

# Czy odstąpienie od ratowania życia jest etycznie usprawiedliwione?

## Streszczenie

Podjmując próbę odpowiedzi na pytanie postawione w tytule, wypada zacząć od istotnego rozróżnienia pomiędzy (1) ratowaniem życia osoby nieumierającej i niewyniszczonej skrajnie chorobą terminalną (znajdującej się na wczesnym etapie opieki paliatywnej) a (2) zaniechaniem technicznego odsuwania w czasie momentu śmierci pacjenta w schyłkowej fazie nieuleczalnej choroby. O ile odstąpienie od interwencji ratującej życie w pierwszej sytuacji z reguły nie będzie etycznie usprawiedliwione, o tyle w drugiej widzieć je należy nie tylko jako dopuszczalną opcję, ale wręcz jako moralną powinność. Rozumna (roztropna) aplikacja takich pojęć bioetycznych, jak daremność medyczna, uporczywość terapeutyczna, środki proporcjonalne i nieproporcjonalne, dobro pacjenta, wydaje się niezbędna przy podejmowaniu etycznie usprawiedliwionych decyzji o odstąpieniu od ratowania życia (zaprzestaniu interwencji przedłużających życie) pacjentów paliatywnych.

*Medycyna Paliatywna w Praktyce 2013; 7, 1: 6–10*

**Słowa kluczowe:** daremność medyczna, dobro pacjenta, eutanazja, odstąpienie od ratowania życia, środki proporcjonalne i nieproporcjonalne, uporczywa terapia

## Wstęp

Zanim spróbuję odpowiedzieć na tak postawione pytanie, chciałbym zasygnalizować istotną różnicę zachodzącą między (1) ratowaniem życia osoby nieumierającej i niewyniszczonej skrajnie chorobą terminalną (znajdującej się na wczesnym etapie opieki paliatywnej) a (2) zaniechaniem technicznego odsuwania w czasie momentu śmierci pacjenta w schyłkowej fazie nieuleczalnej choroby. W pierwszym przypadku faktycznie możemy mieć do czynienia z ratowaniem życia pacjenta, w drugim natomiast chodzi o uporczywą i nieskuteczną próbę powstrzymania lub opóźnienia agonii, prowadzącej nieuchronnie do śmierci. O ile odstąpienie od interwencji ratującej życie w pierwszej sytuacji z reguły nie będzie etycznie usprawiedliwione, o tyle w drugiej widzieć je należy nie tylko jako dopuszczalną opcję, ale wręcz jako moralną powinność.

Aby lepiej zrozumieć tę konstatację oraz różnice zachodzące pomiędzy obiema sytuacjami, w artykule

zostanie przeprowadzona krótka charakterystyka kilku ważnych pojęć bioetycznych. Ufam, iż dostarczy ona narzędzi pomocnych w etycznej ocenie zasadności interwencji medycznych, przedłużających życie pacjentów paliatywnych.

## Daremność (nieskuteczność) medyczna (*medical futility*)

Jak podaje amerykańska *Encyclopedia of Bioethics*, daremność widzieć należy zawsze przez pryzmat konkretnej interwencji medycznej i spodziewanych rezultatów. Interwencja X może być daremna, ponieważ nie przynosi rezultatu Y, może jednak zaowocować rezultatem Z [1]. Dopiero więc z perspektywy celu (intencji podmiotu działającego) określić można ewentualną daremność konkretnej interwencji. Oczywiście, w pełnej ocenie etycznej trzeba również wziąć pod uwagę okoliczności medyczne (stan chorego, stopień zaawansowania choroby i jej spodziewany rozwój) oraz pozamedyczne

Adres do korespondencji: dr Grzegorz Mazur OP

ul. Stolarska 12, 31–043 Kraków

e-mail: grzegorz.mazur@dominikanie.pl

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2013; 7, 1, 6–10

Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678



ne (światopogląd chorego, wiek, doświadczenie życiowe, preferencje dotyczące dalszego leczenia etc.). Dla przykładu, odłączenie terminalnie chorego od respiratora oznaczać będzie samą interwencję (przedmiot działania wybrany przez konkretny podmiot, czyli intencję bliższą), a nie cel (intencję dalszą) lekarza, który interwencję tę przeprowadza, lub pacjenta, który jest jej poddawany. Sprawę dodatkowo komplikuje fakt, że cel lekarza nie zawsze pokrywa się z celem pacjenta. Wśród etyków poruszających ten temat panuje znaczny konsensus, co do tego, że pacjent nie posiada pozytywnego prawa uzyskiwania nieskutecznych świadczeń lekarskich. Innymi słowy, nie może on wymuszać na lekarzu interwencji, która z medycznego punktu widzenia jest daremna. Pytania bardziej kontrowersyjne rodzą się w kontekście ustalania, która interwencja rzeczywiście wyczerpuje kryteria daremności, a która nie. Sami lekarze niekiedy zdecydowanie różnią się w medycznej ocenie konkretnych przypadków. Bywa, że skonsultowawszy sprawę z kilkoma lekarzami, zdeorientowany pacjent i/lub jego rodzina nalega na interwencję, która w opinii lekarza prowadzącego będzie nieskuteczna [1].

W etyce rozbieżności sięgają głębiej. Z jednej strony sytuują się stanowiska radykalne, w myśl których życie ludzkie ma wartość nieskończoną, dlatego zawsze i za wszelką cenę należy je ratować. Oznacza to, iż odstępowanie od leczenia, choćby daremne, nie może być usprawiedliwione. Pogląd taki głoszą współcześnie między innymi myśliciele związani z ortodoksyjnym judaizmem (na przykład David J. Bleich i Fred Rosner) [2].

Z drugiej strony znajdują się stanowiska permissywne. Reprezentant jednego z nich, Charles F. McKhann, twierdzi, że lekarz nie tylko nie ma obowiązku ratowania (podtrzymywania, przedłużania) życia chorego, ale wręcz powinien je skracać, asystując na przykład przy „racjonalnie wybranym” przez pacjenta samobójstwie. Leczenie staje się daremne, jeśli w jego wyniku pacjent nadmiernie cierpi. Innymi słowy, autonomiczny i kompetentny pacjent ma prawo uznać terapię przysparzającą mu cierpienie za daremną oraz zrezygnować z niej, prosząc o eutanazję [2]. W podobnym, proeutanacyjnym tonie, choć nie bez istotnych różnic, wypowiada się także Joseph Fletcher, prekursor etyki sytuacyjnej, oraz James Rachels [2].

Jak nietrudno się domyślić, stosunkowo najszerszym wpływem we współczesnej bioetyce cieszą się stanowiska umiarkowane. Ujmują one daremność medyczną w:

— kategoriach podziału na środki proporcjonalne (zwyczajne) i nieproporcjonalne (nadmierzające) (Gerald Kelly i Edwin Healy);

— kluczu ilościowym i jakościowym (Lawrence J. Schneiderman, Nancy S. Jecker);

— oparciu na roztropnej klinicznej ocenie zwyczajności lub nadzwyczajności leczenia z uwzględnieniem kilkuwymiarowego dobra pacjenta (Edmund Pellegrino);

— oparciu na zasadach autonomii, dobroczynności i sprawiedliwości (Peter Clark i Catherine M. Mikus) [2].

Jak widać, na brak różnorodności w ujmowaniu medycznej daremności narzekać nie można. Osobiście opowiadam się za koncepcją umiarkowaną, zbliżoną najbardziej do tych prezentowanych przez Edmunda Pellegrino, Geralda Kelly’ego i Edwarda Healy’ego. Bazuje ona na odróżnieniu środków proporcjonalnych od nieproporcjonalnych oraz dąży do możliwie wszechstronnego określenia dobra pacjenta, jako zamierzonego celu (intencji dalszej) — odstąpienia od interwencji medycznej lub jej podjęcia.

*Encyclopedia of Bioethics*, podsumowując wywód na temat daremnego leczenia, przyznaje, że termin ten nigdy nie został zadowalająco zdefiniowany ani zaakceptowany, tak przez środowiska medyczne, jak i opinię publiczną [1]. Z tego powodu proponuję, by zamiast pojęcia „daremność” *vel* „nieskuteczność medyczna” używać, wywodzącego się z katolickiej nauki moralnej, terminu „uporczywa terapia”. Wprawdzie, jak słusznie zauważa Marian Machiniek, „generalna zgoda Magisterium na zaprzestanie uporczywej terapii nie rozwiązuje jeszcze pytania o definicję uporczywości terapeutycznej” [3], niemniej termin ten — jak sądzę — nie wywołuje aż takich kontrowersji i rozbieżności interpretacyjnych, jak medyczna daremność (nieskuteczność). Ponadto wydaje się być klarowniej opisany i określony w dokumentach Magisterium, choćby przez ograniczenie jego stosowania do sytuacji terminalnych.

## Uporczywa terapia

Termin „uporczywa terapia” lub „uporczywość terapeutyczna” nie pojawia się w anglosaskiej, wrażliwej na neutralność światopoglądową, bioetyce, która woli operować zbliżonym, choć szerszym i bardziej rozmytym pojęciem medycznej daremności (nieskuteczności). Wydaje się jednak, że termin „uporczywa terapia” przyjął się w języku polskim i jest używany przez etyków o różnej, niekoniecznie personalistycznej, a tym bardziej katolickiej, proveniencji.

W encyklice *Evangelium Vitae* Jan Paweł II, zdefiniowawszy eutanazję, zaznacza, iż:

*Od eutanazji należy odróżnić decyzję o rezygnacji z tak zwanej „uporczywej terapii”, to znaczy z pewnych zabiegów medycznych, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ*

nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny (n. 65) [4].

I dalej w tym samym numerze:

*Istnieje oczywiście powinność moralna leczenia się i poddania się leczeniu, ale taką powinność trzeba określać w konkretnych sytuacjach: należy mianowicie ocenić, czy stosowane środki lecznicze są obiektywnie proporcjonalne do przewidywanej poprawy zdrowia. Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci.*

Warto zaznaczyć, że w *Evangelium Vitae* Jan Paweł II używa terminu „uporczywa terapia” w kontekście bliskiej i nieuchronnej śmierci pacjenta. Innymi słowy, termin ten odnosi się do interwencji medycznych podejmowanych u schyłku ludzkiego życia. Akceptacja ludzkiej kondycji w obliczu śmierci zakłada poszanowanie godności osób terminalnie chorych. Nie przeszkadza się więc w procesie umierania, pozwalając tym samym na śmierć, będącą naturalnym i ostatnim aktem życia. Stanowisko to potwierdza *Karta Pracowników Służby Zdrowia*:

*Medycyna dzisiejsza dysponuje rzeczywiście środkami będącymi w stanie sztucznie opóźnić śmierć, przy czym pacjent nie otrzymuje żadnej realnej korzyści. Jest po prostu utrzymywany przy życiu lub jest się w stanie dać mu jakiś czas życia za cenę kolejnych i ciężkich cierpień. Określa się taki przypadek tak zwaną «uporczywością terapeutyczną», polegającą na «stosowaniu środków szczególnie wyniszczających i uciążliwych dla chorego, skazując go na sztucznie przedłużaną agonię» (n. 119) [5].*

Chciałbym podkreślić, że w przytoczonym fragmencie „utrzymywanie przy życiu” tudzież danie pacjentowi jakiegoś czasu „za cenę kolejnych i ciężkich cierpień” nie utożsamia się z ratowaniem życia, ale ze sztucznym opóźnianiem śmierci i „sztucznie przedłużaną agonią”. A zatem, „podczas gdy eutanazja oznacza skrócenie życia, które z medycznego punktu widzenia mogłoby być jeszcze leczone i przedłużone, to uporczywa terapia jest próbą powstrzymania śmierci w sytuacji, kiedy życie w sposób naturalny dobiega kresu” [6]. Zarówno więc eutanazja, jak i uporczywa terapia stanowią wykroczenie przeciwko lekarskiemu obowiązkowi ratowania życia: pierwsza przez jego skrócenie, a druga przez przedłużenie i opóźnienie jego ostatniego, naturalnego aktu, jakim jest śmierć. Nie każde przedłużanie ludzkiego życia jest więc jego ratowaniem. Wolno — jak sądzę — zaryzykować stwierdzenie, że uporczywe (zawzięte, nadgorliwe) przedłużanie życia sprzeciwia się godności żyjącej istoty ludzkiej w stopniu nie mniejszym niż eutanazja.

## Środki proporcjonalne i nieproporcjonalne (zwyyczajne i nadzwyczajne) [7]\*

Przywoływane wyżej fragmenty encykliki *Evangelium Vitae* ujmują uporczywą terapię w ścisłym związku z nieproporcjonalnością leczenia. Uporczywa terapia zawsze będzie nieproporcjonalna, choć zależność ta nie działa w drugą stronę; możliwa jest bowiem terapia nieproporcjonalna, której nie da się uznać za uporczywą.

Ogólnie rzecz ujmując, środki proporcjonalne wiążą się z moralną powinnością (**należy** je stosować), podczas gdy środki nieproporcjonalne uznaje się za moralnie opcjonalne (**można** je stosować, ale nie jest to obowiązek). Ustalając proporcjonalność lub nieproporcjonalność interwencji medycznej, należy uwzględnić wszystkie przewidywane korzyści oraz koszty/ciężary (fizyczne, psychiczne i finansowe), jakie staną się udziałem pacjenta, a w niektórych sytuacjach również jego najbliższych.

Szczególnie ważny w ocenie etycznej jest wzajemny stosunek korzyści i kosztów. Pacjent może uznać koszty za niewspółmierne do spodziewanych korzyści i potraktować daną terapię jako nieproporcjonalną. Łatwo zauważyć, że pacjenci znajdujący się w tym samym lub podobnym z medycznego punktu widzenia położeniu, w zależności od wieku, wyznaczonych wartości, doświadczenia życiowego, sytuacji rodzinnej i finansowej etc. — nie będą jednakowo bilansować korzyści i kosztów. Ta sama interwencja medyczna, dla jednych proporcjonalna, dla innych wiązać się będzie z nadmiernymi ciężarami, spełniając tym samym kryteria nieproporcjonalności [8]. Niemożliwym jest zatem sporządzenie uniwersalnej listy procedur, terapii lub interwencji medycznych zawsze proporcjonalnych lub nieproporcjonalnych [9]. Każdy przypadek domaga się indywidualnego podejścia i oceny z uwzględnieniem — w pierwszym rzędzie — roli sumienia oraz cnoty roztropności [6].

Mimo iż ostateczna decyzja o proporcjonalności środków z reguły należy do pacjenta, nie wyklucza to — rzecz jasna — dialogu z lekarzem i poważnego rozważenia jego rekomendacji. Nierzadko w dialogu tym uczestniczą również bliscy chorego. Niemniej, zwłaszcza w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia i/lub niekompetencji decyzyjnej pacjenta, podjęcie (lub niepodjęcie) interwencji medycznej może w praktyce zależeć tylko od lekarza. Kierując się doświadczeniem, wiedzą medyczną i sumieniem oraz działając *lege artis*, powinien on wtedy samodzielnie ocenić proporcjonalność medycznie wskazanych działań.

Bez względu na to, czy oceny dokonuje pacjent czy lekarz, warto pamiętać o trzech etycznie istotnych

\*Używam tych dwóch zestawów pojęć zamiennie, choć terminy „proporcjonalne” i „nieproporcjonalne” wydają się mi bardziej adekwatne.

czynnikach, mających koronny wpływ na prawidłowe stosowanie rozróżnienia na środki proporcjonalne i nieproporcjonalne. Po pierwsze środki uchodzące za zwyczajne w opinii lekarzy nie zawsze uważane są za takowe w osądzie etyków i moralistów. O ile ci pierwsi opierają swą ocenę na doświadczeniu, posiadanej wiedzy medycznej oraz dostępności i skuteczności potrzebnej aparatury, to etycy — nie zaniebując wiedzy medycznej — kładą nacisk na moralny i duchowy wymiar ciężarów, które wiążą się z podjęciem proponowanych działań medycznych. Chodzi tu przede wszystkim o ciężary dla samych pacjentów, choć nie tylko. Udział osób trzecich, takich jak na przykład członkowie najbliższej rodziny, oraz związane z tym udziałem koszty nie powinny być ignorowane w ocenie moralnej. Może się również zdarzyć, że zarówno w ocenie lekarza, jak i etyka proponowana interwencja spełniać będzie kryteria zwyczajności, ale dla zainteresowanego pacjenta wciąż pozostanie nieproporcjonalna [9].

Po drugie tzw. niska jakość życia nie stanowi odrębnego ciężaru, który pomniejsza lub eliminuje prawo i obowiązek ochrony własnego życia. Zachowanie życia jest tak samo ważnym celem (dobrem) dla osób zdrowych i chorych, sprawnych i niepełnosprawnych. Mimo to, na poziomie realizacji tego celu (dobra), w sytuacji osoby niepełnosprawnej, niektóre procedury medyczne mogą być uznane za zwiększające niepełnosprawność, co z kolei stanowić może dla pacjenta nadmierny ciężar. W takich przypadkach, zaniechanie pewnych działań medycznych może być dopuszczone nie z powodu niepełnosprawności pacjenta (niskiej jakości życia), ale ze względu na charakter samej procedury, która niepełnosprawność tę może powiększyć, a niekiedy dodać do niej nową (stając się tym samym nieproporcjonalną dla pacjenta). Na przykład, kiedy osoba cierpiąca na zespół Downa odrzuca dializy nie z powodu niskiej jakości życia spowodowanej chorobą, ale z powodu dodatkowej niepełnosprawności, którą dializy te spowodują w jej życiu, to działanie takie będzie zazwyczaj etycznie usprawiedliwione. W tej sytuacji bowiem ciężar związany z nową niepełnosprawnością może (choć nie musi) być uznany za zbyt dotkliwy, a procedura medyczna, która za nim stoi, sklasyfikowana jako nieproporcjonalna [9].

Po trzecie istotne zobowiązania natury moralnej lub religijnej, które pacjent w przeszłości podjął, ale ich nie wypełnił, przemawiają za podjęciem decyzji o zastosowaniu nadzwyczajnych środków podtrzymywania życia. Środki te dopuszcza się wtedy jedynie na określony czas z powodu proporcjonalnie ważnych celów, których realizacji pacjent powinien się podjąć przed śmiercią. Przykłady takich zobowiązań do wy-

konania to: spowiedź i/lub sakrament namaszczenia chorych (w przypadku pacjentów wyznania katolickiego), sporządzenie testamentu/rozporządzenia majątkowego, pojednanie z rodziną, oddanie ewentualnych długów, wynagrodzenie popełnionych krzywd [9].

## Dobro pacjenta

Ustalając, czy dana interwencja kwalifikuje się jako uporczywa, a więc czy jej przeprowadzenie jest nie tyle ratowaniem życia, co nieusprawiedliwionym oddalaniem w czasie momentu śmierci, poza rozróżnieniem na środki proporcjonalne i nieproporcjonalne uwzględnić należy również dobro pacjenta. W praktyce najczęściej dokonuje się to równolegle, ponieważ na przykład ustalenie tego, czy zwyczajna z medycznego punktu widzenia procedura będzie proporcjonalna dla pacjenta, pociąga za sobą konieczność wzięcia pod uwagę jego dobra. Ochrona i realizacja dobra pacjenta stanowi podstawowe kryterium podejmowania jakichkolwiek interwencji medycznych, nie tylko tych, związanych z ratowaniem życia. Potrzebę szczegółowego i możliwie całościowego określania dobra pacjenta podkreślili Edmund Pellegrino i David Thomas w książce pod tytułem *For the Patient's Good* [10]. W ich koncepcji dobro to realizuje się na przynajmniej czterech, hierarchicznie ułożonych poziomach. Poziom najniższy obejmuje dobro biomedyczne (*biomedical good*), a więc w skrócie to, co medycyna może technicznie zaofiarować pacjentowi. Dobro biomedyczne ma wartość instrumentalną i określa się je poprzez wskazanie do przeprowadzenia danej interwencji. Niestety dobro to bywa niekiedy błędnie utożsamiane z całościowym dobrem pacjenta i to zarówno przez lekarzy, jak i etyków. Wynikają z tego dwa błędy: (1) stawianie pacjenta w roli ofiary „medycznego imperatywu” (interwencja, która niesie ze sobą jakąkolwiek korzyść fizjologiczną lub terapeutyczną musi być wykonana) i (2) definiowanie wskazania do interwencji poprzez spodziewaną jakość życia, którą pacjent uzyska w jej wyniku (lekarz stwierdza, że interwencja nie jest medycznie wskazana, ponieważ w jego ocenie jakość życia pacjenta po jej przeprowadzeniu będzie zbyt niska) [10].

Drugim poziomem dobra pacjenta jest jego własna koncepcja (percepcja) tego dobra (*the patient's concept of his own good*). Poziom ten ma zatem charakter subiektywny i uwzględnia życiową sytuację pacjenta, jego światopogląd i wyznawane wartości. Pacjent ma prawo ocenić, czy interwencja medyczna leży w jego najlepszym interesie, czy też nie [10].

Poziom trzeci uwzględnia dobro osobowe (*the good of the patient as a human person*), zakorzenio-

ne w ludzkiej zdolności do rozumowania, wolnego wybierania oraz wyrażania swoich decyzji przez mowę. Lekarz powinien respektować wolność decyzyjną kompetentnego pacjenta. Nadużyciem byłaby próba nadmiernego wpłynięcia na nią, na przykład, poprzez manipulację w trakcie uzyskiwania zgody świadomej.

Czwarty, ostatni i najwyższy usytuowany poziom, to dobro ostateczne (*ultimate good*) *telos* i najwyższy sens życia uznawany przez pacjenta. Poziom ten obejmuje relacje pacjenta z Bogiem i innymi ludźmi [10].

Dopiero po uwzględnieniu wszystkich wyżej wymienionych aspektów (poziomów) dobra pacjenta podjąć można właściwą decyzję dotyczącą ewentualnej interwencji medycznej. Oczywiście, na każdym z tych poziomów pojawić się mogą moralnie dobre lub złe wybory, dlatego zarówno lekarzom, jak i pacjentom potrzebna jest obiektywizacja w postaci procedur (co nie oznacza — jak sądzę — ukłonu ani kroku w stronę etyki proceduralnej) oraz wytycznych opracowywanych przez komisje etyczne [10].

## Zakończenie

Przedstawione wyżej w dość ogólnym zarysie pojęcia daremności i uporczywości terapeutycznej w połączeniu z rozróżnieniem na środki proporcjonalne i nieproporcjonalne oraz próbą możliwie wszechstronnego określenia dobra pacjenta, mogą — jak sądzę — spełnić rolę zadowalających kryteriów w podejmowaniu etycznych decyzji o zaprzestaniu interwencji przedłużających życie pacjentów objętych

opieką paliatywną. Oczywiście, lekarz wcale nie musi zgadzać się z pacjentem (przedstawicielem ustawowym, rodziną) w jego (ich) ocenie całościowego dobra lub proporcjonalności konkretnej interwencji/terapii. Jeśli w swoim sumieniu, na podstawie dostępnej mu wiedzy medycznej uznaje, że nie jest w stanie wykonać żądania pacjenta (które może dotyczyć zarówno przeprowadzenia interwencji, jak i jej zaniechania), powinien mieć możliwość swobodnej, wolnej od sankcji karnych, odmowy, zakładając jednocześnie skierowanie pacjenta do innego lekarza.

## Piśmiennictwo

1. Youngner S.J. Medical Futility, w: S. G. Post (red.), *Encyclopedia of Bioethics*, New York 2004, s. 1719.
2. Aszyk P. *Granice leczenia*, Warszawa 2006, s. 67–72.
3. Machinek M. Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle nauki Kościoła, <http://www.mp.pl/etyka/?aid=46415> (22.06.2012).
4. Jan Paweł II, Encyklika o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego *Evangelium Vitae*, w: K. Szczygieł (red.), *W trosce o życie*, Tarnów 1998, s. 41–134, s. 97.
5. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Karta Pracowników Służby Zdrowia, w: K. Szczygieł, *W trosce o życie*, Tarnów 1998, s. 610.
6. Mazur G. Testament życia – między uporczywą terapią a eutanazją, w: *Rodzina wobec współczesnych zagrożeń*, Jelonek T. (red.), Kraków 2009, s. 65.
7. Papieska Rada „Cor Unum”, Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających, n. 2.4.1, w: K. Szczygieł, *W trosce o życie*, Tarnów 1998, s. 441.
8. Austriaco N. *Biomedicine & Beatitude. An Introduction to Catholic Bioethics*, Washington 2011, s. 142–144.
9. Griese O.N. *Catholic Identity in Health Care: Principles and Practice*, Braintree 1987, s. 160.
10. Pellegrino E.D., Thomasma D.C. *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*. New York, 1988.