. Tak rozumianą godność można utracić wskutek wielu różnego rodzaju przyczyn (...). Bardzo często to właśnie inni ludzie traktują nas w sposób upokarzający⁴⁰⁶.

Prawo do szacunku w kontekście procesu leczenia wiąże się z respektowaniem autonomii moralnej pacjenta, a co za tym idzie – np. uzyskaniem świadomej zgody na wykonywane na nim zabiegi i badania. Szacunek i respektowanie autonomii moralnej pacjenta należy także odnosić do umierania i śmierci, twierdzi Szawarski, jednocześnie wiąże je z odpowiedzialnością:

Zostaliśmy wychowani w tradycji poszanowania dla ludzkiego życia. Czujemy się moralnie zobowiązani do odpowiedzialności za własne życie. Pojęcie odpowiedzialności za własną śmierć brzmi osobliwie i niepokojąco. Lecz jeśli śmierć jest najważniejszym, końcowym aktem życia, czyż zasada odpowiedzialności za własne życie nie oznacza także odpowiedzialności za własną śmierć? Nie chciałbym żyć za wszelką cenę, ale też nie chciałbym umierać wszystko jedno jak⁴⁰⁷.

W ustawodawstwie polskim pacjentowi przysługuje prawo do umierania w spokoju i godności. W sensie negatywnym uprawnienie to polega na możliwym sprzeciwie wobec wdrożenia lub kontynuowania podjętej terapii. W sensie pozytywnym z kolei – na prawie do: opieki paliatywnej (skutecznie łagodzącej ból i inne objawy somatyczne, w tym cierpienie psychiczne); niwelowania niedogodności socjalnych; wsparcia rodziny osoby chorującej, w trakcie choroby oraz po śmierci pacjenta. Dookreślając zagadnienie prawa do godnej śmierci zwraca się także uwagę na etyczny i psychologiczny wymiar komunikacji z pacjentem, w tym umiejętne przekazywanie informacji na temat stanu zdrowia oraz udziału osób trzecich, szczególnie rodziny, w ostatnich chwilach życia pacjenta, na co zwraca uwagę Piotr Zaborowski⁴⁰⁸.

W rozważaniach Zbigniewa Szawarskiego pojawia się także sformułowanie „zachować poczucie własnej godności” w okresie umierania – mowa tutaj o zachowaniu godności osobistej, która pozwala znosić cielesną i psychiczną degradację, a także sprzyja pogodzeniu się z przemijaniem i śmiercią:

⁴⁰⁶ Tamże.

⁴⁰⁷ Tamże, s. 271.

⁴⁰⁸ P. Zaborowski, *Etyczny wymiar komunikacji z pacjentem*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, s. 135–149.

Z reguły też choroba, niepełnosprawność czy też zwykłe procesy starzenia się mogą mieć destruktywny wpływ na nasze poczucie godności własnej. Nie możemy zaakceptować swojego zmienionego chorobą wyglądu, nie możemy pogodzić się z kalectwem czy też postępującą zależnością od innych. Przeraża nas postępująca kruchość, nadwrażliwość, znużenie życiem, podatność na stres i cierpienie⁴⁰⁹.

Poczucie godności Szawarski definiuje także przez pryzmat zachowania szacunku dla samego siebie, także w obliczu śmierci i chwil, kiedy człowiek jako pacjent jest zdany opiece personelu medycznego. Godność rozumie jako ludzką właściwość i fundament moralny, który pozwala na mierzenie się z losem w chwilach największego cierpienia:

Ale godność to także pewna indywidualna właściwość człowieka, gdy zachowuje się on tak, aby móc zachować szacunek dla samego siebie. (...) z drugiej jednak strony to właśnie poczucie godności własnej stanowi ów fundament moralny, który sprawia, że pacjent z godnością znosi postępującą degradację fizyczną i psychiczną. Jeśli bowiem jest człowiekiem mądrym, wie, że jesteśmy istotami śmiertelnymi i czeka nas kres istnienia. Rozumie więc w pełni, czego właściwie można oczekiwać od lekarza⁴¹⁰.

Umieranie z godnością to także prawo do wyboru sposobu umierania, które każdy człowiek może dookreślić, np. w liście do rodziny, wyrażając opinię dotyczącą tego, czego chciałby uniknąć w momencie śmierci. Szawarski, w wywiadzie udzielonym A. Kubikowi powiedział:

Umieranie z godnością to umieranie na moich warunkach (...). Nie chciałbym umierać w stanie trwającej latami kompletnej demencji, nie chciałbym, by mnie wtedy uporczywie leczono, bo byłaby to śmierć bez godności. Śmierć, na którą nie mogę mieć żadnego wpływu. Byłbym wtedy jedynie środkiem dla czystego sumienia lekarza. Tak więc wcześniej powinienem wyłączyć z mojego umierania te sposoby śmierci, na które się nie godzę (...). Chciałbym, żeby moje życie było do końca życiem człowieka, a nie zwierzęcia skowyczącego z bólu. Nie chciałbym też, doskonale zabalsamowany, trwać w zawieszeniu pomiędzy życiem i śmiercią⁴¹¹.

Kluczowe dla rozważań Szawarskiego wydaje się sformułowanie „prawo do godnej śmierci” powiązane z „prawem pacjenta do decydowania o własnym życiu”, a wyrażane m.in. poprzez stosowne dokumenty takie jak testament, w którym zawrzeć można instrukcje na wypadek utraty zdolności do samodzielnego decydowania o własnym życiu, aby nie pozostać skazanym na agonię trwającą wiele lat. Ten rodzaj dyrektywy na przyszłość jest szczególnie

⁴⁰⁹ A. Kubik, *Chcę umrzeć z godnością. Rozmowa ze Zbigniewem Szawarskim...*

⁴¹⁰ Tamże.

⁴¹¹ Tamże.

ważny w przypadku pacjentów, którzy utracili kompetencje do wyrażenia swojej woli w wyniku postępującej choroby (np. chorób neuropoznawczych).

W kontekście umierania i śmierci wartość autonomii dotyczy przede wszystkim osobistych decyzji co do ostatnich chwil życia, dotyczących procesu leczenia i miejsca umierania, a także możliwości wcześniejszego uporządkowania własnych spraw osobistych. Autonomia jest więc wartością wiążącą w relacji z osobą umierającą, wyrażaną w szacunku dla jej osobistych wyborów.

Podsumowując, autor pisze: „bez względu na to, jak rozumiemy godność ludzką, w każdym wypadku pociąga ona za sobą prawo do szacunku”⁴¹². Relacja pomiędzy osobą umierającą i osobami jej towarzyszącymi, szczególnie służbą medyczną, powinna być oparta na obustronnym szacunku, niezależnie od tego, czy mowa o poczuciu godności osobistej, społecznej, czy uznaniu godności ontycznej człowieka: „Każdy bez względu na to, gdzie i jak się urodził, ma prawo do szacunku w imię przyrodzonej człowiekowi godności”⁴¹³.

Umieranie z godnością Szawarski określa w kontekście rezygnacji z uporczywej terapii, a prawo do śmierci jest według niego prawem negatywnym:

Gdybym miał to wyrazić ostrożnie, powiedziałbym, że oprócz tego, że mam prawo do życia, mam również prawo do wolności i decydowania o tym, czy chcę, czy nie chcę żyć. I jeśli chcę umrzeć, to nikt nie powinien mi w tym przeszkadzać. Nie wynika jednak z tego, że lekarz ma moralny obowiązek przyspieszyć moją śmierć. Wystarczy, jeśli przemocą, wbrew mojej woli, nie będzie mnie podtrzymywał przy życiu⁴¹⁴.

W świetle współczesnych regulacji prawnych dotyczących praktyki medycznej pacjent ma prawo do decydowania o tym, czy chce być poddany zabiegom medycznym. Poza wyjątkowymi przypadkami lekarz powinien uszanować wybór pacjenta i nie wykonywać zabiegów, na które podopieczny nie wyraził zgody. Decyzja pacjenta powinna być wiążąca. W opinii Weroniki Chańskiej kwestia uszanowania tej decyzji jest równoznaczna z uszanowaniem godności osobistej pacjenta: „Praktyka ta wypływa z szacunku dla autonomii oraz wynikającego z niej uprawnienia pacjentów do sprawowania kontroli nad własnym ciałem”⁴¹⁵.

⁴¹² Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, s. 44.

⁴¹³ A. Kubik, *Chcę umrzeć z godnością. Rozmowa ze Zbigniewem Szawarskim...*

⁴¹⁴ Tamże.

⁴¹⁵ W. Chańska, *Rezygnacja z leczenia podtrzymującego życie*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, s. 251.

Problem szacunku dla autonomii pacjenta, który ma prawo wyrazić swoją wolę dotyczącą przyszłości, będąc jeszcze świadomym, w oświadczeniu pro futuro⁴¹⁶, na gruncie polskiej nauki podnosił także Mirosław Nesterowicz. W opinii tego autora uszanowanie uprzednio wyrażonej zgody pacjenta jest bezpośrednio związane z prawem do godnej śmierci, która powinna być zagwarantowana ustawowo⁴¹⁷.

Zwolennicy oświadczeń pro futuro (w tym testamentu życia) źródła prawa do autonomii pacjenta, możliwej do wyrażenia właśnie w tej formie, upatrują m.in. w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, ta zaś odnosi się do pojęcia godności przyrodzonej, przynależnej każdemu człowiekowi z racji bycia osobą ludzką.

4.4 Zasada jakości życia i prawo do śmierci a godność człowieka. Stanowiska: Jana Hartmana, Heleny Eilstein, Jacka Holówki, Zbigniewa Szawarskiego, Weroniki Chańskiej

Pojęcie jakości życia początkowo służyło do analiz sytuacji społeczno-ekonomicznej (np. ilości dóbr materialnych przypadających na jednego mieszkańca) i określenia poziomu rozwoju cywilizacji. Stosowane było w naukach takich jak socjologia, ekonomia, psychologia, historia i geografia. W latach 60. XX wieku poszerzono zakres tego pojęcia, obejmując nim wykształcenie, zakres wolności osobistej, satysfakcję z różnych sfer życia, zarówno pozytywne jak i negatywne wskaźniki życia społecznego (np. przestępczość, alkoholizm). W obszarze medycyny pojęcie jakości życia stosowane jest w odniesieniu do życia pacjenta. Może służyć m.in. do podjęcia decyzji, do kiedy ludzkie życie powinno być podtrzymywane, czyli w jakim stopniu dopuszczalne są akty eutanatyczne:

Przeniesione z nauk społecznych do medycyny pojęcie jakości życia było wyrazem nowego podejścia do człowieka chorego – obok przedłużania życia istotnym stało się, by to życie było zbliżone do obowiązujących standardów, by jak najbardziej przypominało życie aktywnych, zdrowych ludzi. W ocenie jakości życia stosuje się wskaźniki obiektywne (stan zdrowia człowieka i jego status społeczno-ekonomiczny) oraz subiektywne (satysfakcja z życia i sposób postrzegania siebie). W medycynie nie wypracowano jednej definicji jakości życia, jest ich wiele, zwykle mają charakter operacyjny, każda dziedzina medycyny (onkologia, interna, reumatologia, gerontologia, psychiatria) może definiować to pojęcie na swój użytek. (...) Pomimo tego, że pojęcie jakości życia

⁴¹⁶ Oprócz testamentu rozróżnia się jeszcze pełnomocnictwo. Pełnomocnik to osoba, która związana jest z wolą mocodawcy i podejmuje decyzje dotyczące chorego, zgodnie z jego uprzednio wyrażonymi decyzjami. Por. M. Śliwka, *On living testaments – a summary of the debate*, "Diametros", 2009, 22, <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/index.php/diametros/article/view/375>, dostęp: 16.12.2016.

⁴¹⁷ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, TNOiK, Toruń 2000, s. 202.

jest wieloznaczne (zwiera treści opisowe, oceniające i preskryptywne), współczesna medycyna i polityka społeczna nie mogą się bez niego obejść⁴¹⁸.

Rozważając istotę sporu o moralną dopuszczalność eutanazji, Jan Hartman wskazuje na pewną zasadniczą różnicę w rozumieniu godności człowieka. Z punktu widzenia etyki katolickiej lekarz dokonujący eutanazji tylko pozornie kieruje się dobrem osoby chorej, a odbierając życie pacjentowi, odziera z godności jego i siebie samego. Z punktu widzenia zwolenników eutanazji, którzy nawiązują do zasady jakości życia, możliwość samodzielnego decydowania o momencie własnej śmierci w sposób szczególny wyraża wolność i racjonalność, a więc godność pacjenta. Autor tak opisuje te dwa podejścia do problemu:

Zabójstwo chorego, nawet na jego najbardziej usilną prośbę, jest nie tylko zamachem na życie ludzkie, lecz również, wbrew pozorom, zamachem na godność chorego. Sama choroba nie pozbawia bowiem człowieka godności, za to akt eutanatyczny, w którym dobrowolnie uczestniczą pacjent i lekarz, odziera z godności ich obu. By uciec przed bolesnym życiem, pacjent wyrzeka się go w ogóle. Ucieka więc niejako od siebie samego. I to go właśnie poniża. Można powiedzieć, że na ołtarzu swej zabsolutyzowanej wolności składa swą godność, czyni z samego siebie ofiarę swej własnej wolności (...). Tymczasem, w przeciwieństwie do tego, w niektórych krajach, na przykład właśnie w Holandii, wielu ludzi uważa za wielkie dobro moralne i coś wysoce ludzkiego, humanitarne możliwość samodzielnego zdecydowania o momencie własnej śmierci. Miałyby się w tym w szczególny sposób wyrażać wolność i racjonalność, a więc godność ludzkiej istoty⁴¹⁹.

Zwolennicy zasady autonomii, za kluczową przy moralnej ocenie eutanazji uznają suwerenną opinię cierpiącego pacjenta⁴²⁰. Przedstawiciele omawianego stanowiska wskazują na fakt, że ludzie różnią się w swoich poglądach na temat życia i jego wartości, dlatego sami powinni mieć decydujący głos w sprawach dotyczących ich leczenia i oceny wartości swego życia, decyzji co do jego kontynuowania, zwłaszcza w obliczu ciężkiej choroby⁴²¹. Zadowolenie z życia, poczucie szczęścia lub nieszczęścia, poczucie godności osobistej, warunki, w których człowiek żyje, w których umiera – to wszystko wpływa na jakość ludzkiego życia. Pojmowanie jakości ludzkiego życia autorka wyjaśniła w następującej wypowiedzi:

Dokonując oceny jakości życia ludzkiego, bierzemy pod uwagę: obiektywne rezultaty autonomicznych działań człowieka oraz towarzyszące im subiektywne odczucia, a także to

⁴¹⁸ D. Ślęczek-Czakon, *Problem wartości i jakości życia...*, s. 230–231.

⁴¹⁹ J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, s. 123.

⁴²⁰ Definicję autonomii, o której tutaj piszę, przyjmuję za Weroniką Chańską – jest to pojęcie autonomii, jakie przyjmuje się na gruncie etyki medycznej, inaczej: swoboda decydowania o sobie samym. Jeżeli podmiot traci kompetencję do świadomego wyrażania swej woli, możliwości wyrażenia autonomicznej decyzji upatruje w tzw. dyrektywach na przyszłość. Por. W. Chańska, *Nieszczyśny dar życia. Filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2009, s. 90–91, 102–103, 109.

⁴²¹ W. Chańska, *Eutanazja – głos Filozofa*, „Czasopismo Aptekarskie”, 2008, nr 5, s. 49.

wszystko, co wiąże się z biologicznym funkcjonowaniem organizmu (nawet wówczas, gdy procesy te nie są przez człowieka uświadamiane). O jakości życia człowieka nie decyduje jedynie organizm, ale przede wszystkim ludzka zdolność do autonomicznych działań. Autonomia lub jej potencjalna możliwość jest niezbędnym warunkiem, aby czyjeś życie zasługiwało w pełni na miano życia ludzkiego⁴²².

Niektórzy ludzie pragną żyć tak długo, jak to tylko możliwe, gdyż sądzą, że sam fakt pozostawania przy życiu jest ogromnie wartościowy. Inni z kolei uważają, że życie w pewnych okolicznościach – np. bycia całkowicie zależnym od innych lub wymagania podłączenia do specjalistycznej aparatury podtrzymującej podstawowe funkcje życiowe – jest pozbawione godności i jest swego rodzaju złem⁴²³. W tym tonie – odnośnie do dyskusji na temat godności umierania i eutanazji, jaka pojawiła się w 2001 roku na łamach miesięcznika „Znak” w numerze pod tytułem *Eutanazja. Spór o godność umierania* – jednoznacznie wypowiedziała się m.in. Helena Eilstein. Odniosła się do badań CBOS przeprowadzonych w 2001 roku, których wyniki donosiły, że połowa Polaków popiera wprowadzenie przepisów umożliwiających lekarzom przyspieszenie śmierci nieuleczalnie chorego człowieka na jego prośbę. Helena Eilstein nawiązała także do pojęcia godności. Jej podejście jest bliskie stanowisku etyki jakości życia:

Przedstawię moje stanowisko na szerszym tle moralnej problematyki samobójstwa. Nie uważam się za własność jakiegś czy to ziemskiej, czy nadprzyrodzonej potęgi, nie uważam, że moje życie jest własnością jakiegś nadprzyrodzonej potęgi, która by miała moralne prawo mi dyktować, czy mam w danej chwili, w danych okolicznościach życie kontynuować, czy też położyć mu kres. W moim odczuciu godność nakazuje mi obstawać przy tym, że musi to być wyłącznie sprawa mojej suwerennej decyzji⁴²⁴.

Spór o godność umierania w dużej mierze dotyczy zagadnienia cierpienia, które niewątpliwie wpływa na jakość życia. W opinii Jana Hartmana⁴²⁵ niemożliwe jest postawienie się w sytuacji człowieka cierpiącego, który pragnie śmierci, w podobnym tonie wypowiedziała się także Helena Eilstein: „Nikt nie zna miary tego, co może znieść kto inny”⁴²⁶. Dlatego też wszelkie zarzuty kierowane pod adresem osób nieakceptujących własnego cierpienia oraz twierdzenie, że żądanie śmierci lub pomocy w samobójstwie jest niemoralne, są w opinii Hartmana wyrazem arogancji:

⁴²² W. Chańska, *Nieszczęsny dar życia...*, s. 108.

⁴²³ W. Chańska, *Eutanazja – głos Filozofa...*, s. 49.

⁴²⁴ H. Eilstein, *Uwagi o samobójstwie i eutanazji*, „Znak”, 2001, nr (7)554, s. 49.

⁴²⁵ J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, s. 121.

⁴²⁶ H. Eilstein, *Uwagi o samobójstwie i eutanazji*, s. 53.

Byłoby to aroganckie w stosunku do człowieka, który z pełną świadomością i konsekwentnie twierdzi, że nie chce już dłużej żyć, gdyż nie może się pogodzić z fatalną jakością własnego życia: z bólem, słabością, zależnością od innych, z beznadziejnością swej sytuacji, osoby czekającej tylko na śmierć, i to bez względu na to, jaką jest otoczony troską⁴²⁷.

Także w opinii Weroniki Chańskiej⁴²⁸ pragnienie śmierci, wyrażane w decyzji pacjenta o tym, by nie przedłużać swego życia, zasługuje na szacunek:

Nie podzielam przekonania katolickich teologów, że podtrzymywanie życia jest zawsze obowiązkiem człowieka. Nie zgadzam się również z tezą, że nikt nie może pragnąć własnej śmierci. Liczne przykłady ciężko chorych pacjentów dowodzą, że wielu ludzi pragnie umrzeć. Pragnienie to powodowane jest zazwyczaj nieznośnym bólem i cierpieniem, całkowitą zależnością od pomocy i opieki ze strony innych osób, niemożnością życia w sposób, który uznaje się za godny i wartościowy. W tych okolicznościach pragnienie śmierci jest – moim zdaniem – w pełni zrozumiałe, a decyzja pacjenta o tym, by nie przedłużać swego życia – zasługuje na szacunek⁴²⁹.

Definiowanie cierpienia jako czynnika znacznie obniżającego jakość życia jest jednym z argumentów, które znacząco wpływają na charakter dyskusji o etycznym uzasadnieniu eutanazji i wartości życia. Spór pomiędzy zwolennikami a przeciwnikami uznania eutanazji, określa się także jako spór pomiędzy permissywnymi a restryktywnymi. Permissywiści wolność (autonomię) cenią bardziej niż wartość życia, restryktywiści odwrotnie – za kluczową przyjmują wewnętrzną, bezwarunkową wartość życia ludzkiego⁴³⁰.

Roman Tokarczyk, któremu bliższe jest stanowisko personalistyczne, podkreśla jednocześnie, że zalegalizowanie prawa do eutanazji jest problematyczne z uwagi na ustalenie woli człowieka, który miałby z tego prawa korzystać – np. pacjentów niekompetentnych lub takich, którzy nie wyrazili swojej woli za życia, albo takich, których rodzina kwestionuje wolę wyrażoną wcześniej przez pacjenta. Etyka jakości życia, zwraca uwagę Tokarczyk, jest stawiana w opozycji do etyki świętości życia. Istotna różnica pomiędzy tymi stanowiskami polega na tym, że etyka świętości życia jest wyrazem stanowiska absolutystycznego i odnosi się głównie do życia duchowego. Natomiast etyka jakości życia relatywistycznie odnosi się do treści życia ludzkiego, traktując je jako jedną całość: „Interpretatorzy etyki jakości życia przeczą pogładowi, aby można je było redukować do wartości jedynie sakralnych. Pogląd taki utrzymują autorzy etyki świętości życia. W tym sensie perspektywa poznawcza etyki jakości życia jest bardziej rozległa”⁴³¹.

⁴²⁷ J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, s. 121.

⁴²⁸ W. Chańska, *Nieszczęsny dar życia...*, s. 124.

⁴²⁹ Tamże, s. 124–125.

⁴³⁰ R. Tokarczyk, *Prawa narodzin, życia i śmierci*, Wyd. Lubelskie, Lublin 1984, s. 28.

⁴³¹ Tamże.

Przykładem tego podejścia mogą być poglądy Jacka Hołówki, wyrażone w dyskusji na temat eutanazji, która pojawiła się na łamach wspomnianego czasopisma „Znak”. W opinii tego autora⁴³² istotne argumenty, na które powołują się przeciwny eutanazji, nie mają charakteru filozoficznego, lecz religijny. Takim argumentem jest zasada świętości życia, oparta na twierdzeniu: „życie jest święte, dlatego jest nienaruszalne”. Autor uznaje je za tautologię – jest to tylko deklaracja stanowiska, a nie jego uzasadnienie. Hołówka twierdzi: „Świętość została utożsamiona z nienaruszalnością i żadnej dodatkowej treści nie zawiera. A tym samym nienaruszalność ludzkiego niewinnego życia ogłoszona została bez jakiegokolwiek uzasadnienia. Taka prezentacja myśli jest paralogizmem”⁴³³.

Podobnej krytyce autor poddaje argumentację odwołującą się do kategorii daru. Zgodnie z tym stanowiskiem życie jest traktowane jako dar od Boga, człowiek nie ma prawa się go pozbyć i jest moralnie zobowiązany do jego rozwijania. Hołówka twierdzi, że kategoria daru jest semantycznie nieprecyzyjna, a porównywanie życia do daru jest kolejnym paralogizmem⁴³⁴. W podejściu tego autora nie znajdujemy odwołania do godności ontycznej. Wynika to zapewne z uznania, że to autonomia jednostki stanowi najwyższą wartość, a także z krytycznego podejścia do teorii prawa naturalnego. Hołówka twierdzi, że prawo naturalne, z którego zazwyczaj wywodzone są prawa człowieka, nie jest wolne od założeń metafizycznych oraz przyjmowanej koncepcji religii. Ponadto problematyczne jest wyliczanie uprawnień wynikających z prawa naturalnego, z którego bezpośrednio nie wynika żadna moc zobowiązująca. Piotr Duchliński określa etykę Hołówki jako stanowisko metaetyczne opierające się na koncepcji wartości względnych, czyli dóbr zrelatywizowanych do poszczególnych osób, w myśl zasady, która głosi, że nie mówi się o czymś, że jest dobre samo w sobie, lecz że jest dobre dla określonej osoby. Kryterium tego, czy coś jest dobre dla kogoś, ma charakter czysto empiryczny – jest to stan zadowolenia lub niezadowolenia w wyniku zajścia pewnej sytuacji. Tylko autonomiczne jednostki mogą określić, co jest dla nich dobre – jest to koncepcja etyki indywidualnej⁴³⁵. Swoją pogląd wyraził w następujący sposób:

Bioetyka Jacka Hołówki nie dysponuje zatem katalogiem ogólnie ważnych norm moralnych, które mogłyby stanowić podstawę rozstrzygania konfliktów moralnych (...). Jak się wydaje, Hołówka odrzuca konieczność przyjęcia trwałych norm także z racji filozoficznych. Przyjęcie uniwersalnego katalogu norm moralnych musiałby, po pierwsze, zakładać jakiś fundament, z którego zostały one

⁴³² J. Hołówka, *Skazani na los Hioba?*, „Znak”, 2001, nr (7)554, s. 8–19.

⁴³³ Tamże, s. 10.

⁴³⁴ Tamże, s. 11.

⁴³⁵ P. Duchliński, *Poglądy bioetyczne Jacka Hołówki*, [w:] *Bioetyka polska*, s. 180.

wyprowadzone, po drugie zaś, zakładałoby przyznanie prawa obecności jakiejś metafizyce, na której przyjęcie nie pozwalają względy empiryczne⁴³⁶.

Duchliński wskazuje, że Jacek Hołówka dzieli eutanazję na czynną i bierną, a rozróżnienie to ma charakter psychologiczny. Eutanazja bierna polega na zaniechaniu wszelkich działań, które prowadzą do przedłużenia życia, zaś osoba powstrzymująca się od tego działania nie powinna czuć się odpowiedzialna za konsekwencje, które wyniknęły z niepodjęcia czynu. Adekwatnie – osoba, która dokonuje eutanazji czynnej, polegającej na wykonaniu działań mających na celu zadanie śmierci w sposób świadomy, ponosi za nie odpowiedzialność. W obu przypadkach prawo do eutanazji ma charakter abstrakcyjny, niezobowiązujący: to jednostka zgodnie z zasadą autonomii, która stanowi najwyższą wartość, określa, co jest dla niej dobre⁴³⁷.

Zwolennicy etyki jakości życia twierdzą więc, że życie jest tylko jedną z wartości – i to nie najważniejszą. W sytuacji konfliktu między możliwością przedłużenia życia biologicznego a zapewnieniem pacjentowi śmierci z godnością, wybiorą tę drugą – służącą poszanowaniu autonomii pacjenta. W opinii Weroniki Chańskiej przyjęcie perspektywy jakości życia pozwala znacznie lepiej rozstrzygać dylematy pojawiające się w codziennej medycynie klinicznej. Autorka przychyliła się do argumentów przedstawicieli etyki konsekwencjalistycznej, ponieważ, jak twierdzi – teoria ta znacznie lepiej tłumaczy, dlaczego niektóre działania prowadzące do śmierci innego człowieka nie zawsze są złe. Etyka ta wskazuje także, że w niektórych sytuacjach istnieją racje, by nie stosować dalszego leczenia, gdyż nie odnosi ono żadnego pozytywnego skutku, a pacjentowi przysparza jedynie bólu i cierpienia, skazując go na wegetację niegodną człowieka⁴³⁸.

Według Chańskiej przyjęcie tezy o bezwzględnej wartości życia – zgodnej z założeniami etyki świętości życia – sprawia, że życie należy wybrać nawet wówczas, gdy ceną jego przedłużenia jest przeciągły, straszliwy ból, zupełna zależność pacjenta od osób trzecich i utrata jego godności: „Zwolennik świętości życia nie może uczynić nic nawet wówczas, gdy sam pacjent prosi o śmierć – pozostaje mu jedynie nadzieja, że *naturalny bieg zdarzeń* zdejmie z jego barków bolesny ciężar odpowiedzialności za cudze cierpienie”⁴³⁹.

Zbigniew Szawarski dwa podejścia, o których piszą wyżej wspomniani autorzy, nazywa **strategią afirmacji życia i strategią afirmacji śmierci**. Strategia afirmacji życia zakłada, że

⁴³⁶ Tamże, s. 194.

⁴³⁷ Tamże, s. 186.

⁴³⁸ W. Chańska, *Nieszczęsny dar życia....*, s. 266.

⁴³⁹ Tamże.

życie jest wartością bezwzględną (wartością świętą), a każdy lekarz ma obowiązek czynić wszystko, co dobre na rzecz pacjenta. Celowe spowodowanie lub przyspieszenie śmierci, nawet na życzenie pacjenta, zgodnie z tymi założeniami jest bezwzględnie zabronione. To radykalne według autora stanowisko jest rzadko stosowane: zazwyczaj lekarz ma obowiązek poszanowania życia, nie będąc jednak moralnie zobowiązanym w sytuacjach skrajnych do stosowania nadzwyczajnych środków lub kontynuowania daremnej terapii.

Strategia afirmacji śmierci z kolei nie przeczy, że życie ma wartość, lecz ma ją wtedy, gdy jest życiem pewnego rodzaju. Innymi słowy, jak pisze Szawarski: „uznanie wartości życia jest równoważne uznaniu jego jakości”⁴⁴⁰. Zgodnie z założeniami strategii afirmacji śmierci istnieją sytuacje, w których śmierć jest lepsza niż życie, a dla niektórych pacjentów lepiej jest umrzeć niż trwać w cierpieniu, jako uszkodzony organizm. Konsekwencją przyjęcia tego stanowiska jest zrozumienie i aprobatą samobójstwa wspomaganego, eutanazji na wyraźne życzenie pacjenta, zaniechania leczenia, a nawet, jak twierdzi autor – zaniechania karmienia i pojenia pacjenta, jeżeli sprzyja to i prowadzi do dobrej, godnej śmierci⁴⁴¹:

Model pierwszy zakłada bezwzględną wartość (świętość) ludzkiego życia, w konflikcie wartości życia i wartości ludzkiej godności opowiada się zawsze po stronie życia. Model drugi zakłada, że wartością nie jest jedynie czyste życie biologiczne, lecz przede wszystkim osobowe życie człowieka. Nie możemy zatem okazać szacunku osobie, nie respektując jednocześnie jej decyzji o własnym życiu i własnej śmierci⁴⁴².

W odniesieniu do powyższego cytatu Szawarski powołuje się na pojęcie godności, które bezpośrednio odnosi się do rozumienia osoby jako podmiotu moralnego, zdolnego do działań i ponoszenia za nie odpowiedzialności. Jak pisze autor, proponowana definicja nie jest zgodna z naszymi intuicjami moralnymi, ponieważ to pojęcie osoby nie obejmuje istot ludzkich, którym na co dzień przyznajemy status osób – np. płodom ludzkim, osobom głęboko upośledzonym, chorym, cierpiącym na demencję, pacjentom znajdującym się w stanie nieodwracalnej śpiączki. Pomimo tego, że istoty te nie spełniają warunku bycia osobą (zgodnie z powyższym rozumieniem osoby), to i tak traktujemy je, jak gdyby nimi były – pisze autor. Dla tego rozróżnienia Szawarski wprowadza więc pojęcie „pacjenta moralnego” – kogoś, kto nie jest zdolny do działania moralnego, ponieważ nie osiągnął odpowiedniego poziomu rozwoju moralnego, utracił nagle lub stopniowo zdolność do ponoszenia odpowiedzialności moralnej za swoje postępowanie, ale wciąż zasługuje na szacunek⁴⁴³:

⁴⁴⁰ Z. Szawarski, *Jak umiera człowiek? Etyka i problemy opieki terminalnej*, „Etyka” 2001, nr 34, s. 133.

⁴⁴¹ Tamże, s. 133–134.

⁴⁴² Tamże, s. 134.

⁴⁴³ Tamże, s. 116.

Pacjent moralny z natury rzeczy jest więc zawsze przedmiotem opieki. Nowo narodzone dziecko z pewnością nie jest zdolne do działań moralnych, ale pewnego dnia, kiedy osiągnie odpowiedni poziom rozwoju moralnego stanie się w pełni ukształtowanym podmiotem moralnym – osobą ludzką. Zanim to nastąpi, jest ono jedynie przyszłą osobą. Głęboko otępiały pacjent, który utracił wszelką zdolność decydowania o swoich sprawach, jest w tym sensie byłą osobą. Biorąc pod uwagę możliwość działania i odpowiedzialność moralną istnieją trzy kategorie osób – przyszłe, obecne i przeszłe osoby. Klasyfikacja ta obejmuje cały cykl ludzkiego życia – od momentu poczęcia do momentu przekształcenia się w ludzkie zwłoki⁴⁴⁴.

Zbigniew Szawarski podziela przekonanie, że życie jako czysto biologiczny fenomen nie posiada wartości jako takiej. Wartością według tego autora obdarzone jest życie indywidualne jednostki – jest to inaczej wartość subiektywna, której oceny dokonuje sam podmiot. Szawarski podkreśla także, że nikt nie kwestionuje wartości życia ludzkiego: spór dotyczy raczej tego, jakie życie ma wartość oraz ze względu na jakie cechy:

Z jednej strony nasze indywidualne życie jest po prostu przemianą materii, pewną formą takich lub innych reakcji biochemicznych. I jako takie nie ma żadnej wartości szczególnej. (...) z drugiej jednak strony jest to życie człowieka świadomego samego siebie, tworzącego nowe wartości, doznającego takich lub innych wrażeń. I to właśnie życie i tylko to ma wartość. Nie jest to jednak wartość obiektywna, którą raz na zawsze można by przypisać życiu wszystkich członków gatunku ludzkiego. Jest to raczej wartość subiektywna, wartość, którą każdy z nas za każdym razem odkrywa w swoim życiu⁴⁴⁵.

W odniesieniu do osób, których stan zdrowotny (np. zaburzenia świadomości) nie pozwala na dokonywanie subiektywnych ocen, autor twierdzi, że życie nie ma żadnej wartości: „Jeśli w życiu tym nie ma mnie w ogóle jako podmiotu swojego życia, jeśli nie mogę i nigdy nawet nie będę pragnąć żyć, to nie ma ono żadnej wartości”⁴⁴⁶.

Co ważne – badania społeczne, które wskazywał Lesław Niebrój, wskazują, że tylko 5% osób pragnących eutanazji uzasadnia swoją prośbę odczuwaniem bólu. Dla większości tych osób powodem jest poczucie odarcia z godności, spowodowane postępującą chorobą, co także wpływa na rozpoznanie wartości życia poprzez ocenę jego jakości⁴⁴⁷. W takich przypadkach eutanazja, jak wskazywał, może być postrzegana jako zabieg, którego celem jest ochrona życia osobowego, zagrożonego z jednej strony doświadczeniem choroby w życiu biologicznym

⁴⁴⁴ Tamże, s. 117.

⁴⁴⁵ Z. Szawarski, *Wartość życia*, [w:] *w kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej*, red. Z. Szawarski, Książka i Wiedza, Warszawa 1987, s. 80.

⁴⁴⁶ Tamże.

⁴⁴⁷ L. Niebrój, *Godność ludzkiego życia: eutanazja i samobójstwo*, „Polski Merkuriusz Lekarski”, 2005, t. 19, nr 109, s. 123.

człowieka⁴⁴⁸, a z drugiej – uporczywym podtrzymywaniem przy życiu za pomocą zaawansowanej aparatury medycznej. Przywołałam pogląd Lesława Niebrója, by pokazać, że niektórzy przedstawiciele bioetyki chrześcijańskiej także biorą pod uwagę jakość życia w ocenie eutanazji. Podobny pogląd głosi Bogusław Wolniewicz:

Nie chodzi tylko o udrękę fizyczną, choć ona sama stanowi wystarczający powód do legalizacji. Równie ważne jest sponiewieranie moralne umierającego: jego zniedołężnienie, całkowite zdanie na innych, często świadomość, że cuchnie. Pozostaje mu tylko czekać, kiedy się to wreszcie skończy i co jeszcze przedtem przyniesie. Wiadomo zaś, że nie przynosi nigdy nic dobrego – poza zgonem oczywiście. Sponiewierania tego nie da się niczym uśmierzyć, chyba tylko przez wprowadzenie w permanentny i dozgonny stan odurzenia. Ale jaki w tym sens?⁴⁴⁹.

Wolniewicz, który wyraża poparcie dla uznania za niekaralną pomoc udzieloną osobie beznadziejnie chorej w jej własnowolnym zakończeniu życia i nazywa ją eutanazją samobójczą, wyraźnie odróżniając ją od eutanazji zabójczej, pisze:

Eutanazja jest najrozsądniejszym sposobem kończenia własnego życia, gdy staje się ono już tylko cierpieniem bez sensu i bez nadziei. Dlatego każdemu, kto jej sobie wtedy życzy, trzeba ją ułatwiać. Wysuwane naprzeciw niej argumenty są paralogizmami, za którymi kryje się małoduszność lub doktrynerstwo. Stopniowa legalizacja eutanazji jest w cywilizacji Zachodu jedynie kwestią czasu, pewnie niezbyt długiego – jakichś trzydziestu lat⁴⁵⁰.

Rozważania o procesie umierania i godnej śmierci z jednej strony uwidoczniły niedostatki klasycznego podejścia etyki świętości życia, nakazującej heroiczną walkę o życie ludzkie, zwłaszcza w obliczu techniki umożliwiającej przedłużenie życia oraz wzrastających kosztów opieki lekarskiej. Z drugiej natomiast wskazały na wady klasycznego utilitaryzmu zakładającego, że w rachunku moralnym liczą się jedynie przyjemności i cierpienia. Jak pisze Weronika Chańska⁴⁵¹: „Zwrócenie przez etyków uwagi na proces umierania pozwoliło ujawnić, że ludzie posiadają cały szereg interesów i pragnień, które wykraczają poza czysto fizjologiczne doznania”⁴⁵².

Ponadto autorka ta wskazuje, że refleksja nad jakością życia pacjentów doprowadziła do głębokich zmian w dziedzinie medycyny. Pojawienie się stosunkowo nowej dyscypliny medycznej, jaką jest opieka paliatywna, Chańska uznaje za wyraźny sygnał tych przemian:

⁴⁴⁸ Tamże, s. 123–124.

⁴⁴⁹ B. Wolniewicz, *Eutanazja i biolatria*, „Znak”, 2001, nr (7)554, s. 103.

⁴⁵⁰ Tamże, s. 98.

⁴⁵¹ W. Chańska, *Nieszczęsny dar życia...*, s. 267.

⁴⁵² Tamże.

Rozszerzenie zakresu stosowania pojęcia jakości życia i objęcie tą kategorią pacjentów nieuleczalnie i terminalnie chorych, inicjuje refleksję nad sposobem umierania. Umieranie zostaje dostrzeżone jako istotny element ludzkiej biografii, lekarze zaś stają się odpowiedzialni za to, by śmierć pacjentów nie stała w sprzeczności ze sposobem, w jaki zwykli żyć, lecz aby była tego życia harmonijnym zwieńczeniem⁴⁵³.

4.5 Eutanazja jako śmierć niegodna człowieka

Problematyka godnej śmierci i jej konotacji z moralną oceną eutanazji jest bardzo szeroka i można ją ujmować w wielu kontekstach. Jak twierdzi Zbigniew Szawarski⁴⁵⁴, idea dobrej śmierci z zasady zakłada ingerencję w proces umierania:

W obu wypadkach głównym powodem sporu jest przyjęcie całkowicie odmiennej koncepcji czynu oraz kryteriów jego oceny moralnej. Inaczej będziemy więc oceniali ten sam czyn, przyjąwszy, że miarą jego wartości moralnej są intencje sprawcy, a inaczej, gdy przyjmiemy, że o jego wartości decydują przede wszystkim jego konsekwencje⁴⁵⁵.

Przedstawiciele stanowiska deontologicznego zakładają, że istnieją pewne rodzaje działań, które same w sobie są złe i których nie można podjąć bez względu na to, jak szlachetne intencje przyświecają sprawcy czynu i jak szlachetne cele można poprzez to działanie osiągnąć. To, co jest słuszne lub niesłuszne, określają zakazy i normy deontologiczne. Przykładem takiego działania jest eutanazja, uznawana w tym nurcie za zabicie człowieka i już z tego powodu traktowana jako niegodna człowieka.

Stanowisko deontologiczne scharakteryzowała W. Chańska w taki oto sposób:

Według deontologów działaniem, które jest samo w sobie złe, jest zabicie człowieka (...). Ich zdaniem czynem złym jest również uśmiercenie pacjenta – nawet wtedy, gdy on sam tego pragnie i gdy śmierć jest najlepszą rzeczą, jaka może go spotkać (...). Deontolodzy będą więc twierdzić, że intencjonalne spowodowanie śmierci drugiego człowieka zawsze jest złe (jest aktem zabójstwa). Zupełnie inna będzie jednak ich ocena świadomych zaniechań prowadzących do śmierci. Deontolodzy będą argumentowali, że zaniechanie nie jest rodzajem działania, a tylko działania stanowią przedmiot moralnego osądu i obciążają sumienie podmiotu⁴⁵⁶.

Z kolei konsekwencjaliści uważają, że miarą słuszności działania jest ocena jego skutków, a spowodowanie śmierci drugiego człowieka nie zawsze jest złem. Według konsekwencjalistów działania dzielą się na słuszne lub niesłuszne. Stojąc przed wyborem działania, należy wybrać to, które maksymalizuje dobro i pozwala na największą szansę

⁴⁵³ Tamże, s. 8-9.

⁴⁵⁴ Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, s. 246.

⁴⁵⁵ Tamże.

⁴⁵⁶ W. Chańska, *Rezygnacja z leczenia...*, s. 264.

realizacji wybranej wartości. W odróżnieniu od deontologów, wyjaśniała Chańska, konsekwencjaliści twierdzą, że każdy człowiek jest odpowiedzialny za wszystkie skutki swoich działań i decyzji, nawet wówczas gdy nie są one zgodne z intencją lub oczekiwanym skutkiem⁴⁵⁷. W przypadku bioetyki o orientacji konsekwencjalistycznej wspólną cechą wszystkich jej odmian jest opowiedzenie się za kategorią jakości życia, wyprowadzanej z zasady użyteczności i stosowanej do oceny skutków działania lub zaniechania. Na gruncie bioetyki polskiej nurt konsekwencjalizmu znajduje wyraz w myśli Zbigniewa Szawarskiego, pojawia się także w pracach etyków takich jak Helena Eilstein, Jacek Hołówka, Weronika Chańska, Danuta Ślęczek-Czakon. Pojęcie godnej śmierci w rozważaniach opartych na tym paradygmacie jest bezpośrednio odnoszone do pojęcia autonomii i prawa do podjęcia decyzji o zakończeniu swojego życia.

Z kolei personaliści odwołują się do godności osobowej, szczególnie w obrębie problematyki narodzin i śmierci człowieka. Józef Zabielski w taki sposób wyjaśnia założenia tej etyki:

Uszanowanie osoby ludzkiej poprzez traktowanie jej jako celu działania, a nie środka do celu, stanowi fundamentalne założenie personalistycznej koncepcji etyki. Jej normatywna treść sprowadza się do prawdy, że godność człowieka – jako osoby – jest podstawą powinności etycznej. W godności osobowego bytu ludzkiego zakotwiczony jest wymóg uznania i respektowania każdego człowieka. Takie rozumienie wartościującej godności człowieka rodzi konkretne powinności: uszanowania autonomiczności bytu osobowego i wartości życia, zobowiązania do działania „w polu odpowiedzialności”, respektowanie dobra konkretnych osób oraz całej społeczności ludzkiej”. Tak rozumiana personalistyczna norma ma szczególne znaczenie w działaniach związanych z ludzkim zdrowiem i życiem, czyli w czynnościach o charakterze bioetycznym⁴⁵⁸.

W sporze o moralną ocenę eutanazji i jej ujęć w kontekście godności ludzkiej (czy jest to śmierć godna czy niegodna człowieka) należy wyróżnić dwie linie argumentacyjne. Pierwsza z nich odnosi się do normy personalistycznej i argumentacji przedstawianej przez zwolenników zasady świętości życia, a druga do argumentacji przedstawianej przez zwolenników zasady jakości życia i prawa do śmierci. Jak pisze Weronika Chańska⁴⁵⁹, spór pomiędzy zwolennikami etyki świętości życia, którzy według autorki także reprezentują etykę deontologiczną, a zwolennikami etyki jakości życia (konsekwencjalistami) dotyczy dwóch odmiennych

⁴⁵⁷ Tamże, s. 265.

⁴⁵⁸ J. Zabielski, *Personalistyczny normatyw bioetyki*, „Rocznik Teologii Katolickiej”, t. XI/1, 2012, s. 110, https://repozytorium.uwb.edu.pl/jspui/bitstream/11320/1223/1/RTK_11.1_2012_Zabielski.pdf, dostęp: 11.03.2024.

⁴⁵⁹ W. Chańska, *Nieszczęsny dar życia...*s. 264–267.

sposobów myślenia o moralności, dlatego moralna ocena eutanazji formułowana przez ich przedstawicieli jest diametralnie odmienna.

4.6 Zasada świętości życia a godność osoby ludzkiej

Zgodnie ze stanowiskiem antyeutanatycznym, wyrażonym również w encyklikach papieskich przez Piusa XII i Jana Pawła II, Bóg jest panem życia, a człowiek jedynie jego depozytariuszem. Z tego wynika, że żaden człowiek nie może samodzielnie decydować o tym, kiedy i gdzie ma umrzeć. Ponadto należy określić granice podtrzymywania życia w sytuacji granicznej, takiej jak terminalna faza nieuleczalnej choroby. Postawa szacunku wobec śmierci i życia wyrażana w myśli personalistycznej niekiedy bliska jest także stanowisku, zgodnie z którym życie nie jest absolutnym dobrem, a śmierć nie jest absolutnym złem. Tak można interpretować wypowiedź lekarza Tomasza Dangel, który wyraził pogląd mówiący, że w życiu każdego człowieka nadchodzi taki moment, w którym oparte na technice podtrzymywanie życia wchodzi w konflikt z wyższymi wartościami, takimi jak godność osobowa⁴⁶⁰.

Przeciwnicy legalizacji eutanazji twierdzą, że wolność i autonomia człowieka powinny podlegać innym, wyższym wartościom, ujętym choćby w piątym przykazaniu chrześcijańskiego Dekalogu: „Nie zabijaj”. Opierając się na przesłankach biblijnych, bronią świętości życia ludzkiego, jak czyni to W. Zuziak:

Eutanazja w takim ujęciu stanowi naruszenie Prawa Bożego, gdyż jest próbą ingerencji człowieka w prerogatywy boskie. Ponieważ człowiek nie ma i mieć nie może takich prerogatyw, każdy akt eutanazji jest moralnie niedopuszczalnym zabójstwem osoby ludzkiej. W tym kontekście przeciwnicy eutanazji podkreślają uniwersalną ważność przykazania: *Nie zabijaj*⁴⁶¹.

Tak samo wypowiada się Barbara Chyrowicz. Norma „nie zabijaj”, której pozytywnym wyrazem jest prawo do życia, obowiązuje względem innych i względem siebie samego. Jest to norma o charakterze absolutnym⁴⁶². Również w Deklaracji o eutanazji Kongregacji Nauki Wiary, która odwołuje się do wyjątkowej godności ludzkiej i prawa człowieka do życia, Sobór Watykański II potępił przestępstwa przeciwko życiu, wśród nich wyliczając eutanazję i dobrowolne samobójstwo. Prawo do śmierci jest w myśl tego dokumentu rozumiane nie jako

⁴⁶⁰ T. Dangel, *Przeciw bezsilności*, „Znak”, 2001, nr (7)554, s. 109.

⁴⁶¹ W. Zuziak, *Śmierć i medycyna – o eutanazji inaczej*, [w:] *Podstawy i zastosowania bioetyki*, s. 137.

⁴⁶² B. Chyrowicz, *Wprowadzenie*, [w:] *Eutanazja: prawo do życia, prawo do wolności*, red. B. Chyrowicz, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2005, s. 7.

Jerzy Brusilo⁴⁶⁴ dokonał pewnego uściślenia, odróżniając „prawo do śmierci” (bliższe ujęciu utylitarystycznemu) od „prawa dla śmierci” (bliższe ujęciu personalistycznemu). Jak jednak zaznacza autor – sformułowanie „prawo do śmierci” funkcjonuje również w znaczeniu prawa do godnego, niezakłóconego przez medycynę i człowieka naturalnego umierania, to rozumienie obecne jest w katolickiej etyce personalistycznej. Dwuznaczność tego pojęcia nie sprzyja również dobrym uzasadnieniom „chrześcijańskiego prawa do życia”, dlatego podjął on próbę rozróżnienia. Zgodnie z założeniami stanowisk utylitarystycznych, jak twierdzi wspomniany autor, „prawo do śmierci” oznacza prawo do zadania sobie śmierci, przyspieszenia procesu umierania i samowolnego skrócenia życia, a tym samym przyzwolenie na eutanazję i samobójstwo wspomagane. Natomiast pojęcie „prawa dla śmierci” w znaczeniu chrześcijańskim wyraża przekonanie, że tylko Bóg może odebrać życie doczesne, a każdy człowiek zgodnie z niekwestionowanym prawem natury ma określony czas umierania i śmierci; ma również prawo przeżyć bez ingerencji medycznych, w tym nadmiernego skracania lub przedłużania życia:

Spór o eutanazję z pozycji chrześcijańskiej, twierdzi Henryk Niemiec, jest w rzeczywistości sporem o rozumienie cierpienia, życia, śmierci, a w konsekwencji sporem o rozumienie człowieka⁴⁶⁶. Należy jednak podkreślić, że przeciwnicy eutanazji (w tym przedstawiciele personalizmu) powołują się także na inne zagrożenia: ryzyko nadużyć medyczno-opiekuńczych; potencjalne działania wbrew woli chorego, podejmowane ze względów ekonomicznych; naruszenie poczucia bezpieczeństwa pacjentów i ich zaufania do

⁴⁶⁶ H. Niemiec, *Życie, cierpienie, śmierć a eutanazja*, [w:] *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*, red. A. Biela, KUL, Lublin 1996, s. 77.

lekarzy; wpływ eutanazji na psychikę lekarzy, którzy zostaną zobligowani do wykonywania tego zabiegu⁴⁶⁷.

Na normę personalistyczną i zasadę świętości życia powołują się polscy bioetycy, m.in.: Barbara Chyrowicz, Wojciech Bołoz, Tadeusz Biesaga i Tadeusz Ślipko. W koncepcji tych autorów norma personalistyczna obejmuje każdą osobę bez względu na stan rozwojowy czy chorobowy, jak ujął to Biesaga:

Norma ta nie wywodzi się z wartości biologicznie pojętego życia (etyka jakości życia a etyka świętości życia), lecz odwrotnie: osoba swoim istnieniem, sprawia, że jej życie biologiczne, psychiczne itd. jest wartościowe. W tym kontekście wartość istnienia osoby, wartość życia nie może być przedmiotem konsensusu, nie może być nadawana ani odbierana przez grupę ekspertów medycznych, przez komisje etyczne czy państwo. Jest to wartość autoteliczna⁴⁶⁸.

Zasadnicze założenia stanowiska świętości życia dostrzegają rzecznicy jakości życia, jak np. Weronika Chańska. Stanowisko świętości życia można streścić w dwóch maksymach: po pierwsze – życie posiada szczególną wartość; po drugie – każde życie obdarzone jest tą wartością w równym stopniu⁴⁶⁹. Kluczowe w argumentacji na rzecz świętości życia, przyjmowanej w personalistycznej etyce katolickiej, jest rozumienie życia ludzkiego jako daru:

U podstaw tej tradycji leży przekonanie o tym, że życie wywodzi się od Boga, jest darem, który Stwórca przekazał człowiekowi. Zgodnie z nauczaniem Kościoła katolickiego Bóg stwarza życie i przez cały czas podtrzymuje jego istnienie. Dar życia, jaki został powierzony człowiekowi, ma bardzo szczególny charakter. Życie, którym cieszy się człowiek, jest nie tyle czymś, co zostało mu darowane, lecz powierzone. Człowiek nie może swobodnie dysponować swoim życiem⁴⁷⁰.

Podobnie charakteryzuje etykę świętości życia Roman Tokarczyk. Jest to etyka deontologiczna, która broni zasady równej wartości każdego życia ludzkiego, niezależnie od okoliczności. Zgodnie z tym założeniem każde życie należy szanować i cenić ze względu na wartość, która tkwi w samej osobie (człowieku), dlatego też życia ludzkiego nie można odbierać pod żadnym pozorem⁴⁷¹. Etycy, którzy uznają zasadę świętości życia, odwołują się do idei niezbywalnych praw natury i koncepcji praw człowieka. Jak twierdzi autor, zwolennicy tego stanowiska oceny moralne formułują w kategoriach ogólności i abstrakcji.

Etyczne normy antyeutanatyczne, które odnoszą się do zasady świętości życia, oparte są na przekonaniu, że życie ludzkie jest najwyższym i największym dobrem, dlatego wymaga

⁴⁶⁷ T. Dangel, *Przeciw bezsilności*, s. 109.

⁴⁶⁸ T. Biesaga, *Personalizm a pryncypializm w bioetyce*, s. 50.

⁴⁶⁹ W. Chańska, *Eutanazja – głos Filozofa*, s. 42.

⁴⁷⁰ Tamże, s. 43.

⁴⁷¹ R. Tokarczyk, *Prawa narodzin, życia i śmierci*, s. 29.

ochrony w każdej postaci. Głosiciele tych norm etycznych odwołują się do personalistycznej koncepcji godności ludzkiej, która ma charakter teologiczny. Oznacza to, że świętość życia człowieka wynika ze stwórczego działania Boga i tego, że człowiek jest jedynie depozytariuszem swojego życia, które zostało mu darowane. Godność życia ludzkiego jest tożsama z jego świętością, stanowi podstawę norm moralnych, których źródłem jest Bóg, który stworzył człowieka na swoje podobieństwo.

Godność ontyczna według personalistów przynależy każdemu człowiekowi, w każdym momencie jego życia, a różnica pomiędzy życiem biologicznym a życiem ludzkim (życiem osoby) nie ma tutaj żadnego znaczenia. Dobitnie wyraził to jeden z przedstawicieli tego stanowiska, Ryszard Otowicz: „Godność człowieka w sensie ontycznym jest fundamentalnym przymiotem wszystkich ludzi – człowiek jest zawsze osobą, niezależnie od jakichkolwiek zewnętrznych uwarunkowań”⁴⁷².

W obrębie nurtu personalistycznego pojawia się także pojęcie godności osobowościowej: jak się jednak zdaje, wyłącznie w celu wskazania różnic w podejściu do dylematów etycznych. Tadeusz Biesaga twierdzi, że etycy szkoły anglo-amerykańskiej o mentalności empirystycznej posługują się w budowaniu etyki pojęciem osobowości (cechy nabytej) przez co redukują ją do psychologii czy socjologii moralności. Etyka personalistyczna natomiast odwołuje się wyłącznie do pojęcia godności ontycznej:

Personalizm domaga się, aby bioetyka sięgała po integralną koncepcję osoby. Nauki biomedyczne, psychologia empiryczna, socjologia przez swoje metody mogą jedynie opisać osobowość i jej cechy, ale nie osobę. Do tego potrzebna jest metoda filozoficzna, można powiedzieć ontologiczna. Przeniesienie segregacji ludzi w oparciu o dane biologiczne na teren bioetyki nie jest etyką, ale teorią egoizmu grupy, która uznała swoje biologiczne cechy za uprawniające ich do dyskryminacji tych, którzy tych cech nie posiadają⁴⁷³.

Jak twierdzi Biesaga⁴⁷⁴, o godności osobowościowej decydują cechy biologiczne, które możemy stracić w wyniku starzenia się organizmu, a dalej – cechy psychiczne i moralne, które możemy nabyć w toku rozwoju osobowości i stracić wyniku degradacji pozytywnych cech charakteru. Jedynie godność ludzka w jej wymiarze ontycznym wskazuje na wartość samej osoby, bez względu na jej nabyte i możliwe do utracenia cechy. O godności osobowościowej autor pisze:

⁴⁷² R. Otowicz, *Etyka życia*, Wydawnictwo WAM, Kraków 1998, s. 126.

⁴⁷³ T. Biesaga, *Personalizm a pryncypializm w bioetyce*, s. 53.

⁴⁷⁴ T. Biesaga, *Uzasadnienia norm moralnych...*

W kontaktach międzypersonalnych odgrywa ona pierwszorzędna rolę i stąd niektórzy etycy, jak na przykład T. Kotarbiński, formułując zasadę szacunku dla ludzi godnych szacunku, właśnie godność osobowościową chcieli uznać za wyznacznik dobra moralnego. Nie stanowi ona jednak wystarczającego kryterium, gdyż nie dotyczy tych, którzy z różnych względów, czy to zawinionych, czy niezawinionych, nie zasługują na szacunek, a mimo to nie tracą swej godności osobowej⁴⁷⁵.

Postawione w centrum analiz etycznych pojęcie osoby stanowi trzon bioetyki personalistycznej. Myśliciele personalistyczni wyszczególniają również zasady, które są próbą zaszczepienia normy personalistycznej w innych obszarach, m.in. w medycynie i biotechnologii. Dlatego w myśl tej koncepcji godności ludzkiej nie można zredukować do sfery cielesnej lub duchowej, a należy ją pojmować w odniesieniu do jedności fizyczno-duchowej. Zazwyczaj przedstawiciele tego paradygmatu powołują się na rozumienie osoby jako indywidualnej substancji natury rozumnej, w odwołaniu do definicji, której autorem jest Boecjusz. Niektórzy z nich, nie negując klasycznej definicji, podkreślają wartość i doniosłość osoby jako „najwyższego dobra”, „rzeczy świętej”, „kogoś, kto powinien być afirmowany ze względu na samego siebie”. Tę szczególną pozycję człowieka w świecie personalistycznym określają przy pomocy terminu „godność osobowa”⁴⁷⁶.

Jak wskazują zwolennicy paradygmatu personalistycznego, bioetyka bazująca na kategorii osoby stanowi aksjomat współczesnej kultury, ponieważ godność osobowa funkcjonuje jako jedno z fundamentalnych pojęć w wielu międzynarodowych deklaracjach bioetycznych i dokumentach międzynarodowych. Wśród nich wymienić można: Powszechną Deklarację Praw Człowieka, Deklarację Helsińską, Powszechną Deklarację o Genomie Ludzkim i Prawach Człowieka oraz Konwencję o Prawach Człowieka i Medycynie⁴⁷⁷.

4.6.1 Stanowisko Barbary Chyrowicz

Pojęcie godności jest często przywoływane w dyskusji na temat eutanazji, choć, jak pisze Barbara Chyrowicz⁴⁷⁸ – stało się „wytrychem”, przy pomocy którego próbuje się rozwiązać wszystkie problemy. Traktuje się to pojęcie jako argument ostatecznie rozstrzygający wszelkie dylematy:

I stąd np. w sporze o eutanazję jedni utrzymują, że godna śmierć nie ma nic wspólnego ze skracaniem człowiekowi życia na jego własne żądanie, drudzy natomiast w respektowaniu takich

⁴⁷⁵ Tamże.

⁴⁷⁶ G. Hołub, *Personalizm a inne propozycje bioetyki*, [w:] *Bioetyka personalistyczna*, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2006, s. 18–20.

⁴⁷⁷ Tamże, s. 23.

⁴⁷⁸ B. Chyrowicz, A. Sporniak, *Kto potrzebuje etyki*, „Tygodnik Powszechny”, 8.03.2015, <https://www.tygodnikpowszechny.pl/kto-potrzebuje-etyki-26894>, dostęp: 11.11.2016.

zadań upatrywać będą respekt dla autonomicznych decyzji człowieka, a więc szacunek dla jego godności⁴⁷⁹.

W opinii autorki problem eutanazji nie jest problemem o charakterze czysto teoretycznym i naukowym, wręcz przeciwnie – perspektywa religijna odgrywa w nim ważną rolę, zwłaszcza w przypadku umierającego, cierpiącego człowieka, którego decyzje nie są pozbawione sfery emocjonalno-wolitywnej. Chyrowicz zwraca uwagę, że argumenty przeciwko eutanazji, na które się powołuje, nie mają charakteru wyłącznie religijnego, a raczej filozoficzno-etyczny. W dyskusji na temat eutanazji chodzi bowiem nie o przekraczanie norm związanych z religią, a o przekraczanie norm ogólnie obowiązujących – takich jak prawo do życia. Polemizując z Jackiem Hołówką, a jednocześnie z przedstawicielami poglądu głoszącego możliwość skrócenia życia ludzkiego na żądanie, autorka odwołuje się do problemu jakości życia ludzkiego. Jak twierdzi Chyrowicz⁴⁸⁰, jeśli uznalibyśmy, że życie człowieka może utracić swą wartość, pomimo tego, że nadal trwa, oznaczałoby to, że oceniamy je ze względu na możliwości osobowej ekspresji, która w momencie postępującej choroby i stanu terminalnego ulega zmniejszeniu lub całkowitemu wykluczeniu. Prowadzi to do wniosku, że życie ludzkie uzależnione jest od jego jakości. Autorka argumentuje na rzecz stanowiska przyjmowanego przez personalistów chrześcijańskich. Bez względu na cierpienie czy dobrą kondycję istnienie ludzkie ma tę samą wartość:

Wartość życia ludzkiego należałoby zatem sytuować poza jakością. Jedynie żyjąc, cieszymy się dobrą kondycją zdrowotną bądź cierpimy, doznajemy radości istnienia lub rozpaczamy w obliczu nieuchronnego końca. W trakcie życia stany choroby (również bardzo ciężkiej) i zdrowia mogą się wzajemnie przeplatać, w niczym nie zmieniając istoty tego, kim jesteśmy – obdarzonych rozumną naturą osób⁴⁸¹.

W rozważaniach na temat zasady świętości życia ludzkiego i w nawiązaniu do godności osoby ludzkiej Barbara Chyrowicz wiele uwagi poświęca problematyce cierpienia, które w myśl koncepcji utilitarystycznych obniża jakość życia i może być powodem do rezygnacji z niego. Autorka pisze, że cierpienie lub jego brak nie zmienia charakteru naszego istnienia⁴⁸².

W myśl personalistycznej etyki chrześcijańskiej, twierdzi inny przedstawiciel myśli chrześcijańskiej, ks. Józef Makselon, możliwość doświadczania cierpienia należy traktować jako przymiot osoby, istotny z ontycznego punktu widzenia, ponieważ przeznaczeniem

⁴⁷⁹ Tamże.

⁴⁸⁰ B. Chyrowicz, *A jednak życie – życia wart!*, „Znak”, 2001, nr (7)554, s. 27.

⁴⁸¹ Tamże.

⁴⁸² Tamże.

człowieka jest być *homo patiens* (człowiekiem cierpiącym)⁴⁸³. Chrześcijańska wizja cierpienia podkreśla jego realność – ponieważ przyjmowanie cierpienia wyostreza wrażliwość człowieka i umożliwia reinterpretację wszystkich wartości, nadając sens życiu ludzkiemu w wymiarze indywidualnym, interpersonalnym i cywilizacyjnym. Wymiar indywidualny polega na osobistym dojrzywaniu do wartości, dzięki ofiarowaniu cierpienia. Wymiar interpersonalny dotyczy dzieł miłosierdzia. Z kolei sens cierpienia w wymiarze cywilizacyjnym polega na budowaniu cywilizacji miłości, w centrum której stoi osoba i jej życie. Etyka oparta na cywilizacji miłości wyklucza akty eutanatyczne i samobójcze, wszelkie zagrożenia, jakie niosą za sobą procesy medykalizacji życia i śmierci, bowiem:

Cierpienie, które pod tylu różnymi postaciami obecne jest w naszym ludzkim świecie, jest w nim obecne także i po to, ażeby wyzwalać w człowieku miłość, ów właśnie bezinteresowny dar z własnego ja na rzecz innych ludzi, ludzi cierpiących. Świat ludzkiego cierpienia przyzywa niejako bez przystanku inny świat: świat ludzkiej miłości – i tę bezinteresowną miłość, jaka budzi się w jego sercu i uczynkach, człowiek niejako zawdzięcza cierpieniu⁴⁸⁴.

W tradycji chrześcijańskiej symbolem postawy wobec cierpienia jest postawa dobrego Samarytanina, który okazuje pomoc ranionemu człowiekowi. Postawa ta dobrze odzwierciedla się w opiece hospicyjno-paliatywnej, gdzie najistotniejszą formą pomocy jest obecność drugiego człowieka, która pozwala pokonać uczucie osamotnienia i bezradności, zaakceptować cierpienie⁴⁸⁵:

Opieka hospicyjno-paliatywna jest pewną konkretyzacją postawy samarytańskiej do sytuacji umierania. Stwarza w niej szansę na osobiste dojrzywanie każdej osoby do przeżycia tajemnicy cierpienia, przeorganizowanie hierarchii wartości oraz doświadczenie własnej godności wykluczającej lęk przed śmiercią przez eutanazję⁴⁸⁶.

Z punktu widzenia chrześcijańskiego personalizmu istotne jest rozróżnienie pomiędzy cierpieniem fizycznym a moralnym, a także pomiędzy cierpieniem i bólem. Ból jest związany bezpośrednio z odczuwaniem fizycznym choroby, cierpienie natomiast jest osadzone głębiej niż sama choroba. Rozróżnienie pomiędzy cierpieniem moralnym i fizycznym odnosi się do cielesnego i duchowego pierwiastka natury ludzkiej:

O ile można do pewnego stopnia używać zamiennie wyrazów cierpienie i ból – to cierpienie fizyczne zachodzi wówczas, gdy w jakikolwiek sposób boli ciało, cierpienie moralne natomiast jest

⁴⁸³ J. Makselon, *Cierpienie*, [w:] *Encyklopedia bioetyki...*, s. 109.

⁴⁸⁴ Tamże, s. 112.

⁴⁸⁵ Tamże, s. 110–111.

⁴⁸⁶ Tamże, s. 111.

bólem duszy. Chodzi zaś o ból natury duchowej, a nie tylko o psychiczny wymiar bólu, który towarzyszy cierpieniu zarówno moralnemu, jak i fizycznemu⁴⁸⁷.

Barbara Chyrowicz także podejmuje problem cierpienia, ale nieco inaczej je uzasadnia. Zwraca uwagę na różnicę pomiędzy „wartością ludzkiego życia” (ujętą abstrakcyjnie i nie odnoszącą się do konkretnego podmiotu) a „wartością mojego życia”. To, że ktoś uznaje swoje życie za pozbawione wartości, nie oznacza, że uważa, iż ludzkie życie w ogóle jej nie posiada – pisze autorka. Problem sensu życia wiąże się więc z pytaniem o problemem sensu indywidualnego cierpienia. Pytanie o sens życia i próby udzielenia na nie odpowiedzi są nierozzerwalnie połączone z religią. Ponadto, jak twierdzi Chyrowicz, koncentrowanie się na pytaniu o sens własnego cierpienia sprawi, że problem nie zostanie rozwiązany, stąd proponuje, aby skupić się na pytaniu o wartość życia *in abstracto*⁴⁸⁸.

Etyka personalistyczna odwołująca się do koncepcji świętości i nienaruszalności życia często jest przeciwstawiana etyce jakości życia w ujęciu utylitarystycznym, która kładzie nacisk na wolny wybór człowieka i możliwość decydowania o chwili i sposobie zakończenia życia. Pojęcie jakości życia niekiedy pojawia się w bioetyce personalistyczno-ontologicznej, jednakże jest w tym nurcie specyficznym rozumiane i zazwyczaj mocno krytykowane, co widać w wypowiedzi Tadeusza Biesagi:

Jakość życia to przyjęty pewien standard biologicznego, psychicznego, osobowościowego, społecznego i ekonomicznego funkcjonowania człowieka, według którego chce się rozstrzygnąć czyje życie jest warte, a czyje nie warte życia. Jakość życia, w odróżnieniu od wsobnej wartości, godności – czy świętości życia ludzkiego (*dignity, sanctity of life*), proponuje się we współczesnej bioetyce jako zasadę oceniającą i normatywną dla stosowania jej w podejmowaniu trudnych i konfliktowych decyzji klinicznych, dotyczących kontynuowania czy zaniechania terapii medycznej, a nawet czynnego zakończenia czyjegoś życia przez aborcję czy eutanazję⁴⁸⁹.

Pojęcie jakości życia w ujęciu personalistycznym jest podporządkowane pojęciu świętości życia i można je odnieść do trzech poziomów życia ludzkiego: biologicznego (przemijającego, doczesnego); psychiczno-duchowego; nadprzyrodzonego (wiecznego). Te trzy poziomy życia nawzajem się przenikają i warunkują, ale ostatecznym przeznaczeniem człowieka jest życie wieczne, nieutożsamiane z żadnym z wymienionych poziomów⁴⁹⁰.

⁴⁸⁷ Tamże, s. 112.

⁴⁸⁸ B. Chyrowicz, *Eutanazja i spór o argumenty*, [w:] *Eutanazja: Prawo do życia, prawo do wolności*, s. 145–148.

⁴⁸⁹ T. Biesaga, *Jakość życia*, [w:] *Encyklopedia bioetyki...* s. 269–273.

⁴⁹⁰ D. Ślęczek-Czakon, *Problem wartości i jakości życia* ... s. 220.

W myśl koncepcji personalistycznej życie jest wartością fundamentalną, ale nie bezwzględną. Oddając życie za innych, nie przekreślamy jego wartości: wówczas – jak pisze Chyrowicz – duch zwycięża nad ciałem. O wartości własnego życia możemy decydować na poziomie jego realizacji, a nie ontycznego wymiaru: od człowieka nie zależy to, kim jest, ale jaki jest. Życie jest darem od Boga, nie można więc z niego zrezygnować. Życie ludzkie jest wartością ze względu na jego świętość – fakt pochodzenia od Boga. Człowiek w tym kontekście nie jest uprawniony do tego, aby decydować o momencie i sposobie zakończenia swojego życia⁴⁹¹. Powoływanie się na prawo człowieka do śmierci rozumiane jako prawo do eutanazji Chyrowicz poddaje krytyce: „Mówienie o prawie człowieka do śmierci bywa podważane jako absurdalne (...). Ponieważ śmierć jest koniecznością człowieka, jako taka nie może być prawem, jest nieuchronnym imperatywem”⁴⁹².

Prawo do życia w ujęciu personalistycznym wyklucza eutanazję, samobójstwo wspomagane, jak również to, które jest wykonane bez pomocy innych. Zwolennicy tej linii argumentacyjnej przyjmują jednakże wyjątki odnoszące się do normy „nie zabijaj”, wśród których wyróżnić można: zabójstwo agresora w obronie własnego życia, zabójstwo w wojnie sprawiedliwej, legalnie wykonaną karę śmierci. Zaznaczają jednak, że norma „nie zabijaj” ma charakter absolutny i należy jej przestrzegać nawet w skrajnych przypadkach⁴⁹³.

Podjęcie do eutanazji i szerzej do tematyki śmierci w ujęciu Barbary Chyrowicz związane jest z przyjętą przez autorkę koncepcją etyki. Jako przedstawicielka lubelskiej szkoły inspirowanej personalizmem etycznym, zapoczątkowanej przez Karola Wojtyłę, a kontynuowanej przez m.in. Tadeusza Stycznia, Andrzeja Szostka i Tadeusza Biesagę, Chyrowicz buduje koncepcję etyki opartej na podstawach antropologicznych, przyjmując godność osoby jako podstawę norm moralnych. Świadczy o tym krytyka zasady jakości życia i jakościowych koncepcji osoby. W opinii autorki koncepcje uznające za najważniejszą „zasadę jakości życia” wszelkie konflikty rozwiązują na niekorzyść bytu osobowego – człowieka. Powodem tego są m.in. przyjmowane przez utilitarystów deskrypcyjne koncepcje osoby, które prowadzą do separacji pojęcia człowieka i pojęcia osoby. Jak twierdzi Chyrowicz⁴⁹⁴, tylko integralna koncepcja osoby może przewyciężyć dualizm zakładany przez jakościową koncepcję osoby, tworząc jednocześnie solidny fundament, który rozstrzyga wiele sporów

⁴⁹¹ B. Chyrowicz, *A jednak życie...*, s. 33.

⁴⁹² Tamże, s. 145–148.

⁴⁹³ T. Ślipko, *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*, Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1998, s. 357.

⁴⁹⁴ B. Chyrowicz, *Bioetyka i ryzyko. Argument „równi pochylej” w dyskusji wokół osiągnięć współczesnej genetyki*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1997, s. 245, 239.

bioetycznych. Warto przytoczyć wypowiedź, w której scharakteryzowała stanowisko personalizmu:

Przez personalizm rozumiem teorię etyczną (teorię, a nie tylko przesłankę personalistyczną), która głosi, że działanie zyskuje moralną dobroć przez to, że stanowi akt afirmacji osoby dla niej samej, czyli wyklucza traktowanie osoby jako środka do najświętszych nawet celów. Człowiek posiada status osoby z uwagi na to, że jest rozumnym i wolnym podmiotem swego życia. Z tytułu bycia osobą człowiekowi przysługuje ta specyficzna wartość, którą personaliści nazywają godnością. Wartość tę personalizm uważa za niezbywalną, a wiąże ją wprost z istnieniem człowieka, a nie z większym lub mniejszym stopniem ekspresji właściwych mu z natury cech (np. świadomości) tworzących wspólnie określoną jakość życia. Personalizm nie przeczy, że jakość życia jest dla człowieka ważna, podkreśla jednak, że wartość życia nie zależy od jego jakości⁴⁹⁵.

Osoby nie można redukować do jej przejawów: jest ona jednostkowym bytem substancjalnym, co oznacza, że w relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem – osobą umierającą – podmiot działania musi mieć zawsze na uwadze dobro osoby, która jest celem samym w sobie. Przyjęta w bioetyce Chyrowicz naczelną normą moralności, którą jest godność osoby ludzkiej, jest uniwersalna, ponieważ wskazuje dobro każdego bytu osobowego, wyznaczone przez sposób jego istnienia. Stanowisko Barbary Chyrowicz tak oto ujął Piotr Duchliński:

W etyce personalistycznej wartość osoby jest wartością podstawową i fundamentalną. Jej obligatoryjny charakter jest decydujący przy rozstrzyganiu wszelkiego rodzaju konfliktów etycznych. Jako naczelną normę moralności godność osoby determinuje także treść szczegółowych norm moralnych. Chyrowicz powołując się na godność osoby przy rozstrzyganiu wszelkiego rodzaju konfliktów bioetycznych, ustawia się w optyce personalistycznej. To bowiem osoba oraz jej godność stanowią będą główny filar argumentacji z tymi typami uzasadnienia norm bioetycznych, które z różnych racji metodologicznych jej nie uwzględniają⁴⁹⁶.

Personalizm jako podstawę rozstrzygnięć moralnych przyjmuje godność ontyczną. Tę normę personalistyczną Adam Szostek⁴⁹⁷ wyraził w sformułowaniach zakorzenionych w filozofii starożytnej: *homo homini res sacra* („człowiek człowiekowi jest świętością”), *homo homini summum bonum* („człowiek człowiekowi jest najwyższym dobrem), *persona humana est affirmanda propter se ipsum* („osobę ludzką należy afirmować ze względu na nią samą”). Norma personalistyczna jest traktowana jako *norma normans* („norma normująca”) dla wszystkich pozostałych zasad – nakazów prawa czy norm społeczno-obyczajowych, ponieważ wskazuje osobę jako podstawę ludzkich zachowań.

⁴⁹⁵ B. Chyrowicz, *Bioetyka a metafizyka*. s. 177.

⁴⁹⁶ P. Duchliński, *Bioetyka personalistyczna Barbary Chyrowicz*, [w:] *Bioetyka polska*, s. 136.

⁴⁹⁷ A. Szostek, *Wokół godności, prawdy i miłości. Rozważania etyczne*, KUL, Lublin 1995, s. 34.

Istotnym naruszeniem normy personalistycznej według przedstawicieli tego stanowiska jest także eutanazja noworodków z deformacjami ciała, ludzi z poważnymi upośledzeniami, niepełnosprawnych, nieuleczalnie chorych i osób w podeszłym wieku.

4.6.2 Stanowisko Wojciecha Bołoz

Wojciech Bołoz, jako zwolennik norm antyeutanatycznych, swoje stanowisko uzasadnia, odwołując się do Boga jako źródła życia, jak również poprzez uzasadnienie personalistyczne, które nawiązuje do pojęcia prawa naturalnego zaczerpniętego z filozofii św. Tomasza:

Uzasadnienie personalistyczne jest od strony formy typem uzasadnienia dyskursywnego, polegającego na tym, że przedstawiane są racjonalne argumenty w postaci przesłanek, które prowadzą do akceptacji głoszonych norm. Od strony treści natomiast jest to typ uzasadnienia prawno naturalnego, które we współczesnej teologii stosowane jest w podwójnej postaci, w zależności od sposobu ujmowania natury i prawa naturalnego, który bierze się z podwójnej interpretacji tekstów św. Tomasza⁴⁹⁸.

Pierwsza interpretacja prawa naturalnego, o której pisze Bołoz, zakłada, że prawo to oparte jest na pewnym porządku bytowym. Zmierza do odkrycia sensu w samym człowieku, akcentuje jednocześnie deontologiczny sposób uzasadniania norm, odwołujący się do godności ontycznej, przynależnej każdemu człowiekowi. Sformułowana norma moralna obowiązuje, ponieważ pełni funkcję ochronną w stosunku do osoby. Druga interpretacja z kolei podkreśla rolę twórczego rozumu ludzkiego, który nadaje sens działaniu człowieka. Ta interpretacja kładzie nacisk na przedmiotowość i obiektywizm, uzasadnia normy poprzez odwoływanie się do Boga:

Przy uzasadnianiu teologicznym argumentem przemawiającym za przyjęciem danej normy jest przewidywany skutek danego czynu służący promocji osoby ludzkiej. Racją obowiązywalności danej normy uzasadnianej teologicznie jest również godność osoby. Godność ta jednak stanowi podstawę nie tylko domagania się ochrony osoby, ale także starań o jej rozwój⁴⁹⁹.

Podstawą aksjologiczną prawa naturalnego, o którym pisze Bołoz, jest godność osoby ludzkiej. Treść praw i obowiązków stąd wywodzonych zawarta jest w cielesnej, duchowej, rozumnej i wolnej strukturze osoby ludzkiej, która zdolna jest do życia w społeczeństwie. Oznacza to, że osoba ludzka jest traktowana jako podstawowe źródło zobowiązania moralnego. Argumentacja odnosząca się do pojęcia godności osoby ludzkiej ma wiele zalet – najważniejszą z nich jest to, że nie dopuszcza żadnych wyjątków. Domaga się szczególnego respektowania

⁴⁹⁸ W. Bołoz, *Życie w ludzkich rękach*, s. 39.

⁴⁹⁹ Tamże, s. 41.

praw osób ubogich, wykorzystywanych, spychanych na margines życia, może być odnoszona do indywidualnego człowieka, jak również do całych społeczeństw. Ponadto może stanowić wspólną płaszczyznę dla etyki świeckiej i religijnej, jak pisze autor⁵⁰⁰.

Bołoz wymienia kilka zagrożeń w tym sposobie uzasadniania norm moralnych, m.in.: stawianie człowieka na szczycie hierarchii bytów wyłącznie z racji tego, że ma doskonałość większą od zwierząt, a nie ze względu na jakość tej doskonałości, skrajny optymizm, który grozi zapomnieniem o negatywnej stronie historii ludzkiej, wspomniane przez Magdalenę Środę⁵⁰¹ niebezpieczeństwo przesadnego wiązania etyki z religią. Pomimo tych zagrożeń autor przyznaje, że kryterium godności ludzkiej obiektywizuje całą treść moralną człowieka. Po pierwsze – ukazuje wartość bytu ludzkiego, po drugie – proponuje etykę uzasadnionego optymizmu, po trzecie – pozwala ustalić prawidłowe zależności pomiędzy etyką a religią⁵⁰².

Jako przeciwnik eutanazji Bołoz powołuje się na racje etyczno-religijne. Zjawisko sekularyzmu doprowadziło w opinii autora do osłabienia wrażliwości ludzkiej na Boga i człowieka. Następstwem tego jest pragnienie całkowitej kontroli nad narodzinami i śmiercią człowieka, a także przypisywanie sobie przez człowieka prawa do całkowitego decydowania o własnym losie. Eutanazja jest wyrazem zamknięcia się człowieka na Boga i kulturę transcendencji. W świetle tej postawy ludzkiemu życiu przypisuje się wartość tylko wtedy, gdy jest ono związane z sukcesem i staje się źródłem przyjemności. Decyzje o dopuszczeniu eutanazji według autora są motywowane źle pojętym miłosierdziem wobec osoby chorej. Usprawiedliwieniem dla postaw sprzyjających eutanazji jest przekonanie o bezwartościowości ludzkiego życia, szczególnie w momentach, gdy obfituje ono w cierpienie, obecne w procesie choroby i śmierci. Autor krytykuje zwolenników eutanazji za ich interpretację pojęcia godności i wywodzonego z niej prawa do godnej śmierci:

Zwolennicy eutanazji uważają, że jej praktyki domaga się szacunek dla godności osoby ludzkiej. Godność ta stanowi bowiem nie tylko o wartości ludzkiego życia, ale również o wartości godnej śmierci. Z pojęcia godnej śmierci wyprowadzają oni następnie prawo do godnego umierania, które zostało sformułowane po raz pierwszy w Deklaracji Praw Chorego zredagowanej przez Zrzeszenie Szpitali Amerykańskich w 1973 roku⁵⁰³.

Krytykując zwolenników eutanazji, Wojciech Bołoz, podobnie jak Barbara Chyrowicz, powołuje się na zasadę świętości życia ludzkiego, a możliwość przyjęcia prawa do śmierci traktuje jako zaburzenie odwiecznego porządku: „Przyjęcie eutanazji zagraża podważeniem

⁵⁰⁰ Tamże, s. 45.

⁵⁰¹ M. Środa, *Idea godności...*, s. 182.

⁵⁰² W. Bołoz, *Życie w ludzkich rękach*, s. 46.

⁵⁰³ Tamże, s. 196.

fundamentów prawnego i moralnego porządku w społeczeństwie, którym jest zasada, że cudze i własne życie jest nienaruszalną świętością”⁵⁰⁴.

Autor nie tłumaczy dokładnie, co w tym kontekście oznacza sformułowanie „godna śmierć”. Wskazuje jednak, że eutanazja uderza w podstawowe prawo człowieka, jakim jest prawo do życia. To prawo obowiązuje na każdym etapie życia (przed narodzeniem i po narodzeniu aż do śmierci), w sytuacjach, które człowiek odbiera jako korzystne bądź niekorzystne dla siebie samego. Nikt nie ma prawa odebrać sobie życia, a tym bardziej żądać od innych, aby mu w tym pomogli, nawet w momentach wielkiego cierpienia, tuż przed śmiercią, jak twierdzi autor. Z punktu widzenia personalistycznego, każda forma ludzkiego życia jest wartościowa: „Nawet życie naznaczone chorobą i cierpieniem może stać się czasem osiągnięcia dojrzałości osobowej”⁵⁰⁵.

Bołoz podkreśla także, że eutanazja godzi w dobro wspólne. Podstawową wartością demokracji powinna być godność osoby ludzkiej i wynikające z niej niezbywalne prawa, przede wszystkim prawo do życia, a nie promowane przez utylitarystów prawo do śmierci, rozumiane jako prawo do aktów eutanatycznych. O życiu człowieka nie można decydować na bazie opinii publicznej. Autor wspomina o tym, ponieważ, jak twierdzi, we współczesnym społeczeństwie narasta przekonanie, iż wszelkie decyzje, także na temat legalizacji eutanazji, powinny być podejmowane głosem większości. Eutanazję należy także odróżnić od rezygnacji z uporczywej terapii⁵⁰⁶, a jako alternatywę wobec niej stosować opiekę paliatywną łagodzącą cierpienia. Zdaniem autora istnieją trzy grupy argumentów, które zasadniczo przemawiają przeciwko eutanazji: Bóg jest panem życia i śmierci, eutanazja jest zamachem na życie jako najwyższe dobro doczesne człowieka, eutanazja sprzeciwia się dobru wspólnemu⁵⁰⁷.

Kontynuując temat godnej śmierci, Bołoz pisze, że najważniejsza w ostatnich momentach życia jest pomoc udzielana choremu. Obok specjalistycznej opieki medycznej i pielęgnacyjnej autor duże znaczenie przypisuje, podobnie jak Zbigniew Szawarski, szacunkowi i postawie życzliwości wobec chorego. Odmienne jednak dodaje, że jedną z najważniejszych spraw jest pomoc w odnajdywaniu odpowiedzi na ostatnie religijne pytania dotyczące celowości życia i pochodzenia człowieka.

Wojciech Bołoz traktuje bioetykę jako dział filozoficznej etyki szczegółowej, która polega na ustalaniu norm i ocen w dziedzinie działań ludzkich, poczynwszy od narodzin aż do

⁵⁰⁴ Tamże, s. 199.

⁵⁰⁵ Tamże.

⁵⁰⁶ Tamże, s. 195.

⁵⁰⁷ H. Kapryn, *Bioetyka chrześcijańska Wojciecha Bołoz*, [w:] *Bioetyka polska*, s. 122.

śmierci człowieka. Uzasadnienie norm w bioetyce według autora polega na ukazywaniu słusznym i obowiązującym racji przemawiających za przyjęciem norm moralnych⁵⁰⁸. Spośród typów uzasadnień, które stosowane są w bioetyce, Bołoz opowiada się najpełniej za uzasadnieniem personalistycznym, choć obok takiego opisuje także uzasadnienie religijne i utylitarystyczne, przy czym to ostatnie poddaje całkowitej krytyce.

Uzasadnienie religijne, jak twierdzi autor, polega na odwołaniu się do Objawienia, z którego wynika świętość i nienaruszalność życia ludzkiego. Życie należy pojmować jako dar i jednocześnie największą wartość człowieka chronioną przez normę „nie zabijaj”, a człowieka jako istotę cielesno-duchową, wolną, rozumną i odpowiedzialną, powstałą na obraz Boga. Uzasadnienie personalizmu chrześcijańskiego z kolei skupione jest na osobie i jej przyrodzonej godności, która stanowi kryterium wartościowania moralnego i oceny wszelkich działań, przez co jest uniwersalne i dopuszcza żadnych odstępstw od normy. Uzasadnienie utylitarystyczne w myśli tego autora stanowi zagrożenie dla dobra poszczególnych jednostek i stoi w opozycji do humanistycznej tradycji europejskiej⁵⁰⁹.

Halina Karpyn⁵¹⁰ określa myśl Wojciecha Bołozę jako teologiczno-filozoficzną bioetykę personalistyczną, opartą na założeniach personalizmu chrześcijańskiego:

W personalizmie tym osoba ludzka jest nadrzędna wobec wartości materialnych, społecznych i ekonomicznych. Jej godność, związek z Bogiem i wspólnota z ludźmi wyznacza normy moralne. Owa godność, nadana człowiekowi przez Boga, zasada miłości Boga i bliźniego, przeciwstawia się wszelkiemu uprzedmiotowieniu człowieka, manipulowaniu jego naturą i pozbawianiu go prawa do życia⁵¹¹.

4.6.3 Stanowisko Tadeusza Ślipki

W myśli Tadeusza Ślipki (przedstawiciela personalizmu ontologicznego) poszczególne dobra układają się w hierarchię, w której człowiek jako osobowy byt podporządkowany jest osobowemu Absolutowi. W kwestiach moralnej oceny eutanazji autor powołuje się na elementarne założenia chrześcijańskiej antropologii filozoficznej – szczególnie ideę osoby ludzkiej, która stanowi podstawę normatywnych rozstrzygnięć w zakresie bioetyki chrześcijańskiej. Podobnie jak przywołani wyżej autorzy – Barbara Chyrowicz i Wojciech Bołoz – Ślipko pojmuje życie ludzkie jako wartość moralną, z której wynika nakaz uszanowania go i zakaz eutanazji (tak biernej, jak i czynnej):

⁵⁰⁸ W. Bołoz, *Życie w ludzkich rękach*, s. 34.

⁵⁰⁹ Tamże, s. 35–48.

⁵¹⁰ H. Karpyn, *Bioetyka chrześcijańska...*, s. 123–124.

⁵¹¹ Tamże, s. 123.

Dominujące miejsce w tej nauce zajmuje niewątpliwie zasada, która stanowi przesłankę normatywnych rozstrzygnięć chrześcijańskiej bioetyki. Stwierdza ona niepogwałcalną wartość moralną osoby ludzkiej jako rozumnego podmiotu istnienia i działania moralnego. W odniesieniu do eutanazji zasadę tę należy wzbogacić o treść idei rozwiniętej w ramach antropologicznych założeń: życie człowieka jako podstawowy, substancjalny akt człowieka utożsamia się z jego osobowym rozumnym bytem, a tym samym i z jego moralną wartością (...). W zastosowaniu do życia ludzkiego akceptacja dobra moralnego utożsamiająca się w tym wypadku z moralną godnością osoby ludzkiej przybiera postać szczegółowego nakazu uszanowania tego życia, czyli zajęcia odpowiedniej postawy i dyktowanych przez nią rozumnych zachowań zarówno samej żyjącej osoby jako podmiotu życia, jak i osób postronnych⁵¹².

Tadeusz Ślipko w swoich pracach z zakresu bioetyki wskazał podstawy i granice moralnej nienaruszalności życia ludzkiego. Analizując osobowy byt, jakim jest człowiek, podkreślał szczególnie jego jedność duchowo-cielesną. Przejawem pierwiastka ducha w człowieku jest jego intelekt i wolna wola, co sprawia, że zasługuje on na szacunek i uznanie. Godność moralna – jak ją określa Ślipko – przysługuje człowiekowi z faktu bycia człowiekiem: nie otrzymuje jej z zewnątrz (np. od społeczeństwa) ani w następstwie czegoś (np. rozwoju moralności). Godność tkwi w człowieku od początku jako niezbywalny atrybut. Normatywne sformułowania odnoszące się do życia ludzkiego Ślipko buduje więc w odniesieniu do koncepcji godności osoby:

Życie ludzkie jest obiektywnie tożsame z osobową strukturą bytu ludzkiego, tej zaś strukturze przysługuje nie tylko doskonałość ontyczna, ale także fundamentalna godność i wartość moralna, w takim razie również życie ludzkie partycypuje w owej godnościowej wartości i samo się w analogiczną wartość przemienia. W ten sposób życie ludzkie zostaje włączone w etyczną treść osoby i razem z nią nabiera sensu wartości nadrzędnej i niepogwałcalnej⁵¹³.

Ślipko rozważa eutanazję z filozoficzno-etycznego punktu widzenia, jak sam uściśla, zgodnie ze stanowiskiem etyki chrześcijańskiej. Punktem wyjścia jest koncepcja człowieka jako osoby, ukonstytuowanej dzięki pierwiastkowi duchowemu, który sprawia, że człowiek wyrasta poza otaczającą go przyrodę:

Człowiek zatem jest bytem nie tylko innym, ale istotowo, u samych korzeni swej natury bytem wyższym, jest – krótko mówiąc – osobą. Stwierdzenie osobowego charakteru ludzkiej istoty nie wyczerpuje wszakże pełnej zawartości priorytetu człowieka względem przyrody. Idzie o to, że w myśl chrześcijańskiego pojmowania człowieka na gruncie duchowego wymiaru jego natury kształtuje się równie fundamentalny wymiar moralny tejże natury. Wyraża się on w skierowaniu samego człowieka i jego rozumnej dynamiki do celów transcendentnych, przez realizację

⁵¹² T. Ślipko, *Bioetyka. Najważniejsze problemy*, s. 315.

⁵¹³ Tamże, s. 310.

optymalnego wzorca swojej osobowej doskonałości i odpowiadających tej doskonałości imperatywów⁵¹⁴.

Pojęcie osoby ludzkiej zasługuje na szacunek i akceptację, ze względu na wsobną moralną wartość, jaką jest godność – pisze Ślipko⁵¹⁵. Życia człowieka nie możemy pojmować jako osobnego, partykularnego dobra, wymienialnego na inne dobra. Idea tożsamości życia z fundamentalną podmiotowością stanowi przesłankę dla kolejnej zasady, zgodnie z którą moralna wartość ludzkiego życia jest miarą moralnej wartości osoby ludzkiej. Zgodnie z tymi przesłankami życie ludzkie stanowi niepogwałcalną wartość moralną, konsekwencją czego jest niezbywalne prawo do życia i zakaz eutanazji, jak twierdzi autor⁵¹⁶.

Tadeusz Ślipko, podobnie jak Barbara Chyrowicz, odnosi się do zagadnienia cierpienia. Jak twierdzi – cierpienie nie przekreśla możliwości moralnego doskonalenia się człowieka, choć w pewnych przypadkach jest tak ciężkie, że można je porównać do męczeństwa. Moralne dostojęństwo męczeństwa jest więc udziałem wyłącznie istoty rozumnej, która potrafi wnieść się na wyżyny własnej cielesności i znieść cierpienie w imię człowieczeństwa, świadcząc tym samym o moralnej doskonałości, która swój fundament znajduje w transcendentnym wymiarze ludzkiej egzystencji⁵¹⁷.

Eutanazja nie znajduje także moralnego uzasadnienia w wolności człowieka: według Ślipki zwolennicy eutanazji kierują się wypaczoną wizją wolności, a co z tego wynika – nieracjonalną wizją godności ludzkiej. Powodem tego jest redukowanie wolności do psychologii i przyznawanie jej w tym wymiarze pozycji wartości autotelicznej. To obiektywny ład zakorzeniony w rozumnej naturze ludzkiej wyprzedza i warunkuje prawo pozytywne, prawo zwyczajowe, prawo państwowe, wszystkie wartości, w tym wolność, jak twierdzi autor. Ten obiektywny ład moralny jest podstawowym systemem regulatywnym, który stawia przed ludźmi naczelny ideał osobowej doskonałości człowieka, roztacza przed nimi świat obiektywnych wartości i imperatywów moralnych, określa zbiór ocen i norm adekwatnych do wolności, która realizuje się w ramach działań godnych człowieka:

Człowiek z racji swej psychologicznej natury umieszczony na szczycie hierarchii bytów widzialnego świata i z tego już tytułu odznaczający się należną mu godnością rozumnego bytu osiąga pełną nobilitację godnościową w nierozłącznie z jego naturą związanym moralnym ładzie. Ten bowiem ład nie tylko dopełnia i wzbogaca jego istotową wielkość, ale ponadto wyposaża go w duchowe moce, które swym porządkującym funkcjonowaniem i treściową wymową otwierają

⁵¹⁴ Tamże, s. 41.

⁵¹⁵ T. Ślipko, *Spacerem po etyce*, Petrus, Kraków 2010, s. 171.

⁵¹⁶ Tamże, s. 171–172.

⁵¹⁷ Tamże, s. 173.

przed nim coraz wyższe perspektywy osobowego rozwoju aż po transcendentne krańce ludzkiej kondycji (...). Niewątpliwie analiza tego rozległego fenomenu moralności wykrywa w nim także imperatyw szacunku człowieka dla przysługującej mu osobowej godności⁵¹⁸.

Refleksja etyczno-filozoficzna dotycząca eutanazji w ujęciu Tadeusza Ślipki za punkt wyjścia przyjmuje ideę osoby ludzkiej i podkreśla jej wartość moralną. Jak podsumowuje sam autor, zgodnie z myślą personalizmu chrześcijańskiego: „Ostateczny wniosek nasuwa się taki. W świetle spirytualistycznej koncepcji godności człowieka nie ma miejsca na usprawiedliwienie eutanazji jako ekstremalnej formy przeciwstawienia się człowiekowi trapiącemu go cierpieniem”⁵¹⁹.

4.6.4 Szacunek dla autonomii a godność osobowa człowieka. Stanowisko Lesława Niebrója

W starożytnej Sparcie i w hitlerowskich Niemczech wszelkie działania, które nazywane były eutanatycznymi, nie miały na celu dobra – ochrony godności osobowej. Służyły usunięciu ze społeczności chorych jednostek. Jak wskazuje Lesław Niebrój⁵²⁰, dopiero gwałtowny rozwój medycyny, który doprowadził do wydłużenia życia (w sensie biologicznym) w takim stopniu, że stało się ono zagrożeniem dla życia osobowego pacjenta, wpłynął na dyskusję o godnej śmierci wyrażanej poprzez „prawo do eutanazji”. Ten postęp uświadomił ludziom potrzebę zredefiniowania pojęcia „życie ludzkie” i odpowiedzi na pytania dotyczące roli medycyny i samego lekarza: „Rozwój ten postawił więc współczesnego lekarza wobec problemu, z którym *ex genere* nie musieli borykać się jego poprzednicy: czy zadaniem medycyny jest chronić życie osoby, czy życie człowieka i to w sytuacji, kiedy jedno przeciwstawia się drugiemu?”⁵²¹.

W myśl tego rozróżnienia bycie człowiekiem oznaczałoby przynależność do gatunku biologicznego, natomiast bycie osobą ludzką w swej wolności rozumnie decydującą o własnym życiu określałoby ludzką godność. W kontekście tych rozważań kluczowym wydaje się pytanie o tożsamość medycyny i odpowiedzialność służby medycznej, ponieważ przejęcie całkowitej kontroli nad życiem biologicznym i osobowym wzmacnia tendencję do zmedykalizowania całego życia ludzkiego: „Postęp medycyny doprowadził do uwidocznienia różnicy pomiędzy osobą a człowiekiem. Zatem medycyna musi określić swą tożsamość i przeznaczenie: czy

⁵¹⁸ Tamże, s. 217.

⁵¹⁹ T. Ślipko, *Bioetyka. Najważniejsze problemy*, s. 335.

⁵²⁰ L. Niebrój, *Eutanazja: pytanie o (nową?) tożsamość medycyny*, „Medycyna po Dyplomie”, 2001, 10, 1 (60), s. 18.

⁵²¹ Tamże, s. 18–20.

służyć człowiekowi traktowanemu w kategoriach organizmu biologicznego, czy też osobie ludzkiej i jej godności”⁵²².

Te rozważania Lesław Niebrój kontynuuje, pisząc o istotnej różnicy pomiędzy eutanazją a samobójstwem, a także o pojęciu autonomii i godności ludzkiej:

Podjęta w pracy analiza filozoficzna koncepcji „bycia człowiekiem”, „bycia osobą ludzką”, „życia biologicznego” oraz „życia osoby ludzkiej” dowodzi, że przyczyna celowa samobójstwa jest oczywiście inna od takiej przyczyny eutanazji. Samobójstwo zmierza bowiem do zniszczenia życia osoby ludzkiej, które jest uważane za będące pozbawione godności. Przyczyną celową eutanazji jest natomiast ochrona godności tego życia zagrożonego niską jakością życia biologicznego, spowodowaną zarówno przez samą chorobę, jak i stosowne leczenie, nawet jeżeli tylko paliatywne⁵²³.

Socjologiczne badania empiryczne, na które powołuje się Lesław Niebrój⁵²⁴, jednoznacznie wskazują, że pacjenci geriatryczni i osoby umierające za najważniejsze kwestie w ostatnim etapie życia uznają godność ich osoby w procesie leczenia, a także w chwili śmierci. Autor powołuje się na te wypowiedzi, ponieważ, jak wskazuje – centralnym problemem, wokół którego skupiają się specjaliści w zakresie etyki medycznej, nie jest wspomniana godność pacjenta, a raczej jego autonomia i zaangażowanie go w podejmowanie decyzji na temat procesu leczenia:

Studium przeprowadzone przez S. Joffe’go i współautorów paradoksalnie dowodzi, że centralny problem, jakim dla etyków jest kwestia autonomii pacjenta, nie jest dla samych pacjentów centralnym problemem etycznym. Takie miejsce zajmują raczej kwestie respektu i godności pacjenta, a nie zaangażowanie go w podejmowanie decyzji⁵²⁵.

Lesław Niebrój podkreśla wagę argumentów dotyczących godności, szczególnie w etyce medycznej, choć, jak sam wspomina, żadne badania jasno nie wskazują, co dokładnie ludzie rozumieją przez to pojęcie. Z uwagi na problemy z dookreśleniem definicyjnym, zwłaszcza wśród samych pacjentów geriatrycznych, których wypowiedzi zostały ujęte w badaniach socjologicznych, autor wspomina o trzech kwestiach z jakimi respondenci najczęściej wiązali pojęcie godności. Były to: godność tożsamości – szacunek, respekt dla

⁵²² L. Niebrój, *Godność ludzkiego życia: eutanazja i samobójstwo*, „Polski Mercuriusz Lekarski”, 2005, t. 19, nr 109, s. 123–124.

⁵²³ Tamże, s. 122.

⁵²⁴ Lesław Niebrój powołuje się na następujące studium: S. Joffe, M. Manocchia, J.C. Weeks, P.D. Cleary, *What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics*, „Journal of Medical Ethics”, 2003, 29(2), s. 103–108.

⁵²⁵ L. Niebrój, *Autonomia a godność osoby starszej*, [w:] *Starzenie się a satysfakcja...*, s. 42.

samego siebie, integralność i zaufanie, prawo do sprawiedliwości i wolności wyboru oraz autonomia rozumiana jako niezależność od woli innych osób⁵²⁶.

Bioetyka i etyka medyczna zorientowane personalistycznie odwołują się do koncepcji godności ludzkiej. Zazwyczaj są przeciwstawiane lub traktowane jako alternatywne wobec argumentacji odwołującej się do autonomii pacjenta, jak twierdzi Niebrój. Przełom w tej kwestii nastąpił w 1972 roku, kiedy sformułowano Kartę Praw Pacjenta. Zgodnie z założeniami tego dokumentu pacjent miał zostać włączony w proces leczenia z poszanowaniem jego prawa do autonomii. Dodatkowo – jak twierdzi Niebrój⁵²⁷ – pojęcie godności jest trudne do zdefiniowania i często bywa nadużywane, stąd takie podejście:

W etyce medycznej, w tym także w opiece nad pacjentami geriatrycznymi, koncepcja godności wydaje się być traktowana jako alternatywa dla bioetyki zorientowanej wyłącznie na autonomię osoby. Jest to przy tym koncepcja posiadająca niewątpliwie ogromną tradycję, uwzględniająca wiele różnych punktów widzenia, w szczególności filozofii, psychologii i religii (...). Jeżeli jednak poddać swoistej metarefleksji rozważania nad godnością ludzką podejmowane z tak różnych punktów widzenia, okazać się może, że – co najmniej w bardzo wielu przypadkach – termin godność pojawia się w nich jedynie jako swego rodzaju ozdobnik retoryczny. Wobec braku w tych rozważaniach odpowiednich definicji operacyjnych tego, co rozumie się poprzez „godność”, wydawać się może, że nazbyt często mamy do czynienia z użyciem znaków języka pozbawionych wszelkich odniesień semantycznych⁵²⁸.

Autor proponuje, by zasady autonomii nie redukować do nakazu nienaruszalności decyzji pacjenta, a traktować ją raczej jako cel podmiotowy działań lekarza, zwłaszcza w odniesieniu do opieki medycznej nad pacjentem geriatrycznym. Ponieważ pacjentów w podeszłym wieku, z uwagi na demencję, ograniczenia samodzielnego funkcjonowania, trudności w uzyskaniu świadomej zgody na leczenie, zwykło się uważać za osoby niezdolne do podejmowania autonomicznych decyzji. Niebrój proponuje więc reinterpretację zasady autonomii w odwołaniu do godności osobowej:

Godność osobową wyznacza podejmowanie decyzji autonomicznych, nie zaś ich zakres. Autonomia pacjenta, w tym pacjenta geriatrycznego, zakłada przecież jedynie posiadania (w sensie „posiadać”: „mieć i móc korzystać”) jedynie adekwatnej (dotyczącej istoty zabiegu i jego życiowo ważnych dla chorego konsekwencji), a nie pełnej, czy wyczerpującej (lub za taką uznanej) wiedzy⁵²⁹.

⁵²⁶ Tamże, s. 43.

⁵²⁷ Tamże.

⁵²⁸ Tamże, s. 42–43.

⁵²⁹ L. Niebrój, *Zasada autonomii w etyce medycznej – pacjent geriatryczny*, „Gerontologia Polska”, 2002, 10(3), s. 118.

O autonomii pacjenta można mówić jako o potencjalności samej osoby (o osobie jako podmiocie autonomicznym) oraz o aktualności jej decyzji (o przejawach działania osoby – jej czynach, wyborach i działaniach autonomicznych). Działania danego człowieka są autonomiczne, ponieważ osoba, która je podejmuje, jest autonomicznym podmiotem:

Autonomia w pierwszym znaczeniu jest warunkiem sine qua non autonomii, w drugim ze wskazanych znaczeń. Nie znaczy to zatem, że orzekanie o podmiocie jako o autonomicznym domaga się takiego orzekania o wszystkich jego czynach. Innymi słowy, uznanie w podmiocie moralnym godności na mocy należnej mu autonomii nie oznacza, że nieuznanie autonomiczności poszczególnych czynów tego podmiotu przekreśla akceptację jego osobowej godności⁵³⁰.

Z faktu bycia osobą ludzką wynika tzw. obiektywna godność. Godność subiektywna (społeczna, osobowościowa) – jak uważa Lesław Niebrój, powołując się na Ann Gallagher – jest łatwiejsza do dookreślenia, ponieważ jednostki nabywają ją na bazie zdobytego doświadczenia życiowego i przyznawanych zasług. Poszanowanie godności subiektywnej nie stanowi większego dylematu etycznego. Kiedy natomiast formułowane są normy deontologiczne dla pracowników służby zdrowia sprawujących opiekę nad osobami starszymi, w odwołaniu do godności obiektywnej, powstaje wrażenie – jak twierdzi autor – że dotyczą one autonomii i integralności osób starszych. Dlatego Niebrój proponuje zredefiniowanie pojęcia autonomii w odniesieniu do zasady poszanowania godności ontycznej pacjenta:

Powołanie się na zasadę poszanowania godności pacjenta wydaje się nie tyle ustanawiać nową zasadę, co jedynie być postulatem, aby zredefiniować pojęcie autonomii, według którego ustala się normy w etyce medycznej. Kluczowym zagadnieniem wydaje się przy tym przełożenie akcentu z rozumienia autonomii jedynie w perspektywie jej przejawów (autonomiczne decyzje, owoc autonomii pacjenta, zaktualizowana autonomia) na rzecz podmiotu zdolnego do autonomii (potencjalność autonomii). (...) Nie chodzi bowiem o to, by lekarzowi i innym pracownikom ochrony zdrowia jedynie zakazać naruszania autonomicznie podjętych przez pacjenta decyzji, lecz raczej o to, by ich zobowiązać do podjęcia pozytywnych działań na rzecz promocji autonomii pacjenta⁵³¹.

Podsumowanie

Jak starałam się wykazać powyżej, zarówno bioetycy powołujący się na zasadę świętości życia, jak i ci, którzy powołują się na zasadę jakości życia, odnoszą się do pojęcia godności ludzkiej, odmiennie je jednak interpretują. Obydwie strony tego sporu obwiniają się za obojętność wobec

⁵³⁰ Tamże, s. 116.

⁵³¹ L. Niebrój, *Autonomia a godność osoby starszej*, s. 43–44.

umierającego człowieka, naruszanie ładu moralnego, obyczajowego, błędne rozumienie autonomii i sensu cierpienia, przy czym jedni i drudzy uważają siebie za obrońców praw ludzkich.

Zwolennicy zasady świętości życia nawiązują do godności ontycznej, którą wywodzą z prawa naturalnego (głównie w odniesieniu do pism św. Tomasza). Jak podkreślają personaliści, których stanowiska przywoływałam w powyższym rozdziale (Barbara Chyrowicz, Wojciech Bołoz, Tadeusz Biesaga, Tadeusz Ślipko), bioetyka bazująca na kategorii godności osoby powinna stanowić aksjomat współczesnej kultury i funkcjonować jako fundamentalne pojęcie międzynarodowych deklaracji bioetycznych.

Stanowisku personalistycznemu bliskie jest także podejście Lesława Niebrója, który proponuje, by zasady autonomii nie redukować do nakazu nienaruszalności decyzji pacjenta, lecz zredefiniować to pojęcie w odniesieniu do zasady poszanowania godności ontycznej.

Bioetycy, którym bliższa jest zasada jakości życia częściej powołują się na potrzebę uszanowania: godności osobistej cierpiącego pacjenta; jego prawa do szacunku zwłaszcza w opiece paliatywnej; autonomii kompetentnych pacjentów; możliwości wyrażania opinii w dokumentach zawierających dyrektywy na przyszłość (np. testamenty), obowiązujące w chwilach, gdy podmiot traci kompetencje do wyrażenia swojej woli. Za sprawą tych oświadczeń woli prawo podmiotu do decydowania o własnym losie zostaje przedłużone i powinno być wiążące, gdy pacjent nie jest w stanie prawomocnie podjąć decyzji. Wśród nich wymienić możemy: Zbigniewa Szawarskiego, Jana Hartmana, Danutę Ślęczek-Czakon, Helene Eilstein, Jacka Hołówkę, Weronikę Chańską, Bogusława Wolniewicza, Kazimierza Szewczyka, Mieczysława Gałuszkę.

Na kształt współczesnej medycyny, w której bardzo istotną rolę odgrywa autonomia pacjenta, z pewnością miały wpływ ruchy na rzecz „godnej śmierci”, które z dużym uszczegółowieniem opisał Kazimierz Szewczyk – przedstawiciel bioetyki kulturowej. Na doniosłość sporów o godną śmierć zwraca także uwagę Lesław Niebrój, który twierdzi, że z jednej strony zaowocowało to zwróceniem uwagi na autonomię pacjenta i rozwojem ruchu opieki paliatywnej, z drugiej natomiast: powstaniem ruchów głoszących potrzebę legalizacji eutanazji i samobójstw wspomaganych przez lekarza⁵³².

W opinii Lesława Niebrója, Moniki Fajler, Marka Olejniczaka w polskiej literaturze medycznej dotyczącej eutanazji, dominują postawy przeciwne temu zabiegowi, które podkreślają wartość ludzkiego życia oraz upatrują alternatywy w opiece paliatywnej, czego

⁵³² Tamże, s. 254.

odzwierciedleniem jest obszerna literatura poświęcona temu tematowi. Równie obszerna zdaniem autorów jest literatura filozoficzna oraz literatura o charakterze prawnym, choć i tak pozostaje tu wiele kwestii do uzupełnienia. Brakuje natomiast większej liczby badań na temat eutanazji w literaturze o charakterze teologicznym, socjologicznym, historycznym i psychologicznym⁵³³.

Co warto zaznaczyć – obydwie strony sporu podkreślają, że pojęcie „godnej śmierci” jest oksymoroniczne, niejasne, nadużywane w dyskusjach etycznych, co sprawia, że celowo unikają go, rozważając tematykę śmierci. Zgadza się także z podejściem, które zakłada, że umieranie jest zazwyczaj czasem wzmożonej opieki nad chorym. W tym okresie istotne są: łagodzenie lub uśmierzanie bólu, obecność rodziny, wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa u pacjenta i zapewnienie mu należytej opieki medycznej i psychologicznej, należyte obchodzenie się i dbanie o jego ciało oraz szereg innych zabiegów, które zapewnią poczucie godności osobistej pacjenta.

Zwolennicy idei ruchów hospicyjnych są zdania, że życie należy afirmować do końca, pomimo bólu i dolegliwości związanych z chorobą. Jak podkreślają Weronika Chańska i Zbigniew Żylicz – cechą charakterystyczną opieki paliatywnej, na której skupione są hospicja, jest angażowanie pacjenta w proces podejmowania decyzji odnośnie zakresu i form sprawowanej nad nim opieki, zaspokajanie potrzeb psychicznych pacjentów: „Specjaliści opieki paliatywnej zazwyczaj przyznają swoim pacjentom znacznie szerszy zakres autonomii niż zwykli to czynić przedstawiciele innych dyscyplin medycznych. Mają też zazwyczaj większą świadomość roli, jaką w relacji lekarz – pacjent odgrywa skuteczna komunikacja”⁵³⁴.

⁵³³ L. Niebrój, M. Fajler, M. Olejniczak, *Refleksje nad eutanazją w polskiej literaturze medycznej*, [w:] *Health care: professionalism and responsibility*, red. L. Niebrój, M. Kosińska, Wydawnictwo ŚAM, Katowice 2005, s. 101.

⁵³⁴ Chańska W., Żylicz Z., *Etyczne aspekty opieki paliatywnej*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, s.269.

Zakończenie

Celem, jaki sobie postawiłam, było zbadanie obecności i zastosowania pojęcia godności w wypowiedziach polskich bioetyków. Przyjęłam założenie, że skoro godność od dawna jest uznawana za wartość fundamentalną bądź najwyższą, stanowi podstawę praw człowieka, a pojęcie godności człowieka jest stosowane w różnych dyscyplinach i odnoszone do różnych obszarów życia ludzkiego w wymiarze indywidualnym i społecznym, to powinno być ważną kategorią w poglądach polskich bioetyków. Wstępna lektura prac polskich bioetyków potwierdziła ten domysł – autorzy często przywołują to pojęcie, zarazem niekiedy uznają (jak Jan Hartman czy Barbara Chyrowicz), że jest ono niejasne, perswazyjne i nadużywane. Wyjaśnienie treści tego pojęcia i jego znaczenia w rozważaniach bioetyków, w szczególności w wywodzeniu i uzasadnianiu norm moralnych, wymagało przeprowadzenia szczegółowych analiz. Znajomość literatury dotyczącej godności ukazała, że powszechne jest ujęcie człowieka jako istoty, która posiada szczególne własności i zasługuje na ochronę moralną. Różnice pomiędzy bioetykami dotyczą więc znaczeń, w jakich używane jest pojęcie godności wrodzonej lub godności nabytej. Dalsze poszukiwania ujawniły cztery sposoby pojmowania godności: ontycznej (ludzkiej, osobowej), osobowościowej, osobistej, społecznej. Postanowiłam skupić uwagę właśnie na tej klasyfikacji.

Większość polskich bioetyków pozostaje pod wpływem myśli chrześcijańskiej, dlatego odwołują się do pojęcia osoby i godności wrodzonej. Z kolei przedstawiciele bioetyki laickiej zazwyczaj podkreślają znaczenie godności nabytej.

Opublikowane w Polsce prace, które poruszają problematykę godności w bioetyce, są w większości oparte na argumentacji etyki personalistycznej i deontologicznej, ale istnieją także wypowiedzi zawierające założenia typowe dla utilitaryzmu, konsekwencjalizmu i liberalizmu. Widoczne zróżnicowanie polskiej bioetyki (chrześcijańska i laicka) uzasadnia podjęcie tematyki i porównanie koncepcji godności wrodzonej (ontycznej) z koncepcją godności nabytej (osobowościowej, osobistej, społecznej) w ramach jednego opracowania, zestawiającego stanowiska personalistów, deontologów, przedstawicieli bioetyki kulturowej i stanowisk liberalno-konsekwencjalistycznych.

W rozdziale pierwszym, *Godność w ujęciu polskich bioetyków*, przeprowadziłam szczegółową analizę czterech sposobów pojmowania godności. Znaczenia pojęcia godności, pomimo jego wieloznaczności i zmienności, powszechnie się nie kwestionuje, choć zdarzają się nieliczne głosy podważające jej sens, na co wskazał J. Mariański. **Godność osobowa** (ontyczna, ludzka, przyrodzona) szczególne miejsce zajmuje w rozważaniach personalistów.

Pojmowana jest przez nich jako specyficzna wartość osoby ludzkiej, przynależna każdemu człowiekowi. Może być rozpatrywana w dwóch aspektach: nadprzyrodzonym i naturalnym. Jest pojmowana jako wartość uniwersalna, absolutna, której nie wyznaczają relacje międzyosobowe, samoocena, funkcje pełnione przez człowieka w społeczeństwie. W tym rozumieniu jest to wartość ontyczna, czyli trwała, wrodzona, niezbywalna; jednocześnie jest źródłem praw człowieka i norm moralnych w medycynie i innych obszarach życia (np. prawodawstwie) i innych rodzajów godności (np. osobowościowej) nakazujących bezwzględny szacunek dla życia ludzkiego. Przedstawiciele innych orientacji filozoficznych (np. konsekwencjalizmu) nie negują godności ontycznej, ale przypisują ją zwykle istotom ludzkim, które osiągnęły status osoby w ujęciu antysubstancjalnym: związanym z rozwojem organizmu, warunkującym pojawienie się takich cech jak myślenie, intencjonalność i zdolność do podmiotowości moralnej – zwykle dotyczy to ludzi od czasu urodzenia. Spór o pojmowanie godności ontycznej związany jest z pojmowaniem osoby ludzkiej i oceną wartości ludzkiego życia.

Z kolei **godność nabyta** jest pojmowana na trzy sposoby: jako godność osobowościowa, godność osobista (związana z poczuciem godności) i godność społeczna. **Godność osobowościowa** odnosi się do wartości wypracowanej. Ma swoje źródła w obronie własnej tożsamości, aktywności skierowanej ku innym i własnej twórczości, łączy się z darem posiadania szacunku. Jest to pewna doskonałość będąca wynikiem osobowości, którą człowiek osiągnął samodzielnie. Nie jest ona redukowalna do momentu śmierci, bo w rozumieniu osobowościowym szacunek względem tej osoby trwa tak długo, jak pamiętamy o zmarłym. Liczni autorzy (M. Ossowska, T. Kotarbiński, B. Chyrowicz, A. Szostek) tak właśnie ją pojmują. **Godność osobista i poczucie godności** wiąże się z poczuciem własnej wartości i jest sposobem wyrażania jej na zewnątrz: to postawa i cecha charakteru, dzięki której człowiek postępuje zgodnie z wybranym systemem wartości i przekonań, w stosunku do siebie i do innych. Takie pojmowanie spotykamy w wypowiedziach T. Biesagi, J. Gajdy, J. Kozieleckiego, W. Chudego czy J. Mariańskiego. Niektórzy autorzy, jak M. Środa, odróżniają godność osobistą od poczucia godności. Dla Andrzeja Szostka to pojęcie ma najmniejsze znaczenie dla etyki normatywnej, właśnie z uwagi na jego indywidualny (poczuciowy) charakter. **Godność społeczna** łączy się z zawodową lub społeczną rolą człowieka, może być rozumiana jako zasługa lub urząd, etos zawodowy (np. lekarza). Tak pojmowana godność wiąże się z władzą, autorytetem, niekiedy wyłącznym prawem do podejmowania decyzji. Do tego pojęcia odwołują się m.in. Z. Szawarski, J. Mariański, A. Grzegorzczak, J. Hartman, K. Szewczyk, M. Gałuszka. Wyróżnione cztery pojęcia godności zostały w następnych rozdziałach prześledzone w

perspektywie ich występowania w rozważaniach bioetyków polskich i wywodzenia z nich norm moralnych dotyczących relacji lekarz – pacjent, początków i końca życia ludzkiego. W rozdziale pierwszym, głównie za B. Chyrowicz, omówiłam sposoby uzasadniania norm w bioetyce – teleologiczny (konsekwencjalistyczny) i deontologiczny – by w dalszych rozdziałach nie było konieczne objaśnianie nazw stanowisk omawianych bioetyków. Wprawdzie T. Biesaga dostrzega trzy konkurujące ze sobą uzasadnienia norm moralnych: utylitarystyczne (uznające za dobre to, co przynosi korzyść), deontonomiczne (uznające za dobre to, co jest nakazane przez odpowiedni autorytet) i personalistyczne (wyrażające afirmację dla godności osoby), jednak personalizm moim zdaniem można traktować jako wersję deontologii, dlatego podział na dwa modele uzasadniania przyjął jako bardziej czytelny. Niekiedy wskazując na typowe założenia konsekwencjalizmu, przytaczałam wypowiedzi zwolenników deontologizmu, i odwrotnie – cytowałam wypowiedzi rzeczników konsekwencjalizmu omawiających stanowisko przeciwników (deontologów). Można uznać, że obie strony widzą odmiennność tych stanowisk, wiernie opisują założenia strony przeciwnej, różnią się w ocenie tych stanowisk: to znaczy zwolennicy deontologizmu (i personalizmu) oceniają konsekwencjalizm jako stanowisko błędne, a zwolennicy konsekwencjalizmu negują zasadność założeń deontologicznych (właśnie z powodu skutków, do jakich prowadzą). Na uwagę zasługuje opinia J. Hartmana, który w jednej wypowiedzi wyraził przekonanie, że z obowiązku poszanowania godności ludzkiej można wyprowadzić całą deontologię, a „te same zagadnienia prawie zawsze mogą być harmonijnie naświetlone z punktu widzenia deontologicznego, personalistycznego, konsekwencjalistycznego i eudajmonistycznego” (cytat na s. 38). O ile pierwsza teza Hartmana znajduje potwierdzenie w dalszych analizach wypowiedzi personalistów, to ta druga raczej nie znalazła potwierdzenia, ponieważ zgodność tych stanowisk w wywodzeniu zbioru powinności wobec pacjenta jest niewielka (poza ogólnymi zaleceniami nieszkodzenia pacjentowi, dbania o jego dobro i sprawiedliwość).

Rozdział drugi, *Godność podstawą właściwej relacji lekarz – pacjent*, dotyczy społecznego wymiaru autorytetu lekarza ujmowanego w kontekście godności osobowej, osobistej i osobowościowej lekarzy oraz godności ontycznej i osobistej pacjenta. Z uwagi na przeobrażenia spowodowane rozwojem medycyny starałam się wykazać, że w etyce lekarskiej (niewątpliwie także pod wpływem ustanowienia praw pacjenta i refleksji bioetycznej) nastąpiła zmiana w pojmowaniu relacji lekarz – pacjent i autorytetu lekarza. Tradycyjny model paternalizmu lekarskiego wymaga zmiany na rzecz uszanowania autonomii pacjenta i współuczestniczenia pacjenta w procesie diagnozowania i terapii. W środowisku polskich bioetyków i lekarzy nadal istnieją zwolennicy paternalizmu, jednak i oni biorą pod uwagę

autonomię pacjenta, choć różnie nakreślają jej granice. To zróżnicowanie postaw bioetyków i lekarzy ukazałam, omawiając paternalizm i antypaternalizm w etyce lekarskiej i ich zastosowanie w istniejących modelach relacji lekarz – pacjent (np. model kolegialny, kontraktualny, inżynierski – analizowane i oceniane przez P. Łukowa; model legalistyczny, ekonomiczny, negocjacyjny, kontraktalistyczny religijny – opisywane i oceniane przez T. Biesagę). Można dostrzec, że różnica pomiędzy zwolennikami autonomizmu i paternalizmu dotyczy szczególnie ujęcia godności ontycznej pacjenta i zmian w pojmowaniu autorytetu lekarza – czyli pojęcia godności społecznej. Pojęcie godności (zwłaszcza osobistej) jest często definiowane poprzez odniesienie się do pojęcia autonomii pacjenta. Dla personalistów najważniejsza jest godność ontyczna każdej osoby ludzkiej, choć dostrzegają także inne rodzaje godności nabytej. Dla bioetyków świeckich z kolei istotna jest godność osobista, osobowościowa, choć nie negują godności ontycznej. Problem właściwej relacji terapeutycznej dotyczy szczególnie ujęcia godności ontycznej pacjenta i zmian w pojmowaniu autorytetu lekarza – czyli pojęcia godności społecznej. Pojęcie godności (najbliższe koncepcji godności osobistej) występuje w wypowiedziach Zbigniewa Szawarskiego, Jana Hartmana, Danuty Ślęczek-Czakon, Alicji Przyłuskiej-Fischer, związane jest z autonomią pacjenta i pojęciem szacunku. Zestawienie różnych stanowisk pozwala także na wychwycenie pewnej różnicy w podejściu do kwestii autonomii pacjenta i jej związku z zaufaniem. Zwrócili na nie uwagę przedstawiciele różnych stanowisk, zarówno personaliści (Tadeusz Biesaga, Tadeusz Ślipko), jak i Roman Tokarczyk, któremu bliższa jest koncepcja paternalizmu, a także Waldemar Kwiatkowski, Paweł Łuków, Mieczysław Gałuszka, Maria Nowacka, Jan Hartman, Piotr Zaborowski i Zbigniew Szawarski, którzy przyznają prymat autonomii pacjenta. Zwolennicy paternalizmu zakładają, że relacja w której nadmiernie akcentuje się zasadę autonomii, prowadzi do zaniku zaufania pacjenta w stosunku do działań lekarza, a utrzymanie tradycyjnego modelu, w którym lekarz jest obdarowany autorytetem deontologicznym, pozwala na podtrzymanie relacji lekarz – pacjent i wzmaga poczucie bezpieczeństwa w procesie terapeutycznym. Z kolei przeciwnicy paternalizmu podkreślają, że koncentracja na wartości zdrowia, która charakteryzuje podejście paternalistyczne, sprawia, że lekarz popada w uogólnienie znawstwa – utożsamiając kompetencje w zakresie medycyny z kompetencjami w zakresie moralności (przypisuje sobie przywilej epistemiczny), rozstrzygając o dobru pacjenta na bazie własnych, wyuczonych przekonań, co może wyzwać chęć kontrolowania pacjenta i nie uwzględniać jego odczuć, a tym samym ranić poczucie godności pacjenta.

W rozdziale trzecim, *Godność w sporach dotyczących początków życia ludzkiego*, podjęłam wybrane problemy dotyczące ingerencji w fazie prenatalnej. Skupiłam uwagę na

sporze o dopuszczalność aborcji (sporadycznie także poruszając kwestię zapłodnienia in vitro), ponieważ w nim szczególnie często przywołuje się pojęcie godności. W analizowanych wypowiedziach wyraźnie rysuje się odmiennosc i opozycyjność stanowiska personalistycznego ze stanowiskami liberalno-konsekwencjalistycznymi oraz stanowiskiem bioetyki kulturowej. W rozdziale tym zostały zanalizowane zostały poglądy: Barbary Chyrowicz, Grzegorza Hołuba, Zbigniewa Szawarskiego, Danuty Ślęczek-Czakon, Jana Hartmana, Alicji Przyłuskiej-Fischer, Weroniki Chańskiej, Kazimierza Szewczyka. W personalizmie chrześcijańskim z pojęcia godności ontycznej oraz pojęcia osoby wywodzona jest tzw. norma personalistyczna. Norma ta odnosi się m.in. do zakazu aborcji i eutanazji. W przypadku problematyki narodzin pojęcie godności ontycznej przytaczane przez przedstawicieli stanowisk personalistycznych (Barbara Chyrowicz, Grzegorz Hołub, Andrzej Muszala) traktowane jest jako wartość absolutna, niepodzielna, uniwersalna. Pojęcia godności i osoby mają znaczenie normatywne, odnoszone są do fazy prenatalnej i preimplantacyjnej. Ponadto pojęcie godności ontycznej jest odnoszone nie tylko do statusu normatywnego zarodka ludzkiego, ale także do ludzkiej aktywności prokreacyjnej i aktu małżeńskiego. Autorom, którzy przyjmują argumentację typową dla stanowisk konsekwencjalistyczno-liberalnych, bliższe jest pojęcie godności osobistej. W tym podejściu skupionym na autonomii decyzyjnej pacjenta w relacji terapeutycznej argumentacja odwołująca się do pojęcia godności ontycznej jest znikoma (choć niekiedy się pojawia). Analiza poglądów Zbigniewa Szawarskiego i Danuty Ślęczek-Czakon prowadzi do wniosku, że elementem wspólnym stanowisk tych autorów jest powiązanie pojęcia godności osobistej i poczucia godności z prawem do szacunku, a także pojęciem autonomii decyzyjnej. W ujęciu tych stanowisk np. macierzyństwo ma wymiar nie tylko indywidualny, ale także szerszy – społeczny, związany m.in. z edukacją seksualną i dostępną antykoncepcją. Zwolennicy tego umiarkowanego stanowiska nie negują poglądu, że ochrona płodu jest potrzebna, ale nie odwołują się przy tym do przyrodzonej godności ludzkiej zarodka czy płodu. W odniesieniu do legalizacji zabiegu aborcji są zwolennikami pośredniej ochrony prawnej, przy jednoczesnym zaznaczeniu, iż prawo nie powinno być represyjne na tyle, aby godziło w uznanie godności (osobistej i poczucia godności) kobiety, odbierając jej prawo do decydowania o własnym życiu. Stanowisko Kazimierza Szewczyka, przyjmujące za fundament opiekuńczy model medycyny zostało omówione, by ukazać założenia bioetyki kulturowej reprezentowanej w Polsce, m.in. przez tego autora. Tzw. model godnościowy propagowany przez Szewczyka zakłada wewnętrzną wartość życia ludzkiego od chwili zapłodnienia, a aborcję uznaje za zło, przy czym jednocześnie nie odmawia kobiecie prawa do usunięcia ciąży. Model ten nie rozstrzyga w jakim okresie rozwoju jednostka ludzka staje się osobą. Ochrona życia zgodnie z

podejściem bioetyki kulturowej, a jednocześnie etyki troski ograniczanej sprawiedliwością, które promuje Kazimierz Szewczyk jako podejście alternatywne względem bioetyki regulatywnej, w przypadku konfliktu dóbr zakłada, że może ono być poświęcone na rzecz innego dobra, jakim jest np. zdrowie kobiety. Stanowisko to motywowane jest koniecznością współczucia i etyką troski.

Ostatni, czwarty rozdział, *Godność w sporach dotyczących końca życia ludzkiego*, traktuje o pojęciu godnej śmierci. Rozważania dotyczące prawa do godnej śmierci wiążą się z szeregiem innych zagadnień: eutanazji, moralnego wymiaru cierpienia, opieki paliatywnej, prawa do szacunku w procesie umierania, poczucia godności osobistej i autonomii umierającego pacjenta. Dokonałam w nim porównania stanowisk bioetyków powołujących się na zasadę świętości życia z poglądami tych, którzy powołują się na zasadę jakości życia i prawo do śmierci. Zarówno bioetycy powołujący się na zasadę jakości życia, jak i ci, którzy powołują się na zasadę świętości życia, odnoszą się do pojęcia godności ludzkiej, ale odmiennie ją interpretują. Obie strony sporu czasem mówią o prawie do godnej śmierci, ale inaczej je pojmują. W rozdziale tym analizie zostały poddane stanowiska Zbigniewa Szawarskiego, Jana Hartmana, Heleny Eilstein, Jacka Hołówki, Weroniki Chańskiej, Barbary Chyrowicz, Wojciecha Bołoz, Tadeusza Ślipki i Lesława Niebrója.

Stanowisko Lesława Niebrója zdaje się nieco inne, z uwagi na akcentowanie autonomii pacjenta, jednak nadal mieści się w personalizmie, bo autor ten postuluje, by zasady autonomii nie redukować do nakazu nienaruszalności decyzji pacjenta, ale odnosić ją raczej do zasady poszanowania godności ontycznej. Jako odrębne, w pierwszej kolejności, omówiłam stanowisko Kazimierza Szewczyka – przedstawiciela bioetyki kulturowej.

Stanowisko Kazimierza Szewczyka jest o tyle odmiennie, że eutanazję (i wspomagane samobójstwo) zalicza do wzorca śmierci dzikiej, niedobrej. Śmierć godną człowieka rozważa w odniesieniu do istoty medycyny i przeobrażeń, jakie nastąpiły w jej obrębie, szczególnie na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat. Zestawienie medycyny walki z chorobami i alternatywnej wobec niej medycyny moralnych priorytetów zdaje się kluczowe w tym podejściu. Medycynę walki charakteryzuje tzw. terapia heroiczna, która służy wyparciu ze świadomości ludzkiej faktu umieralności, czego konsekwencją jest agresywna walka z chorobą i zjawisko śmierci zdziczałej. Jak twierdzi autor, obserwowaną w społeczeństwie reakcją na medycynę walki jest z jednej strony ruch hospicyjny, z drugiej – postawy proeutanatyczne. Alternatywą, którą proponuje Szewczyk, jest medycyna bezwzględnej troski o pacjenta, promująca zdrowie, a jednocześnie negująca agresywną terapię i eutanazję. W myśl tego modelu uwalnianie od cierpienia i zapewnienie pacjentowi spokojnej, godnej śmierci (bez

cierpień fizycznych i psychicznych, najlepiej w otoczeniu osób bliskich) jest celem nadrzędnym. Etyka troski ograniczanej sprawiedliwością kładzie nacisk na relacyjność i uszanowanie godności w podejściu do pacjenta, ale też godne przyjęcie cierpienia, które towarzyszy chorobie i śmierci przez samego pacjenta. W drugim wypadku możemy więc mówić o poczuciu godności osobistej.

Przedstawiciele orientacji konsekwencjalistyczno-liberalnej uzasadniają prawo człowieka do godnej śmierci różnie: zachowaniem godności osobistej i poczuciem własnej godności, szacunkiem, prawem do autonomii (Szawarski), jakością życia, cierpieniem niemożliwym do akceptacji, odrzuceniem religijnego pojmowania życia jako daru i zasady świętości życia, poszanowaniem autonomii pacjenta (Jan Hartman, Helena Eilstein, Jacek Hołówka, Weronika Chańska, Zbigniew Szawarski). Z kolei personaliści chrześcijańscy przyjmujący, że zabijanie jest czynem złym wewnątrznie, eutanazję traktują jako śmierć niegodną człowieka, inaczej też traktują cierpienie (nie jest złem samym w sobie, nadaje sens życiu i miłosierdziu). Świętość i nienaruszalność życia osoby ludzkiej (godność ontyczna) jest jedyną i wystarczającą podstawą stałej wartości życia, bez względu na jego jakość, autonomię czy inne cechy, np. subiektywne poczucie wartości, godności. Norma personalistyczna, jak wskazywał Szostek, jest traktowana jako *norma normans* („norma normująca”) dla wszystkich pozostałych zasad – nakazów prawa czy norm społeczno-obyczajowych – ponieważ wskazuje osobę jako podstawę ludzkich zachowań. W taki sam sposób dowodzą wymienieni przedstawiciele personalizmu i deontologizmu chrześcijańskiego. Nie może istnieć prawo do śmierci, można tylko mówić o prawie dla śmierci (bez intencjonalnej próby zabijania).

Jak wskazali Lesław Niebrój, Monika Fajler i Marek Olejniczak, w polskiej literaturze medycznej dotyczącej eutanazji dominują postawy przeciwne temu zabiegowi, które podkreślają wartość ludzkiego życia oraz upatrują alternatywy w opiece paliatywnej, czego odzwierciedleniem jest obszerna literatura poświęcona temu tematowi. Równie obszerna zdaniem autorów jest literatura filozoficzna oraz literatura o charakterze prawnym, choć i tak pozostaje tu wiele kwestii do uzupełnienia. Odnosząc się do tej tezy, po dogłębnej analizie literatury, która odnosi się nie tylko zagadnienia śmierci, ale także do tematyki narodzin oraz relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem, chciałabym podkreślić, iż w polskiej literaturze bioetycznej dostrzegam podobną linię argumentacyjną, ale przedstawiam jej analizę i opis w odniesieniu do pojęcia godności. Zauważam, że w polskiej literaturze bioetycznej dominują przedstawiciele myśli chrześcijańskiej, którzy prezentują nurt personalistyczny, analizują ontyczny wymiar godności ludzkiej, pomijają lub w nikłym stopniu uwzględniają pojęcia godności osobistej i godności społecznej.

Celem rozprawy jest przedstawienie i porównanie wybranych prac polskich bioetyków, jak również dokonanie szczegółowej analizy ważnych problemów bioetycznych (narodzin, śmierci, relacji terapeutycznych) i ukazanie normatywnych rozstrzygnięć uzasadnionych poprzez odwoływanie się do pojęcia godności. Zawilość sporu między rzecznikami wskazanych głównych nurtów (personalizm stosujący deontologiczne uzasadnianie, konsekwencjalizm lub konsekwencjalizm liberalny), mnogość wypowiedzi oraz nie zawsze precyzyjne wyjaśnienie zasadniczych pojęć stanowiły utrudnienie w wywodzeniu jednoznacznych wniosków z prowadzonej analizy.

Przeprowadzona analiza prowadzi do wniosku głoszącego, że w polskiej bioetyce dominuje chrześcijański personalizm, przyjmujący uzasadnianie deontologiczne i wywodzący z pojęcia godności ontycznej kategoryczne i bezwarunkowe normy moralne. Obecny jest także nurt bioetyki laickiej (nieodwołującej się do założeń religijnych), stosujący teleologiczne (konsekwencjalistyczne) uzasadnianie norm moralnych, w którym dominuje odwoływanie się do pojęcia godności osobowościowej, osobistej i społecznej. Odmienne założenia filozoficzne i światopoglądowe przedstawicieli obu nurtów powodują, że spór o uzasadnianie norm moralnych jest nierozstrzygalny. Niekiedy autorzy deklarują, że godność jest pojęciem, które może i powinno w zastosowaniu doprowadzić do zgodnych ustaleń normatywnych, jednak różnice w pojmowaniu godności i jej znaczenia w normowaniu uniemożliwiają spełnienie tej deklaracji.

Pomimo niejasności i wieloznaczności pojęcia godności ludzkiej nie wątpię, że pełni ono funkcję idei regulatywnej i nie należy z niego rezygnować. Warto jednak uświadomić wszystkim jego bogatą treść – co starałam się ukazać – po to, by w sporach bioetycznych nie pomijać żadnego z wymiarów godności ani nie sprowadzać źródła norm moralnych tylko do jednego z nich.

Bibliografia

Książki

1. Adamkiewicz M., *Zagadnienie śmierci w bioetyce*, Wydawnictwo Wojskowej Akademii Technicznej, Warszawa 2002.
2. Ariès P., *Człowiek i śmierć*, przeł. E. Bąkowska, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1989.
3. Basińska K., Halasz J. (red.), *Etyka w medycynie – wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, Impuls, Kraków 2013.
4. Bauman Z., *Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia*, przeł. N. Leśniewski, PWN, Warszawa 1998.
5. Beauchamp T.L., Childress J.F., *Zasady etyki medycznej*, przeł. W. Jacórzyński, Wydawnictwo Książka i Wiedza, Warszawa 1996.
6. Biela A. (red.), *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*, KUL, Lublin 1996.
7. Biesaga T. (red.), *Podstawy i zastosowania bioetyki*, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2001.
8. Biesaga T. (red.), *Bioetyka polska*, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2004.
9. Biesaga T. (red.), *Bioetyka personalistyczna*, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2006.
10. Biesaga T., *Elementy etyki lekarskiej*, Medycyna Praktyczna, Kraków 2006.
11. Bołoz W., *Bioetyka i prawa człowieka*, Wydawnictwo UKWS, Warszawa 2007.
12. Bołoz W., *Życie w ludzkich rękach: podstawowe zagadnienia bioetyczne*, Wydawnictwa Akademii Teologii Katolickiej, Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna Adam, Warszawa 1997.
13. Bourke V.J., *Historia etyki*, przeł. A. Białek, Wydawnictwo Krupski i S-ka, Warszawa 1994.
14. Brzeziński T., *Etyka lekarska*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
15. Chańska W., *Nieszczęsny dar życia. Filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2009.

16. Chańska W., Hartman J. (red.), *Bioetyka w zawodzie lekarza*, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
17. Chudy W., *Pedagogia godności. Elementy etyki pedagogicznej*, red. A. Szudra, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2009.
18. Chyrowicz B., *Bioetyka i ryzyko. Argument „równi pochyłej” w dyskusji wokół osiągnięć współczesnej genetyki*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1997.
19. Chyrowicz B. (red.), *Eutanazja: Prawo do życia, prawo do wolności*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2005.
20. Chyrowicz B. (red.), *Metody wspomagania prokreacji: sukces czy porażka?*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2006.
21. Chyrowicz B., *Bioetyka. Anatomia sporu*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2015.
22. Crick F., *Zdumiewająca hipoteza, czyli nauka w poszukiwaniu duszy*, przeł. M. Abrahamowicz, B. Chacińska-Abrahamowicz, Prószyński i S-ka, Warszawa 1997.
23. Galarowicz J., *Paradoks egzystencji etycznej. Studia nad myślą Jana Pawła II*, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2009.
24. Galewicz W., *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych*, Universitas, Kraków 2010.
25. Gałuszka M., *Spoleczne i kulturowe powinności medycyny. Tożsamość zawodowa i atrofia moralna*, Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, Wrocław 2003.
26. Gałuszka M., Szewczyk K. (red.), *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, PWN, Warszawa–Łódź 1996.
27. Gałuszka M., Szewczyk K. (red.), *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, PWN, Warszawa 2002.
28. Gilson E., Langan T., Maurer A.A., *Historia filozofii współczesnej*, PAX, Warszawa 1979.
29. Gluchman V. (red.), *Etika v profesiách*, Prešov 2013.
30. Górecki M. (red.), *Prawda umierania i tajemnica śmierci*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2010.
31. Górnicka-Kalinowska J. (red.), *Filozofia podmiotu*, Aletheia, Warszawa 2001.

32. Granat W., *Osoba ludzka. Próba definicji*, Wydawnictwo Diecezjalne, Sandomierz 1961.
33. Hartman J., *Bioetyka dla lekarzy*, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2009.
34. Hartman J., Szabat M. (red.), *Problematyka umierania i śmierci w perspektywie medyczno-kulturowej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016.
35. Hartman J., Waligóra M. (red.), *Etyczne aspekty decyzji medycznych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
36. Hołub G., *Problem osoby we współczesnych debatach bioetycznych*, Księgarnia Akademicka, Kraków 2010.
37. Hołub G., Duchliński P., Biesaga T. (red.), *Od autonomii osoby do autonomii pacjenta*, Wydawnictwo św. Stanisława BM Archidiecezji Krakowskiej, Kraków 2013.
38. Imieliński K. (red.), *Medycyna u progu XXI wieku. Godność chorego człowieka*, Polska Akademia Medycyny, Warszawa 1996.
39. Jaroń J. (red.), *Aktualny stan bioetyki i ekologii w Polsce i na świecie*, Wydawnictwo Akademii Podlaskiej, Siedlce 2005.
40. Jasudowicz T. (red.), *Bioetyka a prawa człowieka*, Comer, Toruń 1999.
41. Kalinowski M. (red.), *Ja – Człowiek. Wzrastanie w godności, miłości i miłosierdziu*, Wydawnictwo KUL, Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym, Kraków–Lublin 2004.
42. Kant I., *Krytyka praktycznego rozumu*, przekł. B. Bornstein, Wyd. ANTYK, Kęty 2002.
43. Kant I., *Uzasadnienie metafizyki moralności*, przeł. M. Wartenberg, PWN, Warszawa 1953.
44. Kotarbiński T., *Tadeusz Kotarbiński. Pisma etyczne*, red. P. Smoczyński, Ossolineum, Wrocław 1987.
45. Koziński J., *O godności człowieka*, Czytelnik, Warszawa 1977.
46. Królikowska A., Marek Z. (red.), *Refleksje nad godnością człowieka*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2007.

47. Łuków P., Pasierski T., *Etyka medyczna z elementami filozofii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
48. Mariański J., *Godność ludzka jako wartość społeczno-moralna: mit czy rzeczywistość? Studium interdyscyplinarne*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2016.
49. Maritain J., *Trzej reformatorzy. Luter. Kartezjusz. Rousseau*, Fronda, Apostolicum, Warszawa–Ząbki 2005.
50. Mazurczak T. (red.), *Zastosowanie biologii w medycynie a godność osoby ludzkiej. Aspekty etyczne i prawne*, PWN, Warszawa 2006.
51. Mazurek F.J., *Godność osoby ludzkiej podstawą praw człowieka*, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 2001.
52. Mill J.S., *Utylitaryzm. O wolności*, przeł. M. Ossowska, A. Kurlandzka, PWN, Warszawa 1959.
53. Morciniec P., *Etyczne aspekty transplantacyjnej terapii chorób neurozwyrodnieniowych*, Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2000.
54. Nagel T., *Pytania ostateczne*, przeł. A. Romaniuk, Aletheia, Warszawa 1997.
55. Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, TNOiK, Toruń 2000.
56. Niebrój L., *Bioetyka programów życiowych. Rozwinięcie koncepcji pryncypializmu Beauchampa i Childressa*, Wydawnictwo Tekst, Katowice 2010.
57. Niebrój L., Kosińska M. (red.), *Health care: professionalism and responsibility*, Wydawnictwo ŚAM, Katowice 2005.
58. Nowacka M., *Autonomia pacjenta jako problem moralny*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2005.
59. Ogryzko-Wiewiórkowska M., *Rodzina w obliczu śmierci. Studium socjologiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1992.
60. Ossowska M., *Normy moralne. Próba systematyzacji*, PWN, Warszawa 1972.
61. Ostrowska A., *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, IFiS PAN, Warszawa 1997.
62. Otowicz R., *Etyka życia*, Wydawnictwo WAM, Kraków 1998.

63. Pawlik A., *Stany terminalne a prawo pacjenta do prawdy*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2006.
64. Piechowiak M., Turowski T. (red.), *Szkice o godności człowieka*, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2012.
65. Rodziński A., *U podstaw kultury moralnej*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2011.
66. Różyńska J., Chańska W. (red.), *Bioetyka*, Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2013.
67. Smoczyński P. (red.), *Ija Lazari Pawłowska. Etyka. Pisma wybrane*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1992.
68. Smoderek K., *Bioetyka deliberatywna. Funkcja dyskursu w ustanawianiu standardów bioetycznych*, Ridero, [b.m.w.] 2019.
69. Spaemann R., *Osoby. O różnicy między czymś a kimś*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2001.
70. Steuden S., Marczuk M. (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006.
71. Styczeń T., w *drodze do etyki*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1984.
72. Szawarski Z., w *kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej*, Książka i Wiedza, Warszawa 1987.
73. Szawarski Z., *Mądrość i sztuka leczenia*, Wydawnictwo Słowo/Obraz Terytoria, Gdańsk 2005.
74. Szewczyk K., *Etyka i deontologia lekarska*, Polska Akademia Umiejętności, Kraków 1994.
75. Szewczyk K., *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, PWN, Warszawa–Łódź 2001.
76. Szewczyk K., *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, PWN, Warszawa 2009.
77. Szostek A., *Wokół godności, prawdy i miłości. Rozważania etyczne*, KUL, Lublin 1995.
78. Szpakowska M. (red.), *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008.

79. Ślęczek-Czakon D., *Poglądy etyczne Marii Ossowskiej*, GWSP, Mysłowice 1995.
80. Ślęczek-Czakon D., *Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2004.
81. Ślipko T., *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*, Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1998.
82. Ślipko T., *Bioetyka. Najważniejsze problemy*, Petrus, Kraków 2009.
83. Ślipko T., *9 dylematów etycznych*, Petrus, Kraków 2010.
84. Ślipko T., *Spacerem po etyce*, Petrus, Kraków 2010.
85. Środa M., *Idea godności w kulturze i etyce*, Wydział Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1993.
86. Tokarczyk R., *Prawa narodzin, życia i śmierci*, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2010.
87. Tokarczyk R., *Medycyna a normy. Sztuka leczenia wśród innych rodzajów sztuk*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011.
88. Toynbee A., *Człowiek wobec śmierci*, przeł. D. Petsch, PIW, Warszawa 1973.
89. Wanat Z. (red.), *Bioetyka personalistyczna wobec wyzwań biomedycyny*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2011.
90. Wojtyła K., *Rozważania o istocie człowieka*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2003.

Artykuły w czasopismach

1. Back A.L., Curtis J.R., *Communicating bad news*, "Western Journal of Medicine", 2002, 176, s. 177–180.
2. Biesaga T., *Uzasadnienia norm moralnych w bioetyce*, „Medycyna Praktyczna”, 2004, nr 6, s. 23–26.
3. Biesaga T., *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, „Medycyna Praktyczna”, 2004, nr 159, s. 20–25.
4. Biesaga T., *Autonomia pacjenta i autonomia lekarza a modele medycyny*, „Medycyna Praktyczna”, 2005, nr 6, s. 20–24.

5. Bołoz W., *Bioetyka: jej historia i sposoby ujmowania*, *Studia Ecologiae et Bioethicae*, 2003, nr 1, 161-175.
6. Chańska W., *Eutanazja – głos Filozofa*, „Czasopismo Aptekarskie”, 2008, nr 5, s. 40–51.
7. Chyrowicz B., *A jednak życie – życia warte!*, „Znak”, 2001, nr (7) 554, s. 23–34.
8. Chyrowicz B., *Bioetyka a metafizyka*, „Diametros”, 2004, nr 2, s. 170–183.
9. Chyrowicz B., *Argumentacja we współczesnych debatach bioetycznych*, „Diametros”, 2009, nr 19, s. 1–25.
10. Czekajewska J., *Szacunek dla autonomii kobiety ciężarnej a wolność sumienia lekarza. Etyczne konsekwencje odmowy wykonania świadczeń zdrowotnych przez pracowników służby zdrowia*, „Kultura i Edukacja”, 2016, nr 3 (113), s. 33–46.
11. Dangel T., *Przeciw bezsilności*, „Znak”, 2001, nr (7) 554, s. 109–113.
12. Eilstein H., *Uwagi o samobójstwie i eutanazji*, „Znak”, 2001, nr (7) 554, s. 47–60.
13. Fallowfield L., Jenkins V., *Communicating sad, bad, and difficult news in medicine*, „Lancet”, 2004, 363/9405, s. 312–319.
14. Grzegorzczak A., *Pojęcie godności jako element poznawczej regulacji ludzkiego zachowania*, „Studia Filozoficzne”, 1983, nr 8–9, s. 57–76.
15. Hołówka J., *Skazani na los Hioba?*, „Znak”, 2001, nr (7) 554, s. 8–19.
16. Joffe S., Manocchia M., Weeks J.C., Cleary P.D., *What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics*, „Journal of Medical Ethics”, 2003, 29 (2), s. 103–108.
17. Niebrój L., *Model autonomii pacjenta: prawo lekarza do sprzeciwu sumienia*, „Medycyna po Dyplomie”, 1999, 8, 9, s. 10–12.
18. Niebrój L., *Autonomia pacjenta a organizacja ochrony zdrowia: zagrożenie – szansa*, „Badania Naukowe”, 2001, z. 4, s. 243–250.
19. Niebrój L., *Autonomia pacjenta jako cel podmiotowy działań lekarza*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis”, 2001, 46–47, s. 137–145.
20. Niebrój L., *Eutanazja: pytanie o (nową?) tożsamość medycyny*, „Medycyna po Dyplomie”, 2001, 10, 1(60), s. 18.

21. Niebrój L., *Zasada autonomii. Autorytet lekarza i posłuszeństwo pacjenta*, „Archeus”, 2002, nr 3, s. 17–27.
22. Niebrój L., *Zasada autonomii w etyce medycznej – pacjent geriatryczny*, „Gerontologia Polska”, 2002, 10 (3), s. 115-119.
23. Niebrój L., *Godność ludzkiego życia: eutanazja i samobójstwo*, „Polski Merkuriusz Lekarski”, 2005, t. 19, nr 109, s. 122–124.
24. Ossowska M., *Normy moralne w obronie godności człowieka*, „Etyka”, 1969, nr 5, s. 7–25.
25. Piechowiak M., *Godność jako właściwość osoby. Typy godności – propozycja systematyzacji*, „Przegląd Konstytucyjny”, 2022, nr 2, s. 7–30.
26. Przyłuska-Fischer A., *Bioetyka regulacji i bioetyka teoretyczna*, Diametros, 2004, nr 2, s. 201-206.
27. Przyłuska-Fischer A., Korbacz K., *Charakterystyka prowadzenia publicznej debaty bioetycznej w Polsce na przykładzie dyskusji o kwestiach reprodukcyjnych*, „Etyka”, 2021, nr 1, t. 60, s. 111–135.
28. Rodziński A., *Zrozumieć siebie do końca*, „Zeszyty Naukowe KUL”, 1979, 1–3, s. 61–64.
29. Skowron A., *Zastosowanie koncepcji etyki niezależnej w zawodzie lekarza*, „Ruch Filozoficzny”, LXXVII 2021, nr 1, s. 173–183.
30. Smoderek K., *Potrzeba rozumienia i aktualizacji pojęcia godności osoby ludzkiej wobec współczesnych zagrożeń związanych z ludzkim życiem*, „Studia Ecologiae et Bioethicae”, 2010, 8/2, s. 245–251.
31. Szatkowski S., *Udział etyki w edukacji humanistycznej lekarzy – stan obecny i możliwości*, „Edukacja Filozoficzna”, 1998, nr 4, s. 253–259.
32. Szawarski Z., *Godność i odpowiedzialność*, „Studia Filozoficzne”, 1983, nr 8–9, s. 93–106.
33. Szawarski Z., *Spór o przerywanie ciąży*, „Ginekologia Polska”, 1988, nr 59, s. 121–132.
34. Szawarski Z., *Jak umiera człowiek? Etyka i problemy opieki terminalnej*, „Etyka” 2001, nr 34, s. 115–135.

35. Szewczyk K., *Edukacja bioetyczna w Polsce - analiza problemu, opis trudności i propozycja zadań na najbliższą przyszłość*, Diametros, 2009, nr 22, s. 198 – 226.
36. Szostek A., *Rola pojęcia godności w etyce*, „Studia Filozoficzne”, 1983, nr 8–9, s. 76–91.
37. Szczeklik A., *Eksplozja medycyny i godność człowieka*, „Ethos”, 2008, nr 84, s. 68–76.
38. Ślipko T., *Tożsamość człowieka z etycznego punktu widzenia*, „Horyzonty Wychowania”, 2003, 2/4, s. 77–87.
39. Wolniewicz B., *Eutanazja i biolatria*, „Znak”, 2001, nr (7) 554, s. 98–108.
40. Zabielski J., *Personalistyczny normatyw bioetyki*, „Rocznik Teologii Katolickiej”, t. XI/1, 2012, s. 109–123.

Rozdziały w pracach zbiorowych

1. Bieńko M., *„Trup w szafie” nowoczesności, czyli intymność i publiczność śmierci*, [w:] *Prawda umierania i tajemnica śmierci*, red. M. Górecki, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2010, s. 75–98.
2. Biesaga T., *Personalizm a pryncypializm w bioetyce*, [w:] *Podstawy i zastosowania bioetyki*, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2001, s. 43–54.
3. Biesaga T., *Autonomia a godność osoby*, [w:] *Od autonomii osoby do autonomii pacjenta*, red. G. Hołub, P. Duchliński, T. Biesaga, Wydawnictwo św. Stanisława BM Archidiecezji Krakowskiej, Kraków 2013, s. 169–183.
4. Brusilo J., *Prawo do śmierci czy prawo dla śmierci?* [w:] *Podstawy i zastosowania bioetyki*, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2001, s. 119–133.
5. Chańska W., Żylicz Z., *Etyczne aspekty opieki paliatywnej*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2013, s. 266 – 281.
6. Chańska W., *Rezygnacja z leczenia podtrzymującego życie*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2013, s. 251–265.
7. Chańska W., *Trudne związki prawa i bioetyki*, [w:] *Bioetyka w zawodzie lekarza*, red. W. Chańska, J. Hartman, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 105–122.

8. Chudy W., *Godność człowieka wartością ontyczno-wychowawczą*, [w:] *Ja – Człowiek. Wzrastanie w godności, miłości i miłosierdziu*, red. M. Kalinowski, Wydawnictwo KUL, Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym, Kraków–Lublin 2004, s. 83–91.
9. Chyrowicz B., *Eutanazja i spór o argumenty*, [w:] *Eutanazja: Prawo do życia, prawo do wolności*, red. B. Chyrowicz, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2005, s. 143–172.
10. Chyrowicz B., *Wprowadzenie*, [w:] *Eutanazja: prawo do życia, prawo do wolności*, red. B. Chyrowicz, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2005, s. 5–10.
11. Chyrowicz B., *Godność istoty ludzkiej w świetle zapisów Konwencji Bioetycznej*, [w:] *Zastosowanie biologii w medycynie a godność osoby ludzkiej. Aspekty etyczne i prawne*, red. T. Mazurczak, PWN, Warszawa 2006, s. 21–27.
12. *Deklaracja o eutanazji Iura et bona*, [w:] *Eutanazja: prawo do życia, prawo do wolności*, red. B. Chyrowicz, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2005, s. 189–198.
13. Drozd-Garbacewicz M., Erenc J., *Badanie potrzeb i oczekiwań pacjentów jako praktyczny wymiar idei humanizmu w medycynie*, [w:] *Etyka w medycynie – wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, red. K. Basińska, J. Halasz, Impuls, Kraków 2013, s. 223–236.
14. Duchliński P., *Bioetyka personalistyczna Barbary Chyrowicz*, [w:] *Bioetyka polska*, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2004, s. 125–144.
15. Duchliński P., *Poglądy bioetyczne Jacka Hołówki*, [w:] *Bioetyka polska*, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2004, s. 165–195.
16. Dudek J., *Marii Ossowskiej ujęcie osoby, osobowości i godności*, [w:] *Szkice o godności człowieka*, red. M. Piechowiak, T. Turowski, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2012, s. 117–130.
17. Gałuszka M., Szewczyk K., *Bioetyka kulturowa wobec zagadnienia śmierci*, [w:] *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, PWN, Warszawa–Łódź 1996, s. 7–13.
18. Gałuszka M., Szewczyk K., *Od śmierci zdziczałej do sztuki dobrego umierania*, [w:] *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, PWN, Warszawa–Łódź 1996, s. 207–216.

19. Gałuszka M., Szewczyk K., *Wprowadzenie*, [w:] *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, PWN, Warszawa 2002, s. 7–15.
20. Hartman J., Piasecki J., *Bioetyka w dyskursie publicznym*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2013, s. 570–580.
21. Hołub G., *Personalizm a inne propozycje bioetyki*, [w:] *Bioetyka personalistyczna*, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2006, s. 9–29.
22. Kapryn H., *Bioetyka chrześcijańska Wojciecha Bołoz*, [w:] *Bioetyka polska*, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2004, s. 107–124.
23. Kotarbiński T., *o potrzebie respektowania godności własnej*, [w:] *Tadeusz Kotarbiński. Pisma etyczne*, red. P. Smoczyński, Ossolineum, Wrocław 1987, s. 278.
24. Kotarbiński T., *Zagadnienia etyki niezależnej*, [w:] *Tadeusz Kotarbiński. Pisma etyczne*, red. P. Smoczyński, Ossolineum, Wrocław 1987, s. 140–149.
25. Kwiatkowski W., *Medycyna i śmierć*, [w:] *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, PWN, Warszawa 2002, s. 256–283.
26. Lazari-Pawłowska I., *Etyki zawodowe jako role społeczne*, [w:] *Ija Lazari Pawłowska. Etyka. Pisma wybrane*, red. P. Smoczyński, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1992, s. 84–91.
27. Lazari-Pawłowska I., *Kręgi ludzkiej wspólnoty*, [w:] *Ija Lazari Pawłowska. Etyka. Pisma wybrane*, red. P. Smoczyński, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1992, s. 15–31.
28. Łuków P., *Modele relacji lekarz-pacjent*, [w:] *Etyka medyczna z elementami filozofii*, red. P. Łuków, T. Pasierski, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, s. 133–142.
29. Machinek M., *Metoda IVF jako przedmiot refleksji teologicznoetycznej*, [w:] *Metody wspomagania prokreacji: sukces czy porażka?*, red. B. Chyrowicz, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2006, s. 107–130.

30. Morin E., *Antropologia śmierci*, [w:] *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*, red. M. Szpakowska, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008, s. 293–304.
31. Niebrój L., Fajler M., Olejniczak M., *Refleksje nad eutanazją w polskiej literaturze medycznej*, [w:] *Health care: professionalism and responsibility*, red. L. Niebrój, M. Kosińska, Wydawnictwo ŚAM, Katowice 2005, s. 93–106.
32. Niebrój L., *Autonomia a godność osoby starszej*, [w:] *Starzenie się a satysfakcja z życia*, red. S. Steuden, M. Marczuk, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006, s. 40–45.
33. Niebrój L., *Strajk lekarzy: bioetyka pryncypializmu*, [w:] *Bioetyka w zawodzie lekarza*, red. W. Chańska, J. Hartman, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 154–163.
34. Niemiec H., *Życie, cierpienie, śmierć a eutanazja* [w:] *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*, red. A. Biela, KUL, Lublin 1996, s. 75–82.
35. Obara M., *Kształtowanie postaw prospołecznych podczas studiów lekarskich* [w:] *Medycyna u progu XXI wieku. Godność chorego człowieka*, red. K. Imieliński, Polska Akademia Medycyny, Warszawa 1996, s. 187.
36. Pasierski T., *Problemy etyczne w opiece nad osobami w podeszłym wieku*, [w:] *Etyka medyczna z elementami filozofii*, red. P. Łuków, T. Pasierski, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, s. 193–198.
37. Pawlikowski J., Monist M., Sak J., *Zapłodnienie pozaustrojowe a Kościół katolicki – czy istnieje możliwość kompromisu?* [w:] *Bioetyka w zawodzie lekarza*, red. W. Chańska, J. Hartman, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 204–225.
38. Pilichowski Z., *Godność osoby w kontekście postępu i zagrożeń w dziedzinie biomedycyny*, [w:] *Bioetyka personalistyczna wobec wyzwań biomedycyny*, red. Z. Wanat, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2011, s. 31–52.
39. Przyłuska-Fischer A., *Czy prokreacja wspomagana otwiera puszkę Pandory?*, [w:] *Metody wspomagania prokreacji: sukces czy porażka?*, red. B. Chyrowicz, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2006, s. 29–42.
40. Przyłuska-Fischer A., *Etyka i przerywanie ciąży*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2013, s. 311–326.

41. Safjan M., *Konwencja Bioetyczna – jej znaczenie dla kształtowania standardu prawnego*, [w:] *Zastosowanie biologii w medycynie a godność osoby ludzkiej. Aspekty etyczne i prawne*, red. T. Mazurczak, PWN, Warszawa 2006, s. 29.
42. Steuden S., *Rozważania o godności z perspektywy człowieka w okresie starzenia się*, [w:] *Starzenie się a satysfakcja z życia*, red. S. Steuden, M. Marczuk, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006, s. 17–27.
43. Szabat M., *Towarzystwo umierającemu. Teoria i praktyka*, [w:] *Etyczne aspekty decyzji medycznych*, red. J. Hartman, M. Waligóra, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 50–61.
44. Szabat M., *Problematyka umierania i śmierci w świetle zasady autonomii*, [w:] *Problematyka umierania i śmierci w perspektywie medyczno-kulturowej*, red. J. Hartman, M. Szabat, Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 49–60.
45. Szawarski Z., *Wartość życia*, [w:] *w kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej*, red. Z. Szawarski, Książka i Wiedza, Warszawa 1987, s. 51–82.
46. Szewczyk K., *Lęk, nicość i respirator. Wzorce śmierci w nowożytnej cywilizacji Zachodu*, [w:] *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, PWN, Warszawa–Łódź 1996, s. 14–62.
47. Szewczyk K., *Bioetyka kulturowa jako rozległa dziedzina moralna*, [w:] *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, PWN, Warszawa 2002, s. 16–59.
48. Szewczyk K., *Bioetyka kulturowa wobec sporu o aborcję*, [w:] *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, PWN, Warszawa 2002, s. 60–109.
49. Szostek A., *Wokół godności i miłości*, [w:] *Refleksje nad godnością człowieka*, red. A. Królikowska, Z. Marek, Wydawnictwo WAM, Kraków 2007, s. 15–27.
50. Szyszka E., *Istota poczucia godności w wybranych koncepcjach współczesnej psychologii*, [w:] *Refleksje nad godnością człowieka*, red. A. Królikowska, Z. Marek, Wydawnictwo WAM, Kraków 2007, s. 41–47.
51. Ślęczek-Czakon D., *Czy bioetyka kulturowa zastąpi bioetykę regulatywną? Uwagi o kryzysie bioetyki regulatywnej i obietnicach bioetyki kulturowej*, [w:] *Aktualny stan*

bioetyki i ekologii w Polsce i na świecie, red. J. Jaroń, Wydawnictwo Akademii Podlaskiej, Siedlce 2005, s. 149–157.

52. Ślęczek-Czakon D., *Krytyka Polskiego Kodeksu Etyki Lekarskiej*, [w:] *Etika v profesiách*, red. V. Gluchman, Prešov 2013, s. 120–139, *Acta Facultatis Philosophicae Universitatis Presoviensis, Filosoficky zbornik* 56 AFPh 452/485.
53. Ślipko T., *Podstawy etosu lekarza*, [w:] *9 dylematów etycznych*, T. Ślipko, Petrus, Kraków 2010, s. 24–31.
54. Taylor Ch., *Pojęcie osoby*, [w:] *Filozofia podmiotu*, red. J. Górnicka-Kalinowska, Aletheia, Warszawa 2001, s. 401–420.
55. Wójcik B., *Spór o tożsamość osobową w polskiej literaturze bioetycznej*, [w:] *Bioetyka polska*, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2004, s. 209–230.
56. Wójcik B., *Definicje i kryteria śmierci*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2013, s. 295–308.
57. Wróbel J., *Antropologia we współczesnej refleksji bioetycznej, czyli o podstawach etycznych w biomedycynie*, [w:] *Bioetyka personalistyczna wobec wyzwań biomedycyny*, red. Z. Wanat, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2011, s. 11–30.
58. Zaborowski P., *Etyczny wymiar komunikacji z pacjentem*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2013, s. 135–149.
59. Zuziak W., *Śmierć i medycyna – o eutanazji inaczej*, [w:] *Podstawy i zastosowania bioetyki*, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2001, s. 135–148.

Słowniki i encyklopedie

1. Biesaga T., *Jakość życia*, [w:] *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, red. A. Muszala, PWE, Radom 2007, s. 269–273.
2. Chlewiński Z., Zalewski Z., *Godność*, [w:] *Encyklopedia Katolicka*, red. L. Bieńkowski i in. (red.), t. 5, Wydawnictwo KUL, Lublin 1989, s. 1231–1232.
3. Gajda J., *Godność*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 2, red. T. Pilch. Wydawnictwo Akademickie ŻAK, Warszawa 2003, s. 80–82.

4. Kowalik P., *Godność zawodowa*, [w:] *Leksykon profesjologiczny*, red. K.M. Czarnecki, B. Pietrulewicz, Oficyna Wydawnicza Humanitas, Sosnowiec 2010, s. 71.
5. Machinek M., *Embrion ludzki*, [w:] *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*, red. A. Muszala, PWE, Radom 2005, s. 167–177.
6. Makselon J., *Cierpienie*, [w:] *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, red. A. Muszala, PWE, Radom 2007, s. 109–113.
7. Morciniec P., *Macierzyństwo zastępcze*, [w:] *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, red. A. Muszala, PWE, Radom 2007, s. 331–336.
8. Muszala A., *Sztuczne zapłodnienie*, [w:] *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, red. A. Muszala, PWE, Radom 2007, s. 534–543.
9. Podrez E., *Godność. Z historii teorii godności*, [w:] *Powszechna encyklopedia filozofii*, t. 4, red. A. Maryniarczyk, E. Grendeka, T. Zawojska, A. Szymaniak, Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu, Lublin 2003, s. 17–22.
10. Wrężel M., *Pacjent jako osoba*, [w:] *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, red. A. Muszala, PWE, Radom 2007, s. 424–433.

Akty prawne

1. *Details of Treaty No. 164*, <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm>, dostęp: 24.03.2012.
2. *Karta Praw Pacjenta*, <https://www.gov.pl/web/rpp/prawa-pacjenta>, dostęp: 22.03.2024.
3. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.* (Dz.U. 2009, nr 114, poz. 946), art. 30.
4. *Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie*, https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf, dostęp: 24.06.2024.

5. *Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności*, Dz.U. z 2015 r. poz. 1087, *Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (sejm.gov.pl)*, dostęp: 24.04.2024.
6. *Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, (Dz.U. 2009, nr 52, poz. 417), art. 20.1.

Źródła internetowe

1. Benedykt XVI, *Bioetyka i naturalne prawo moralne*, OR 31, 2010, nr 5, s. 19, https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/benedykt_xvi/przemowienia/provita_13022010.html, dostęp: 14.02.2024.
2. Biesaga T., *Osoba a normy etyczne*, <http://www.youtube.com/watch?v=mkI4K8iwkt4>, dostęp: 25.03.2012.
3. Chyrowicz B., Sporniak A., *Kto potrzebuje etyki*, „Tygodnik Powszechny”, 8.03.2015, <https://www.tygodnikpowszechny.pl/kto-potrzebuje-etyki-26894>, dostęp: 11.11.2016.
4. Hołub G., *Czy można sfotografować godność człowieka*, „Nauka i Religia”, <https://www.naukaireligia.pl/czy-mozna-sfotografowac-godnosc-czlowieka-34662>, dostęp: 1.06.2020.
5. Hołub G., *Godność osobowa dziecka nienarodzonego*, [w:] *Od bólu po stracie do nadziei życia*, red. J. Dziedzic, P. Guzdek, Biblioteka cyfrowa Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie, Kraków 2013, s.12, http://bc.upjp2.edu.pl/dlibra/docmetadata?id=1756&from=&dirids=1&ver_id=&lp=1&QI=48410FEAAD684DE4A15D74380A2872BB-1, dostęp: 16.03.2024.
6. Humphry D., *Assisted Dying*, <http://assisted-dying.org/blog/>, dostęp: 15.10.2011.
7. Jan Paweł II, *Evangelium Vitae*, nr 60, https://kodr.pl/wp-content/uploads/2017/03/evangelium_vitae.pdf, dostęp: 20.04.2024.
8. Kongregacja Nauki Wiary, *Donum vitae. Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania. Odpowiedzi na niektóre aktualne zagadnienia*, „Opoka”, 22.02.1987, www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WR/kongregacje/kdwiary/zbior/t_2_19.html, s. 167.

9. Kubik A., *Chcę umrzeć z godnością. Rozmowa ze Zbigniewem Szawarskim*, „Gazeta Wyborcza”, 4.04.2015,
http://wyborcza.pl/magazyn/1,144507,17700723,Chce_umrzec_z_godnoscia.html,
dostęp: 12.07.2016.
10. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Katowice 2017,
<https://kdsz.pl/wpcontent/uploads/dok/Nowa%20Karta%20Pracownik%C3%B3w%20S%C5%82u%C5%BCby%20Zdrowia/nowa%20karta%20pracownik%C3%B3w%20s%C5%82uz%C4%87by%20zdrowia.pdf>, dostęp: 13.04.2024.
11. Podgórska J., Różyńska J., *Granice życia. Rozmowa z laureatką Nagrody Naukowej Polityki*, „Polityka”, 3.11.2011,
<http://www.polityka.pl/nauka/czlowiek/1520920,1,rozmowa-z-laureatka-nagrody-naukowej-polityki.read>, dostęp: 15.05.2012.
12. Sadowski M., *Godność człowieka – aksjologiczna podstawa państwa i prawa*, „Wrocławskie Studia Erazmiańskie”, 2007, s. 19,
<http://www.bibliotekacyfrowa.pl/Content/21952/002.pdf>, dostęp: 1.03.2012.
13. Sitkowski W., *Lekarz dawniej i dziś*, „Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska”, 2006, 3 (1), s. 117–118, <http://www.termedia.pl/Listy-do-redakcji-Lekarz-dawniej-i-dzis,40,6019,1,0.html>, dostęp: 3.03.2024.
14. Śliwka M., *On living testaments – a summary of the debate*, “Diametros”, 2009, 22, s. 227–241,
<http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/index.php/diametros/article/view/375>, dostęp: 16.12.2016.
15. Święta Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji*, DEKLARACJA o EUTANAZJI (vatican.va), dostęp: 14.04.2024.
16. Zoll A., *Skąd pochodzi ludzka godność?*, „Tygodnik Powszechny”, 2.10.2015,
<https://www.tygodnikpowszechny.pl/skad-pochodzi-ludzka-godnosc-30426>, dostęp: 20.03.2017.