

GRZEGORZ CHOJNACKI  
Wydział Teologiczny US

## Troska o pacjentów w fazie umierania i stanie wegetatywnym w niemieckim dialogu ekumenicznym

### Concern for the dying and vegetative patients in German ecumenical dialogue

#### Abstract

In German ecumenical dialogue, a lot of attention is being given to bioethical issues, especially when the German state introduces new regulations resulting from the political, social, cultural and economic transformations. An example of this is the document of the Catholic and the Evangelical Churches “Christian Patient Protection” (2010) that, thanks to the substantive value, is an aid in clarifying the rights and, at the same time, the responsibilities of a patient at the last stage of life which is the dying. An integral part of the document in question is an attached form that facilitates patient’s practical determination of medical procedure intended by him / her which is in line with the applicable statutory law and moral standards. A particular challenge for the assessment of medical procedures for a patient is sometimes occurring persistent vegetative state. In this case, the two Churches agreed in this document the differences in their respective positions with regard to specific medical procedures.

**Keywords:** ecumenical dialogue, patient’s dignity, dying, vegetative state.

#### Streszczenie

W niemieckim dialogu ekumenicznym tematom bioetycznym poświęca się wiele uwagi, zwłaszcza gdy niemieckie prawo państwowe wprowadza nowe uregulowania, wynikające z przemian polityczno-społeczno-kulturowo-ekonomicznych. Przykładem tego jest dokument Kościoła katolickiego i ewangelickiego *Chrześcijańskie zabezpieczenie pacjenta* (2010), który dzięki merytorycznemu walorowi stanowi pomoc w wyjaśnieniu praw i zarazem odpowiedzialności pacjenta na ostatnim etapie życia, jakim jest umieranie. Integralną częścią omawianego dokumentu jest dołączony formularz, który ułatwia praktyczne ustalenie przez pacjenta zamierzonego przez niego postępowania medycznego, zgodnego z obowiązującym prawem stanowionym i normami moralnymi. Szczególnym wyzwaniem dla oceny procedur medycznych wobec pacjenta jest pojawiający się niekiedy utrwalony stan wegetatywny. Oba Kościoły ustaliły w dokumencie różnicowanie swoich stanowisk co do konkretnych procedur medycznych aplikowanych w tym wypadku.

**Słowa kluczowe:** dialog ekumeniczny, godność pacjenta, umiowanie, stan wegetatywny.

W dobie ogromnego postępu medycznego i troski o dobrostan człowieka, jakim jest jego zdrowie, nieunikniony jest rozwój i dociekliwość poznawcza i ewaluacyjna stosunkowo nowej dziedziny nauki, jaką jest bioetyka, której ogólny przedmiot poznawczy stanowią trzy okresy egzystencji człowieka: jej początki, rozwój i koniec. Odpowiednio wyróżniamy więc biogenezę, bioterapię i tanatologię, które przenikając się, organicznie dowodzą potrzebę holistycznego ujęcia kwestii życia człowieka. Oprócz opisu wszystkich fenomenów życia związanych ze wspomnianymi etapami, potrzebne jest określenie granic normatywnych wszelkich procedur, zabiegów i czynności zmierzających do poprawy lub utrzymania dobrostanu życia ludzkiego. Wielką rolę dla ocen bioetycznych odgrywa, ze względu na światopogląd religijny wielu ludzi, nauczanie Kościołów, w przypadku Europy chrześcijańskich. W kraju reformacji, jakim są Niemcy, bardzo dba się o wypracowanie wspólnego stanowiska, opinii czy głosu dotyczących ważkich zagadnień zarówno religijnych, kulturowych, społecznych, jak i politycznych, rozumianych w kategorii troski o wspólne dobro. Konferencja Episkopatu Niemiec (*Deutsche Bischofskonferenz*: DBK) oraz Rada Kościoła Ewangelickiego Niemiec (*Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland*: EKD) opublikowały w 2010 r. bardzo ważny dokument bioetyczny dotyczący tanatologii, który uzupełnił pierwsze i drugie wydanie dokumentu *Christliche Patientenverfügung* (*Chrześcijańskie rozporządzenie pacjenta*) z 1999 i 2003 r.<sup>1</sup> Ów podwójnie wydany dokument, dotyczący rozporządzenia pacjenta podjętego w duchu chrześcijańskim, spotkał się z wielkim zainteresowaniem, dlatego oba Kościoły podjęły się zadania, jakim było stworzenie rozszerzonej wersji tego dokumentu w 2010 r., zwłaszcza ze względu na zmiany prawa opiekuńczego, które weszły w życie w RFN 1 września 2009 r. Wypowiedzi nauczycielskie Kościoła katolickiego i ewangelickiego chciano więc skorelować z aktualizowanym prawem państwowym, aby w ten sposób dać swoim wierzącym możliwość rozeznania i zarazem pomocy w etycznie odpowiedzialnym kierowaniu własnym życiem, a zwłaszcza w jego końcowej fazie<sup>2</sup>. Omawiany dokument rozszerza zakres omawianych kwestii, nie ograniczając się tylko do zagadnienia rozporządzenia pacjenta, które często określa się „testamentem życia”. Pojęcie *Christliche Patientenvorsorge*, które można przetłumaczyć jako „chrześcijańskie zabez-

---

<sup>1</sup> *Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung. Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland*, Hannover – Bonn – Frankfurt am Main 2010.

<sup>2</sup> Zob. *tamże*, s. 4.

pieczenie pacjenta”, wskazuje, że istnieją jeszcze inne sposoby określenia przez pacjenta przebiegu ostatniego etapu jego życia. Stąd też nowy dokument omawia w szczególności sposób możliwości ustanowienia pełnomocnictwa zabezpieczającego, określenia osób mających prawo do opieki, podania życzeń odnoszących się do sposobów leczenia oraz wyrażenia rozporządzenia pacjenta co do sposobów opieki medycznej w fazie umierania. Ponadto zawiera on wszystkie potrzebne formularze, które mogą posłużyć do określenia w sposób świadomy i wolny kwestii przebiegu procedur medycznych we wspomnianej fazie życia. W związku z tym niniejszy artykuł skupi się na określeniu podstawowych fenomenów związanych z tematyką tanatologiczną, przeanalizuje wskazania „chrześcijańskiego zabezpieczenia pacjenta” dotyczące bezpośredniego stanu agonii lub ostatniej fazy śmiertelnej choroby oraz wyjaśni dyskrepancje w podejściu do poszczególnych rozstrzygnięć medycznych podejmowanych do chorego w stanie wegetatywnym.

## 1. Proces umierania

Umieranie człowieka jest wieloaspektowym i wielowarstwowym fenomenem, wskazującym przede wszystkim na jego nieuchronność. Zmierzanie ku śmierci jest faktem uniwersalnym, z którym musi zmierzyć się każdy człowiek. Ta konfrontacja może być łatwiejsza dzięki jak największej wiedzy, która ulega internalizacji i podnosi świadomość odpowiedzialności za własne życie. Będzie to owocniejsze, gdy na człowieka spojrzymy holistycznie i podmiotowo.

Chrześcijańska wizja człowieka podkreśla, że podmiotowa struktura bytu ludzkiego wyraża się w pojęciu *hipostasis cum dignitatem*, które na płaszczyźnie filozoficznej Edyta Stein definiuje w duchu arystotelesowsko-tomistycznym, używając przy tym fenomenologicznej terminologii: „Hipostazą, to znaczy samodzielnym, indywidualnym posiadaczem swej natury, jest każde indywiduum. Hipostazą odrębnego rodzaju jest osoba: natura, którą ona posiada, jest naturą duchową, świadomą i wolną, stąd również posiadanie tej natury jest całkowicie szczególne. Ponieważ jej byt jest świadomym [bytem], osoba wie o swej naturze i ma dzięki temu możliwość rozkoszowania się nią; a ponieważ jest wolna, ma możliwość używania swej natury. Ten szczególny wyróżnik natury duchowej czyni osobę *hypostasis cum dignitate*. Ponieważ jest ona świadoma i wolna, jako prawo przysługuje jej posiadanie i używanie swej natury; osoby nie wolno – inaczej niż bezosobowej istoty – używać jako środka do celu”<sup>3</sup>. Biorąc pod uwagę ontologiczną kompozycję osoby ludzkiej,

---

<sup>3</sup> E. STEIN, *Czym jest człowiek? Antropologia teologiczna*, tłum. G. Sowiński, Kraków 2012, s. 172. Więcej na temat jedności duchowo-cieleśnej człowieka zob. G. CHOJNACKI, *Relacyjność oso-*

należy za T. Huzarkiem uwypuklić wielowarstwowość jedności bytu ludzkiego jako aksjomatu do szczegółowego opisu człowieka jako podmiotu i celu, a nie narzędzia ludzkiego działania. Na pierwszym miejscu konieczne jest podkreślenie jedności cielesno-duchowej jako rzeczywistości antropologicznej, która nie pozwala na przyjęcie skrajnie naturalistycznej lub skrajnie spirytystyczno-eterycznej koncepcji człowieka. Człowiek ze swojej natury jest istotą relacyjną, konieczne jest więc spojrzenie na niego poprzez pryzmat jedności osoby i wspólnoty. W strukturę bytu ludzkiego wpisane jest głęboko poszukiwanie relacji z Transcendencją, gdyż człowiek nie może siebie samego spełnić tylko siłami mu przyzodnymi. Stąd też uznanie jedności wymiaru naturalnego i nadprzyrodzonego, a wraz z nią jedności doczesności i wieczności skutkuje odrzuceniem kultury tymczasowości i przyjęciem idei o nadprzyrodzonych cechach habitualnych człowieka<sup>4</sup>.

Na tle tak rozumianej jedności można w sposób holistyczny spojrzeć na proces umierania, który z punktu widzenia medycyny posiada cztery etapy<sup>5</sup>. Pierwszy z nich, nazywany agonią, charakteryzuje się znacznym osłabieniem czynności krążeniowo-oddechowych. Ze względu na to, że ten etap ma charakter dynamiczny i odznacza się dużą zmiennością, ważne jest ustalenie rzeczywistego stanu krążenia i oddychania w danym momencie. Kolejnym etapem, gdy ustaje krążenie i oddychanie, jest stan śmierci klinicznej, który dzięki odpowiednim procedurom diagnostycznym na obecnym poziomie medycyny można monitorować w stosunkowo łatwy sposób. Ustanie krążenia i oddychania prowadzi do zaniku aktywności mózgu aż do ostatecznego ustania pracy pnia mózgu. Mówi się wtedy o trzecim etapie umierania, nazywając go śmiercią osobniczą. Wiele kontrowersji medyczno-prawnych budzi fakt, że temu etapowi nadaje się znaczenie ostatecznej śmierci człowieka, a wiele przykładów wskazanych przez J. Wróbla świadczy o tym, że opinia specjalistów jest tu niejednoznaczna i mogą wkroczyć determinanty zmieniające rzeczywiste ustalenie faktu śmierci, np. błąd ludzki, błąd urządzeń diagnostycznych, chęć przeprowadzenia procedury pobrania organów do transplantacji itp.<sup>6</sup> Ostatnim etapem umierania jest śmierć biologiczna, która charakteryzuje się nieodwracalnym i całkowitym ustaniem czynności życiowych, np. brak dalszego wzrostu włosów, paznokci itp.

---

by ludzkiej. *Studium antropologiczno-teologiczne pism Edyty Stein (Teresy Benedykty od Krzyża)*, Poznań 2015, s. 101–108.

<sup>4</sup> Por. T. HUZAREK, *Integralne rozumienie osoby ludzkiej jako podstawa opieki paliatywnej*, „*Studia Pelplińskie*” (2013), s. 94–96.

<sup>5</sup> Zob. A. BARTOSZEK, *Umieranie*, w: A. MUSZALA (red.), *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, Radom 2005, s. 609.

<sup>6</sup> Zob. J. WRÓBEL, *Hirtodbestimmung als Todeskriterium*, „*Studia Moralia*” 54 (2016) z. 1, s. 124–125.

W odróżnieniu od procesu umierania medycyna opisuje inny stan pacjenta, który nazywa stanem wegetatywnym. Może on być jednym z etapów umierania, ale nie musi, gdyż jest on definiowany jako brak świadomości własnej osoby oraz otoczenia. Pacjent ma zachowany rytm snu i czuwania, lecz nie może w sposób świadomy kontaktować się ze swoim otoczeniem. Co prawda, może wystąpić u niego spontaniczne otwarcie i zamykanie oczu, na twarzy można dostrzec ruchy mimiczne, pojawiają się niecelowe ruchy kończyn, jednakże nie ma możliwości bezpośredniego świadomego kontaktu z nim. W stanie wegetatywnym utrzymywane są funkcje podwzgórza i pnia mózgu, co sprawia, że możliwy jest własny napęd oddechowy i termoregulacja. Gdy wspomniane objawy utrzymują się przez co najmniej cztery tygodnie, mamy do czynienia z przetrwałym stanem wegetatywnym. Natomiast gdy stan ten, wg różnych kryteriów, utrzymuje się przez trzy lub sześć miesięcy, mówi się o utrwalonym stanie wegetatywnym.

Od stanu wegetatywnego odróżnić należy też zespół zamknięcia i stan minimalnej świadomości. W pierwszym przypadku występuje „stan niedowładu całego ciała, przez co pacjent robi wrażenie nieświadomego, jednak często może komunikować się z otoczeniem za pomocą ruchów gałek ocznych bądź powiek”<sup>7</sup>. Natomiast stan minimalnej świadomości, z punktu widzenia medycyny, jest trudny do zdiagnozowania i „polega na okresowej obecności świadomości różnego stopnia”<sup>8</sup>. Należy dodać, że zespół zamknięcia, stan minimalnej świadomości oraz stan wegetatywny nie są *ipso facto* stanem umierania. Dopiero gdy pojawia się proces śmierci pnia mózgu, można mówić o bezpośrednim stanie człowieka przed śmiercią osobniczą, a następnie biologiczną.

Na bardzo ważny aspekt stanu wegetatywnego zwraca uwagę Jan Paweł II w jednym ze swoich przemówień do uczestników międzynarodowych kongresów medycznych. Mówi w nim o umownej prognozie, jaką stawia się w przypadku osób znajdujących się w tym stanie, podkreślając jej zmienność i niedookreśloność, wymagającą zachowania wszelkiej ostrożności i dokładności przy stawianiu diagnoz co do faktycznego stanu chorego. Papież przyjmuje także inny czasokres na to, by mówić o trwałym stanie wegetatywnym: „Właśnie dla określenia sytuacji pacjentów, którzy znajdują się w stanie wegetatywnym przez okres dłuższy niż rok, wprowadzono termin «trwały stan wegetatywny». W rzeczywistości jednak określenie to nie wiąże się z odrębną diagnozą, ale jedynie umowną prognozą, wynikającą z faktu, że przebudzenie pacjenta jest, ze statystycznego punktu widzenia, tym mniej prawdopodobne, im dłużej trwa stan wegetatywny. Należy jednak pamiętać i brać pod uwagę, że istnieją dobrze udokumentowane

---

<sup>7</sup> J. ANDRES, *Stan wegetatywny*, w: A. MUSZLA (red.), *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, s. 528

<sup>8</sup> *Tamże*.

przypadki przynajmniej częściowego powrotu pacjentów do zdrowia, czasem wręcz po wielu latach; dlatego też można powiedzieć, że medycyna jak na razie nie jest w stanie orzec z pewnością, który ze znajdujących się w tym stanie pacjentów powróci do zdrowia, a który nie”<sup>9</sup>.

## 2. Zapewnienie godności umierania

Wychodząc od właściwego pojmowania fenomenu umierania i stanu wegetatywnego, oba Kościoły udostępniają konkretne wskazania i zarazem formularze, aby w ten sposób ułatwić określenie praw pacjenta co do zabezpieczenia przebiegu „zmierzchu” własnego życia. Bardzo ważnym elementem tych wskazań jest wytłumaczenie istoty warunków ustalenia życzeń odnoszących się do procedur medycznych oraz eksplikacji warunków sporządzenia rozporządzenia pacjenta. Obie formy – zarówno życzenia, jak i rozporządzenie – mieszczą się w niemieckim porządku prawnym i jako takie mają swoje zastosowanie w procedurach medycznych.

W pierwszym przypadku pacjent ma prawo do określenia konkretnych życzeń co do stosowanych zabiegów, ich rodzaju, zakresu oraz długości, a także okoliczności ich aplikacji. Gdy pacjent ustanowi pełnomocnika lub osobę, która ma się nim zajmować i pielęgnować, te życzenia i postulaty powinny być przez niego respektowane i zgłaszane w czasie procedur medycznych. Pełnomocnik ma prawo do potwierdzenia konkretnego działania wobec pacjenta lub też do jego odrzucenia, zgodnie z wyrażoną przez niego wolą. Im dokładniej pacjent zdefiniuje swoje życzenia, tym bardziej muszą być one respektowane i wdrażane zgodnie ze sztuką medyczną. Należy też dodać, iż owe życzenia pacjent może w każdej chwili zmienić lub je odwołać oraz wyrazić je w każdej formie (najlepiej pisemnej)<sup>10</sup>. W drugim przypadku, gdy pacjent dokonuje rozporządzenia dotyczącego procedur medycznych na wypadek wkroczenia w jego życie bezpośredniego etapu umierania, musi on zachować bardzo konkretne wymagania, aby to rozporządzenie miało moc sprawczą. Dokument wskazuje na potrzebę, aby konkretne wskazania w rozporządzeniu pacjenta miały wystarczający poziom merytoryczny i formalny. Jego autorzy proponują wizytę u lekarza w celu uzyskania fachowej porady, aby sporządzone rozporządzenie spełniało konieczne wymagania i artykułowało wolę pacjenta bez zostawienia cienia wątpliwości. Gdyby pacjent podał tylko ogólne wskazania,

<sup>9</sup> JAN PAWEŁ II, *Człowiek chory zawsze zachowuje swa godność. Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Kongresu Lekarzy Katolickich* (20.08.2004), nr 2, w: J. BRUSIŁO (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, t. II, Tarnów 2010, s. 294–300, tu: 295.

<sup>10</sup> Zob. *Christliche Patientenvorsorge*, s. 20 (pkt 3.2.1).

bez zachowania odpowiednich koniecznych sformułowań wymaganych przez prawo, należałoby je uznać jako jego życzenia, natomiast nie mają one waloru rozporządzenia<sup>11</sup>.

W kontekście rozróżnienia pomiędzy życzeniem a rozporządzeniem pacjenta omawiany dokument zawiera fachowo sporządzony formularz, który może posłużyć jako urzędowe poświadczenie woli pacjenta na wypadek, gdy pacjent nie może podjąć świadomej decyzji wolitywnej lub nie może jej wyrazić, a zarazem znajduje się w wysoce prawdopodobnym, nieodwracalnym i bezpośrednim procesie umierania lub dotarł do stadium końcowego nieuleczalnej i kończącej się śmiercią choroby i podejmuje konkretne rozporządzenie co do zastosowania lub zaniechania określonych procedur medycznych oraz miejsca, gdzie ma nastąpić jego śmierć.

Po krótkim wprowadzeniu w formularzu zawarto konkretne wskazania co do czynności medycznych. Na pierwszym miejscu pacjent deklaruje, że wszelkie czynności medyczno-opiekuńcze powinny być podporządkowane złagodzeniu dolegliwości, które mogą pojawić się z chwilą rozpoczęcia agonii, takich jak: ból, strach, niepokój, duszności, nudności itp. Czynności te mogą być zastosowane, nawet jeśli jako skutek uboczny i cel niezamierzony spowodowałyby skrócenie życia. Legitymizacja tej sytuacji może być uzasadniona dzięki zastosowaniu zasady dopuszczalności czynu z podwójnym skutkiem. Kolejnym postulatem osoby składającej rozporządzenie jest odrzucenie sztucznego odżywiania zarówno przez sondę wpuszczoną przez usta, nos czy brzuch, jak i drogą dożylną. Konsekwencją tego jest również zgoda na zaspokojenie głodu w naturalny sposób, włączając przy tym ręczną pomoc przy odżywianiu. To samo dotyczy kwestii zaspokojenia pragnienia. W tym wypadku pacjent prosi o redukcję sztucznie dostarczanych płynów, zgodnie z rozeznaniem lekarskim, natomiast nie wolno zaprzestać podawania płynów w naturalny sposób, np. przez zwilżanie ust. Zgodnie z treścią rozporządzenia, w przypadku wkraczającej fazy agonii pacjent postuluje również zaniechanie czynności resuscytacyjnych, a także działań polegających na sztucznym oddychaniu. Pozwala natomiast na zastosowanie leków, które mogą ograniczyć dolegliwości związane z trudnościami w oddychaniu. Pacjent przyjmuje w tym wypadku do wiadomości, że mogą one spowodować w sposób niezamierzony i niechciany przyspieszenie śmierci lub ograniczenie jego świadomości i godzi się na to. W tym przypadku należy rozważyć te działania zgodnie z warunkami dopuszczalności etycznej czynu z podwójnym skutkiem. Jeśliby przyspieszenie śmierci miało nastąpić jako skutek bezpośrednio zamierzony, należy z punktu widzenia etyki katolickiej takie działania odrzucić. Następnym postulatem rozporządzenia jest za-

---

<sup>11</sup> Zob. *tamże*, s. 20 (pkt 3.2.2).

przestanie wdrożonej dializy lub też niepodejmowanie wszczęcia tej czynności medycznej, aby w ten sposób nie sprawiać dodatkowego bólu pacjentowi. Kolejny postulat dotyczy niepodawania wszelkiego rodzaju antybiotyków, gdyby ich działanie w bezpośrednim etapie umierania było bezskuteczne. Podobna uwaga dotyczy transfuzji całej krwi lub jej składników.

Po postulatach odnoszących się do poszczególnych czynności medycznych pojawiają się w formularzu wskazania dotyczące miejsca, w którym pacjent chce umrzeć. Przede wszystkim pobyt w szpitalu lub wszelkie działania diagnostyczne przeprowadzane poza domem pacjenta powinny nastąpić tylko wtedy, gdy ich celem jest lepsze złagodzenie dolegliwości i nie mogą być przeprowadzone ambulatoryjnie w domu. Pacjent wyraża też postulat pozostania w domu w celu otrzymania koniecznej pielęgnacji bez oddawania go do miejsca, gdzie dokonuje się jej zawodowo lub systemowo. W przypadku, gdyby chory nie mógł pozostać w domu, wskazuje w formularzu konkretne miejsce (szpital, stacjonarne hospicjum, dom opieki), gdzie godnie będzie mógł umrzeć<sup>12</sup>.

Wszystkie wyżej wymienione wskazania, idąc za myślą wielu autorów<sup>13</sup>, wypływają z integralnej wizji człowieka, domagającej się humanizacji medycyny i opieki nad chorą osobą. Wyrazem poszanowania godności człowieka jest uznanie autonomii sumienia ludzkiego, aby w ten sposób została uznana swoboda podejmowania decyzji. Nie wolno bowiem zmuszać nikogo do działań uderzających w wolność sumienia, a także nie należy przeszkadzać w działaniach, które są zgodne z sumieniem danej osoby. To prawo przysługuje zarówno pacjentowi, jak i personelowi medycznemu. Pacjent w ten sposób może zapewnić sobie wolność decyzji (oczywiście w zakresie własnego dobra, bez godzenia we własne życie czy zdrowie), natomiast lekarz, korzystając z autonomii własnego sumienia, może zastosować w pełni zasadę *salus aegroti suprema lex*, nie godząc się na aktywne lub pasywne działanie uderzające w fundamentalne prawo, jakim jest ochrona życia ludzkiego. Z. Pilichowski zauważa, w kontekście autonomii pacjenta, prawo do rzetelnej informacji oraz wypływający z tego obowiązek lekarza, z zastosowaniem prawa stopniowości, roztropnego przekazywania stosownych wyjaśnień: „Bardzo ważne jest przestrzeganie i ochrona autonomii pacjentów wyrażająca się w kontekście omawianego zagadnienia w prawie do odmowy leczenia oraz prawie do rzetelnej informacji o stanie zdrowia i możliwych sposobach leczenia. Do praw pacjenta należy również prawo do godnego umierania realizowane przez wystarczający

<sup>12</sup> Zob. *Christliche Patientenvorsorge*, s. 9 (formularz).

<sup>13</sup> Zob. m.in. M. DRODZ, *Po stronie życia – o niektórych obszarach dyskusji o eutanazji*, w: J. STALA (red.), *Życie i śmierć. Wyzwania działalności charytatywnej*, Tarnów 2012, s. 341–361, zwłaszcza 351. Kolejne uwagi przytoczę w dalszej części wywodu.



poziom informacji o swojej sytuacji, samodzielnym decydowaniu o miejscu, warunkach i zakresie prowadzonej terapii”<sup>14</sup>.

Innym problemem jest odpowiednie, niekomercyjne podejście do osób chorych terminalnie, na co zwraca uwagę omawiany dokument, starając się o wyeksponowanie tego problemu. W zależności od stanu infrastruktury medyczno-opiekuńczej w danym państwie oraz wrażliwości społecznej, sytuacja może wyglądać bardzo różnie. Badacze tej tematyki podkreślają, że chorzy terminalnie często ze względu na generowanie przez nich kosztów, a nie zysków komercyjnych, pozostają poza zakresem zainteresowania. Eksplicacja takiego podejścia, np. w Polsce, polega najczęściej na tłumaczeniu, że szpitale nie są placówkami opiekuńczymi (gdyż nie posiadają oddziałów opiekuńczo-leczniczych itp.) i z tego powodu nie otrzymają odpowiedniej liczby punktów, pieniędzy itp. od funduszu zdrowia, kasy chorych. Zdarza się, że pacjenci zmuszani są do podpisania deklaracji odnośnie do stosowania lub niestosowania niektórych procedur medycznych, stojących w konflikcie z ich sumieniem, jako warunek przyjęcia ich do danej jednostki medyczno-opiekuńczej. Należy zatem z całą mocą postulować, pomimo kalkulacji czysto komercyjnych, potrzebę rozwoju hospicjów, oddziałów geriatrici i opieki paliatywnej, które nie będą skazane na czysto ekonomiczny rachunek i znajdą wsparcie zarówno instytucjonalne, jak i prywatne. K Wilczyński mówi w kontekście roli i zadań Kościołów chrześcijańskich o funkcji budzenia świadomości i uwrażliwiania sumień, aby bazując jedynie na rachunku ekonomicznym, nie stać się „sługą” kultury śmierci, lecz wskazywać na miłość jako cel i sens towarzyszenia człowiekowi choremu lub umierającemu<sup>15</sup>. A. Bartoszek w tym kontekście aplikuje bardzo ciekawe pojęcie „nadziejorodności”, które w opiece paliatywnej powinno stanowić teleologiczny postulat i subiektywny motyw działania osób troszczących się o osoby umierające: „Ciągłe na nowo trzeba rozbudzać w sobie przekonanie, iż nawet najmniejszy gest i posługa zrealizowane w ramach opieki paliatywnej mają sens i są «nadziejorodne»”<sup>16</sup>.

Analizując ten ekumeniczny dokument, trudno nie wspomnieć kwestii podziału stosowanych środków medycznych na środki proporcjonalne i nieproporcjonalne. Te pierwsze charakteryzują się tym, że powinny być dostępne finansowo dla większości ludzi danego kraju, nie powodować nadmiernych, zbyt długich cierpień chorej osoby i dawać prawdopodobieństwo wyleczenia. Natomiast

---

<sup>14</sup> Z. PILICHOWSKI, *Uporczywa terapia a dobro pacjenta*, „Studia Loviciensia” 15 (2013), s. 265–275, tu: 273.

<sup>15</sup> Por. K. WILCZYŃSKI, *Troska o podmioty opieki paliatywnej w świetle nauczania Kościoła*, AK 158 (2012) z. 3, s. 452–466, tu: 454.

<sup>16</sup> A. BARTOSZEK, *Umacnianie nadziei jako istotne zadanie opieki paliatywnej*, w: A. REGINEK, G. STRZELCZYK, A. ŻADŁO (red.), *Omnia tempus habent. Miscellanea theologica Vincentio Myszor quadregesinum annum laboris scientifici celebranti ab amicis, sodalibus discipulisque oblata*, Katowice 2009, s. 552–563, tu: 557.

środki nieproporcjonalne nie spełniają powyższych warunków w danej sytuacji pacjenta i są odwrotnością tych pierwszych<sup>17</sup>. E. Kowalski dostrzega w przyjęciu terminologii „proporcjonalny/nieproporcjonalny” i odrzuceniu sformułowań „zwyczajne/nadzwyczajne” właściwe spojrzenie na ocenę omawianych środków, powodujące, że następuje „faktyczne przesunięcie zakresu stosowania zasady celowości w relacji nie do środka samego siebie, lecz do rezultatu terapeutycznego na podstawie właściwej diagnostyki”<sup>18</sup>. Tym samym podkreśla się, że istnieje konieczność sporządzenia swobodnego bilansu do konkretnej sytuacji chorego, który będzie uwzględniał immanentny związek pomiędzy miarą a priorytetem, ujawniający właśnie proporcjonalność lub nieproporcjonalność czynności medycznych<sup>19</sup>. Kowalski uwydatnia również sensowność zastosowania podziału środków na proporcjonalne i nieproporcjonalne w celu ukazania odpowiedzialności człowieka za swoje życie „w sytuacji ekstremalnego wyboru pomiędzy arbitralną wolnością a godnością osoby umierającej lub znajdującej się w trwałym stanie wegetatywnym. Szacunek i ochrona życia ludzkiego wskazują na jego fundamentalne i służebne dobro wobec godności osoby ludzkiej”<sup>20</sup>.

Jeszcze innym, bardzo ważnym aspektem w ocenie treści analizowanego dokumentu jest przywołanie prawdy o rezygnacji z terapii uporczywej w sytuacji bezpośredniej śmierci bez zaniebdywania zwykłej pomocy. Oba Kościoły deklarują właśnie takie stanowisko, przypominając o tym, że taki sposób postępowania nie powinien budzić poczucia winy w osobach, które decydują o tej rezygnacji: „Gdy zagraża śmierć, której w żaden sposób nie da się uniknąć przez zastosowanie dostępnych środków, wolno w sumieniu podjąć zamiar zrezygnowania z leczenia, które może przynieść tylko niepewne i bolesne przedłużenie życia, nie przerywając jednak zwyczajnej opieki, jaka w podobnych wypadkach należy się choremu. Nie stanowi to powodu, dla którego lekarz mógłby odczuwać niepokój, jakoby odmówił pomocy komuś znajdującemu się w niebezpieczeństwie”<sup>21</sup>. Zwyczajna opieka, zdaniem W. Galewicza, wypływa również z zasady nieopuszczania w potrzebie, która nie wymaga, by wszelkimi działaniami czy kosztami jak najdalej odsuwać od osoby w stanie terminalnym momentu jej śmierci<sup>22</sup>. Znawcy materii

---

<sup>17</sup> Zob. J. UMIASTOWSKI, *Uporczywa terapia*, w: A. MUSZALA (red.), *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, s. 492–493.

<sup>18</sup> E. KOWALSKI, *Osoba i bioetyka. Zagadnienia biomedyczne dla duszpasterzy i katechetów*, Kraków 2009, s. 317–318.

<sup>19</sup> Por. *tamże* s. 317.

<sup>20</sup> *Tamże*, s. 316.

<sup>21</sup> KONGREGACJA NAUKI WIARY, *Deklaracja o eutanazji lura et bona*, rozdz. IV, w: K. SZCZYGIEL (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, t. I, Tarnów 1998, s. 333–339, tu: 339.

<sup>22</sup> Por. W. GALEWICZ, *Czy wartość życia wzrasta wobec bliskiej śmierci?*, „Roczniki Filozoficzne” 65 (2017) nr 4, s. 5–21, zwłaszcza 14.

opieki zwyczajnej wyliczają podstawowe zabiegi, do których zalicza się: pomoc w zaspokojeniu potrzeb fizjologicznych, karmienie i nawadnianie oraz higienę i pielęgnację czy opatrunki<sup>23</sup>. W przypadku „kiedy nikt z rodziny nie jest w stanie pomóc choremu w takich zabiegach, powinna je wykonywać pielęgniarka środowiskowa lub inna o odpowiednich kwalifikacjach”<sup>24</sup>.

Reasumując należy stwierdzić, że przedstawiony ekumeniczny dokument o zabezpieczeniu pacjenta w sposób profesjonalny i praktyczny pomaga chrześcijanom w przygotowaniu się do ostatniego etapu ich życia, zwłaszcza na moment wkraczającej i nieodwracalnej agonii. Stanowi on niewątpliwie dobry przykład współpracy Kościołów chrześcijańskich w Niemczech, dotyczącej wypracowania wspólnego stanowiska w kwestiach bioetycznych. Fakt, że Kościoły nie kryją też swojej odmiennej wrażliwości przy zagadnieniu trwałego stanu wegetatywnego, podkreśla na pewno wiarygodność tego dokumentu. Na tę dyskrepancję chciałbym zwrócić uwagę w kolejnym punkcie.

### 3. Opieka medyczna nad pacjentem w trwałym stanie wegetatywnym

Ekumeniczny dokument, określający okoliczności stanu umierania, odnosi się bezpośrednio do sytuacji, w której na skutek ciężkiego uszkodzenia mózgu następuje ograniczenie stanu równowagi psychosomatycznej. Pacjentów w takim stanie nazywa „pacjentami w śpiączce” (*Wachkoma-Patienten*). Dokument zwraca uwagę, że znajdują się one w tzw. stanie wegetatywnym, który nie jest jakimś stanem statycznym i nie podlega zmianom. Stan wegetatywny może ulec zmianie z różnorodnych powodów i działań, jednakże jest to zależne od przyczyny, przebiegu i czasu trwania. Naturalnie stan wegetatywny może się tak pogłębiać, że wybudzenie z niego nie będzie ostatecznie możliwe. Chorzy w tej sytuacji nie są w stanie komunikować się werbalnie, dlatego pozostają ze światem zewnętrznym w kontakcie pozawerbalnym, a zarazem zdolne są do odczuwania różnych bodźców. To oczywiście sprawia, że są oni „skazani” na szczególną opiekę, polegającą na utrzymywaniu z nimi kontaktu oraz relacji, zwłaszcza poprzez możliwość wykorzystania zmysłów. Nie wolno o tym zapominać, nawet jeśli stan „śpiączki” staje się coraz bardziej nieodwracalny. Kościoły chcą tę prawdę przypomnieć, jednakże wprowadzają pewne zniunasowanie, które dotyczy kwestii traktowania osób w trwałym stanie wegetatywnym

---

<sup>23</sup> Nauczanie to Kościół katolicki podtrzymuje w swoich kolejnych dokumentach; zob. PAPIE-SKA RADA DS. DUSZPASTERSTWA SŁUŻBY ZDROWIA, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, tłum. H. Bzikot, Katowice: Wydawnictwo Św. Jacka 2017.

<sup>24</sup> N. PIKULA, *Etos starości w aspekcie społecznym. Gerontologia dla pracowników socjalnych*, Kraków 2011, s. 180.

w zależności od czasu trwania tego stanu lub/i wkraczającej choroby, mającej śmiertelne skutki<sup>25</sup>.

Pierwsze podejście do stanu wegetatywnego podkreśla, że wiele osób przez długi okres potrafi jako rodzina czy przyjaciele lub znajomi opiekować się osobą w stanie „śpiączki”, gdyż człowiek ma prawo być traktowany nawet przez długi czas trwania w tym stanie jako „normalny” pacjent, któremu należy się takie samo traktowanie, procedury medyczne i opieka. Jednakże kiedy ów pacjent wkracza w etap bezpośredniej śmierci, której czas jest przewidywalny, względnie zapada na inną chorobę, której skutek w jego przypadku będzie śmiertelny, należy zmienić cel terapii. W miejsce środków i procedur zmierzających do przedłużenia i utrzymania życia, należy wprowadzić działania paliatywne, które mają na celu złagodzenie stanu agonii oraz zachować w dalszym ciągu zabiegi opiekuńcze związane z higieną ciała i troskę o podstawowe potrzeby. Dokument tłumaczy również, że nie chodzi tu zgodę na bezpośrednią eutanazję, lecz o rezygnację z uporczywej terapii, czyli ze stosowania środków nadzwyczajnych. Autorzy dokumentu używają terminu „nadzwyczajne”, nie stosując pojęcia „nieproporcjonalne”, co – moim zdaniem – stanowi uchybienie metodologiczne, zwłaszcza że literatura przedmiotu w tej kwestii proponuje konsensualnie stosowanie tego drugiego terminu. Gdy ktoś wypełnia formularz związany z zabezpieczeniem swoich praw, powinien na podstawie takiego podejścia do trwałego stanu wegetatywnego uzupełnić punkt: *Raum für ergänzende Verfügungen* proponowanym tekstem korespondującym z takim zamiarem woli<sup>26</sup>. Należy jeszcze podkreślić, że w dokumencie jednoznacznie jest wyróżnione, że Kościół katolicki w sposób usilny (*dringend*) proponuje swoim członkom takie uzupełnienie formularza<sup>27</sup>.

W ekumenicznym dokumencie podane jest też inne, nieco różniące się od poprzedniego, stanowisko wobec trwałego stanu wegetatywnego. Autorzy podkreślają, że na podstawie obserwacji osób, które ponad rok lub dłużej pozostają w stanie „śpiączki”, może pojawić się pytanie, czy też moralnie dopuszczalne byłoby nieco inne postępowanie terapeutyczne wobec tych osób. Polegałoby ono na znalezieniu konsensusu z zasadami wiary i moralności chrześcijańskiej, który dopuszczaliby stop-

<sup>25</sup> Por. *Christliche Patientenvorsorge*, s. 21 (pkt 3.2.4).

<sup>26</sup> *Christliche Patientenvorsorge*, s. 22 (pkt 3.2.4): *Sollten Sie dies verfügen wollen, bieten wir Ihnen hier einen Textbaustein, den Sie so in das Feld „Raum für ergänzende Verfügungen“ übernehmen können: Die unter 1. getroffenen Verfügungen sollen über die dort genannten Situationen hinaus entsprechend auch gelten, wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen und Entscheidungen zu treffen, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist und eine akute Zweiterkrankung hinzukommt, an der ich sterben könnte. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen.*

<sup>27</sup> Zob. *tamże*, s. 22 (pkt 3.2.4).

niowe ograniczenie procedur medycznych i/lub zakończenie sztucznego odżywiania przy zachowaniu naturalnego karmienia i nawadniania, na skutek opinii dwóch doświadczonych lekarzy. Spowodowałyby to stopniowy proces umierania bez konieczności uwzględnienia innych, śmiertelnie przebiegających chorób (w formularzu użyte jest słowo *oder*), których mógłby doświadczyć pacjent w stanie wegetatywnym. W przypadku takiego podejścia do stanu wegetatywnego autorzy dokumentu proponują odpowiednią formułę, którą należy dodać do podanego formularza<sup>28</sup>.

Mając na uwadze tak wiele różnych ocen, wydaje się być koniecznym uzasadnienie tego, można powiedzieć, *votum separatum* Kościoła katolickiego. Nauczanie katolickie, wyrażone konkluzjami Kongregacji Nauki Wiary, podkreśla konieczność stosowania sztucznego odżywiania pacjenta pozostającego w tym stanie, określając nieliczne wyjątki lub okoliczności umożliwiające odstąpienia od tego postępowania medycznego. Kongregacji postawiono dwa pytania, na które udzieliła odpowiedzi:

„Pierwsze pytanie: Czy istnieje moralny obowiązek podawania pokarmu i wody (w sposób naturalny lub sztuczny) pacjentowi w «stanie wegetatywnym», z wyjątkiem przypadków, gdy takie pożywienie nie może być przyswojone przez organizm pacjenta albo nie może być podawane bez powodowania znacznej dolegliwości fizycznej?

Odpowiedź: Tak. Podawanie pokarmu i wody, także metodami sztucznymi, jest zasadniczo zwyczajnym i proporcjonalnym sposobem podtrzymywania życia. Jest ono więc obowiązkowe w takiej mierze i przez taki czas, w jakich służy właściwym sobie celom, czyli nawadnianiu i odżywianiu pacjenta. W ten sposób zapobiega się cierpieniom i śmierci, które byłyby spowodowane wycieńczeniem i odwodnieniem.

Drugie pytanie: Czy sztuczne żywienie i nawadnianie pacjenta w «trwałym stanie wegetatywnym» mogą być przerwane, gdy kompetentni lekarze stwierdzą z moralną pewnością, że pacjent nigdy nie odzyska świadomości?

Odpowiedź: Nie. Pacjent w «trwałym stanie wegetatywnym» jest osobą, zachowującą swą podstawową godność ludzką, z zatem należy się mu zwyczajna i proporcjonalna opieka, obejmująca zasadniczo dostarczanie wody i pokarmu, także w sposób sztuczny<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> Zob. *tamże*, s. 22 (pkt 3.2.4). Autorzy proponują następujące sformułowanie tekstu: *Die unter 1. getroffenen Verfügungen sollen über die dort genannten Situationen hinaus entsprechend auch gelten, wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen und Entscheidungen zu treffen, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist und dieser Zustand seit einem Zeitraum von... (z.B. einem Jahr) besteht oder eine akute Zweiterkrankung hinzukommt, an der ich sterben könnte. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen.*

<sup>29</sup> KONGREGACJA NAUKI WIARY, *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania* (1.08.2007), w: J. BRUSILO (red.), *W trosce o życie*, s. 454–458, tu: 454.

Odpowiedzi ze strony Kongregacji Nauki Wiary pozostają w wierności do stałego nauczania Kościoła katolickiego dotyczącego problemów eutanazji bezpośredniej i pośredniej, które w swoim rdzeniu pozostaje niezienne. Eutanazja bezpośrednia jest moralnie zła, jest czynem *intrinsece malum*, dlatego musi zostać odrzucona. Natomiast ze względu na zmieniające się i rozszerzające możliwości medycyny ocenie podlega dopuszczalność lub rezygnacja ze stosowania środków nieproporcjonalnych. Kongregacja Nauki Wiary precyzyjnie charakteryzuje trwały stan wegetatywny w następujący sposób: „Pacjenci w «stanie wegetatywnym» samoistnie oddychają, w sposób naturalny trawią pokarmy, zachodzą u nich inne procesy metaboliczne, a ich stan jest stabilny. Nie mogą natomiast samodzielnie przyjmować pokarmu”<sup>30</sup>. Podawanie im pokarmów i napojów w zwykły lub w sztuczny sposób zapobiega więc ich śmierci na skutek zagłodzenia lub odwodnienia. Brak takich działań oznaczałoby odrzucenie zasady proporcjonalności środków do celu, którym jest odrzucenie praktyki głodzenia w celu osiągnięcia śmierci. Poza tym odżywianie pacjenta nie ma znamion terapii rozstrzygającej, ale jest zwyczajną troską o życie pacjenta<sup>31</sup>. Kongregacja Nauki Wiary dostrzega również wyjątki od tej reguły zgodnie z zasadą, że dany środek ma być proporcjonalny w konkretnej sytuacji i okolicznościach. Jeśli takim nie jest, można go potraktować jako nieproporcjonalny i z niego zrezygnować: „Stwierdzając, że podawanie pokarmu i wody jest zasadniczo moralnym obowiązkiem, Kongregacja Nauki Wiary nie wyklucza ewentualności, że w pewnych odizolowanych albo bardzo biednych regionach odżywianie i nawadnianie w sposób sztuczny mogą być fizycznie niemożliwe, a zatem *ad impossibilia nemo tenetur* (nikogo się nie zmusza do rzeczy niemożliwych); pozostaje jednak obowiązek zapewnienia minimalnej możliwej opieki i zatroszczenia się, na ile to możliwe, o środki konieczne do należytego podtrzymania życia. Nie wyklucza się też, że pacjent na skutek zaistniałych komplikacji może nie być zdolny do przyswajania pokarmu i płynów, co uczyniłoby ich podawanie całkowicie nie użytecznym. Poza tym nie wyklucza się całkowicie ewentualności, że w pewnych rzadkich przypadkach sztuczne odżywianie i nawadnianie może być dla pacjenta nadmiernie uciążliwe bądź powodować wyjątk-

---

<sup>30</sup> KONGREGACJA NAUKI WIARY, *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania*, s. 455.

<sup>31</sup> Cenne jest to, że Kongregacja Nauki Wiary używa w sposób profesjonalny i konsekwentny podział środków na proporcjonalne i nieproporcjonalne. Zob. KONGREGACJA NAUKI WIARY, *tamże*, s. 455: „Gdyby pokarm i płyny nie były im podawane w sposób sztuczny, umarliby, a przyczyną ich śmierci nie byłaby choroba czy «stan wegetatywny», a jedynie wycieńczenie i odwodnienie. Z drugiej strony podawanie wody i pokarmu sztucznymi metodami zazwyczaj nie stanowi szczególnego obciążenia ani dla pacjenta, ani dla każdego systemu sanitarnego, utrzymanego na średnim poziomie, samo w sobie nie wymaga hospitalizacji i jest proporcjonalne do zamierzonych celów: niedopuszczenie do tego, by pacjent zmarł wskutek wycieńczenia i odwodnienia. Nie jest i nie ma być terapią rozstrzygającą, ale zwyczajną troską o podtrzymanie życia”.

kowe cierpienie fizyczne związane, na przykład, z komplikacjami wynikającymi z użycia aparatury”<sup>32</sup>. To wyliczenie wyjątków, które mogą zmienić się w przeszłości ze względu na modyfikację okoliczności, daje jasność w kompleksowej ocenie problemów człowieka w stanie wegetatywnym.

## Zakończenie

Należy pozytywnie zauważyć, że w niemieckim dialogu ekumenicznym temat bioetycznym poświęca się wiele uwagi. Gdy niemieckie prawo państwowe wprowadza nowe uregulowania, wynikające z przemian polityczno-społeczno-kulturowo-ekonomicznych, Kościoły chrześcijańskie starają się o aktywne uczestnictwo w dyskursie społeczno-kulturowym. Omówiony dokument Kościoła katolickiego i ewangelickiego *Christliche Patientenvorsorge* (2010) dzięki merytorycznemu walorowi stanowi pomoc w wyjaśnieniu praw i zarazem odpowiedzialności pacjenta na ostatnim etapie życia, jakim jest umieranie. Integralną częścią omawianego dokumentu jest dołączony formularz, który ułatwia praktyczne ustalenie przez pacjenta zamierzonego przez niego postępowania medycznego, zgodnego z obowiązującym prawem stanowionym i normami moralnymi. Szczególnym wyzwaniem dla oceny procedur medycznych wobec pacjenta jest pojawiający się niekiedy utrwalony stan wegetatywny. Bardzo cennym i uczciwym podejściem do tej kwestii jest to, że oba Kościoły ustaliły w tym dokumencie różnicowanie swoich stanowisk co do konkretnych procedur medycznych stosowanych w tym wypadku, wpływające z ich systemów doktrynalno-etycznych.

## Bibliografia

- ANDRES J., *Stan wegetatywny*, w: A. MUSZALA (red.), *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, Radom: Polskie Wydawnictwa Encyklopedyczne 2005, s. 527–529.
- BARTOSZEK A., *Umacnianie nadziei jako istotne zadanie opieki paliatywnej*, w: A. REGINEK, G. STRZELCZYK, A. ŻĄDŁO (red.), *Omnia tempus habent. Miscellanea theologica Vincentio Myszor quadregesinum annum laboris scientifici celebranti ab amicis, sodalibus discipulisque oblata*, Katowice: Wydawnictwo św. Jacka 2009, s. 552–563.

---

<sup>32</sup> Tamże, s. 457–458.

- BARTOSZEK A., *Umieranie* w: A. MUSZALA (red.), *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, Radom: Polskie Wydawnictwa Encyklopedyczne 2005, s. 609–614.
- CHOJNACKI G., *Relacyjność osoby ludzkiej. Studium antropologiczno-teologiczne pism Edyty Stein (Teresy Benedykty od Krzyża)*, Poznań: Pallottinum 2015.
- Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung. Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland*, Hannover – Bonn – Frankfurt am Main 2010.
- DROŻDŻ M., *Po stronie życia – o niektórych obszarach dyskusji o eutanazji*, w: J. STALA (red.), *Życie i śmierć. Wyzwania działalności charytatywnej*, Tarnów: Wydawnictwo Polihymnia 2012, s. 341–361.
- GALEWICZ W., *Czy wartość życia wzrasta wobec bliskiej śmierci?*, „Roczniki Filozoficzne” 65 (2017) nr 4, s. 5–21.
- HUZAREK T., *Integralne rozumienie osoby ludzkiej jako podstawa opieki paliatywnej*, „Studia Pelplińskie” (2013), s. 83–99.
- KOWALSKI E., *Osoba i bioetyka. Zagadnienia biomedyczne dla duszpasterzy i katechetów*, Kraków: Homo Dei 2009.
- PIKUŁA N., *Etos starości w aspekcie społecznym. Gerontologia dla pracowników socjalnych*, Kraków: WAM 2011.
- PILICHOWSKI Z., *Uporczywa terapia a dobro pacjenta*, „Studia Loviciensia” 15 (2013), s. 265–275.
- STEIN E., *Czym jest człowiek? Antropologia teologiczna*, tłum. G. Sowiński, Kraków: Wydawnictwo Karmelitów Bosych 2012.
- UMIASTOWSKI J., *Uporczywa terapia*, w: A. MUSZALA (red.), *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, Radom: Polskie Wydawnictwa Encyklopedyczne 2005, s. 492–493.
- WILCZYŃSKI K., *Troska o podmioty opieki paliatywnej w świetle nauczania Kościoła*, „Ateneum Kapłańskie” 158 (2012) z. 3, s. 452–466.
- WRÓBEL J., *Hirntodbestimmung als Todeskriterium*, „Studia Moralia” 54 (2016) z. 1, s. 121–135.