

ARTYKUŁ POGLĄDOWY

Wpłynęło: 18.08.2008 • Zaakceptowano: 18.08.2008

Czy współczesnej medycynie potrzebne jest sumienie?

Does a contemporary medicine need a conscience?

Aleksandra Fryś

Zakład Filozofii Medycyny i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu



Streszczenie

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie roli sumienia we współczesnej medycynie. Wielu autorów najczęściej pisze o klauzuli sumienia, czyli prawie lekarza do odmowy wykonania świadczenia medycznego niezgodnego z jego sumieniem. Należy jednak pamiętać o tym, że sumienie jest lekarzowi potrzebne nie tylko wtedy, gdy nie może czegoś zrobić, ale również wtedy, gdy powinien coś zrobić. Głos sumienia to nie tylko głos zakazu, ale również nakazu. *Anestezjologia i Ratownictwo 2008; 2: 232-237.*

Słowa kluczowe: etyka medyczna, bioetyka, sumienie w medycynie, klauzula sumienia

Summary

The aim of the paper is to present the role of conscience in the contemporary medicine. Many authors are writing about a clause of conscience most often, or for rejection of execution of medical incompatible service with his conscience physician almost. However, it belongs to remember about it, that then, conscience is wanted physician not only, when it can not execute something, but then, also, when something should make. The voice of conscience it not only voice prohibition, but also precept. *Anestezjologia i Ratownictwo 2008; 2: 232-237.*

Keywords: medical ethics, bioethics, conscience in medicine, clause of conscience

Sumienie – wg Tadeusza Ślipko – jest uformowanym osądem o moralnym dobru/złu zamierzonego przez człowieka jego własnego konkretnego działania, którego wykonanie staje się dla niego źródłem wewnętrznej aprobaty bądź poczucia winy, własnego bycia dobrym lub złym człowiekiem [1].

Sumienie zatem orzeka o wartości moralnej czynu człowieka (a poprzez czyn o samym człowieku) i co się z tym wiąże, sumienie formułuje specyficzne normy postępowania, bowiem każe człowiekowi zachować się w określony sposób, tzn. podjąć działanie lub go zaniechać. Jest to etyczna funkcja sumienia, określana

potocznie jako nasz wewnętrzny głos. Ta funkcja łączy się z aktem woli, gdyż sumienie nakłania tutaj człowieka do realizowania dobra lub unikania zła [2].

Norma postępowania wypływająca z sumienia jest specyficznym tworem samej konkretnej jednostki w odniesieniu do jej własnego konkretnego czynu, uwikłanego w konkretną sytuację. Norma, którą sumienie formułuje, jest więc normą subiektywną i konkretną. Dotyczy jednostki – podmiotu działania i jej zamkniętego kręgu moralnej świadomości.

Normy dyktowane człowiekowi przez sumienie mają przede wszystkim swój wymiar praktyczny.

Działania, które człowiek podejmuje, są bowiem zgodne z obowiązującą go normą sumienia. Sumienie jest jednocześnie pewną moralną instancją, która „rozlicza” człowieka z dobra lub zła. To przed sumieniem człowiek jest odpowiedzialny za swe uczynki lub zaniechania [1].

Mimo że mówimy o sumieniu jako naszym wewnętrznym głosie, mówimy o wyrzutach sumienia, to nasze sumienie nigdy na nas nie krzyczy. Sumienie „reaguje” na wszystkie czyny człowieka – jak pisze Józef Tischner – swoim milczeniem. To milczenie jest jednak różne w zależności od tego, czy postąpiliśmy dobrze czy źle.

Gdy mamy do czynienia z winą człowieka, milczenie sumienia jest milczeniem złowrogim, groźnym, pełnym wyrzutu. To jest milczenie, którego nie można się pozbyć, którego w żaden sposób nie można „zagađać”. Nasze sumienie milczy cały czas, nawet wtedy, gdy próbujemy się usprawiedliwiać, gdy mówimy „nie mogłam zrobić inaczej”, „byłam zmuszona tak postąpić”. Jednak to milczenie ma sens, bowiem w ten sposób sumienie daje człowiekowi do zrozumienia, by człowiek chciał mieć sumienie, by wsłuchał się w to milczenie.

Gdy człowiek postąpił dobrze, sumienie również milczy. Ale w tym wypadku milczenie sumienia oznacza spokój. Spokój, który zdaniem wielu myślicieli, jest najwyższym rodzajem szczęścia, który może stać się udziałem człowieka. Z tym spokojem człowiek się nie kłóci, tak jak kłócił się ze złowrogim milczeniem [3].

Co ważne, sumienie jest zasadniczo nieomyłne i zna osobę najlepiej, bowiem jest najbliżej niej. Jeśli sumienie wskazuje na moją winę, to po prostu jestem winna, bo milczenie mojego sumienia jest częścią mnie samej. Gdy mam czyste sumienie, jestem czysta. Cały problem polega jednak na tym, że człowiek wcale nierzadko ucieka od swojego sumienia, przekręca sens jego milczenia [3]. Ucieka w świat stanowionych praw, swojej różnie rozumianej wolności i autonomii. Mówi „miałem prawo tak zrobić”, „wolno było mi tak postąpić”. Zapomina się tutaj o obiektywnym świecie wartości, o moralnym prawie naturalnym. Jeżeli pewne wartości znajdują się w świadomości moralnej przeciętnego człowieka, to muszą stać się one udziałem sumienia. Zatem np., nawet subiektywnie usprawiedliwiony czyn targnięcia się na życie swoje lub cudze, nie przestaje być obiektywnie zły i niedopuszczalny, bowiem prawo naturalne nakazuje chronić ludzkie życie [1].

Sumienie jest nie tylko zagadnieniem etycznym, ale również prawnym. Pojawia się w wielu krajowych aktach prawnych, począwszy od tego najważniejszego, jakim jest Konstytucja RP, w świetle której każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii (art. 53 ust. 1). W oparciu o ten zapis kwestia sumienia poruszana jest w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry. O sumieniu traktuje również kodeks etyki zawodowej wymienionych wyżej profesji. Już na wstępie tych rozważań dotyczących roli sumienia w zawodach medycznych (póki co bez szczegółowej analizy tych kwestii) należy się zastanowić nad tym, dlaczego w ogóle sumienie pojawiło się w korporacyjnych dokumentach etycznych i prawnych. Czy coś, co – jak pisałam wyżej – ma charakter subiektywny, może podlegać jakimkolwiek regulacjom? A jeśli już zostało coś takiego ujęte w artykuły i paragrafy, to, w jakim sensie?

Wydaje się, że odpowiedzi na te wstępne pytania należy upatrywać w niektórych konsekwencjach rozwoju biomedycyny i medycyny technologicznej. Po II wojnie światowej lekarze intensywnie zaczęli korzystać z nowych technologii, jak i możliwości biologii i osiągnięcia tych dziedzin zaczęli przenosić na medycynę. Medycyna póki co cały czas była nauką, która odpowiadała potrzebom pacjenta, a te z kolei od wieków sprowadzano do szeroko rozumianej naprawy i przywrócenia do właściwego funkcjonowania bądź to całego organizmu, bądź jego części u chorego czy cierpiącego człowieka [3]. Póki co, wszystko wydawało się być proste. Jeśli udało się kogoś wyleczyć, było to wielką radością dla wszystkich: pacjenta, jego rodziny, lekarza. Ale człowiek chciał coraz więcej. I dlatego w medycynie pojawił się respirator, pojawiła się sztuczna nerka, zaczęto przeszczepiać narządy, zaczęto inicjować życie w probówce... I w pewnym momencie okazało się, że medycyna wykroczyła poza swoje zasadnicze cele, jakimi dotychczas były: zapobieganie chorobom, leczenie i opieka nad chorymi, przynoszenie ulgi w cierpieniu spowodowanym przez choroby, zapobieganie przedwczesnej śmierci i stworzenie warunków spokojnej śmierci. Otóż, skoro w medycynie możemy już tak dużo (bo przecież możemy przedłużyć życie osobie ze skrajną niewydolnością krążenia, a kobiecie, która nie posiada macicy, możemy dać jej biologiczne dziecko), to dlaczego nie mielibyśmy spełniać życzeń, pragnień naszych pacjentów. Tak bowiem zaczęli myśleć pacjenci-klienci i ci, którzy chcieli skorzystać z usług medycyny. W ten sposób narodziła się medycyna pragnień, w języku angielskim określana termi-

nem *desire medicine*. Jej celem jest spełnianie ludzkich marzeń i aspiracji w odniesieniu do własnego ciała, ulepszanie życia człowieka. Charakter tej nowej gałęzi medycyny wcale nie jest terapeutyczny [4]. Cóż zatem? Przecież jeden z celów medycyny to leczyć. W medycynie pragnień nie leczymy, tu spełniamy życzenia pacjenta, które wcale nie muszą mieć uzasadnienia medycznego, klinicznego. Pacjent-klient płaci i żąda. Ale, co ciekawe, nasz pacjent niekoniecznie musi pragnąć wdrożenia czy wykonania u niego jakichś procedur medycznych. Równie dobrze, może on sobie życzyć zaniechania, niepodjęmowania działań przez lekarza, nawet tych, które miałyby mu uratować życie. To jest drugie oblicze medycyny pragnień i inna konsekwencja rozwoju biomedycyny i medycyny technologicznej. Tutaj pacjent nie wyraża zgody na leczenie, na ratowanie swojego życia bądź to z przekonań religijnych (np. świadkowie Jehowy), bądź dlatego że nie chce być podłączony do szeregu „maszyn”, które sztucznie będą podtrzymywać jego życie, bądź też dlatego, że życie, które stało się jego udziałem, nie ma dla niego sensu (np. człowiek z porażeniem czterokończynowym, który prosi o to, by go nie ratować lub wręcz prosi o podanie mu śmiertelności substancji).

W takich oto przeróżnych sytuacjach pojawia się kwestia sumienia w medycynie. Każdy człowiek parający się medycyną wielokrotnie w czasie swojej pracy zadaje sobie pytanie: „Co mam zrobić?”. I wcale to nie jest pytanie wynikające z niewiedzy lub zbyt małej wiedzy. To nie jest pytanie dotyczące tego, jak dalej tego pacjenta leczyć, jakie leki mu podać. To jest pytanie dotyczące tego, czy zrobić to, o co prosi pacjent, choć sam nie uważam tego za słuszne, choć moje sumienie mówi coś innego. To bardzo często jest pytanie o to, czy w ogóle dalej leczyć tego chorego albo czy go leczyć wbrew jego woli. Wcale nierzadko dzisiaj to są sytuacje, kiedy lekarz musi wręcz walczyć o to leczenie (zgodnie z głosem swojego sumienia) wbrew wszelkim rachunkom ekonomicznym.

Obowiązujący Kodeks Etyki Lekarskiej (KEL) w artyku 4. gwarantuje lekarzowi swobodę działań zawodowych zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną [5]. Należy podkreślić, iż sumienie postawiono tutaj przed wiedzą medyczną, a z drugiej strony w zapisie tym mamy spójnik „i”. To, co oferuje współczesna wiedza medyczna wcale nie musi być zgodne z sumieniem lekarza. Sumienie lekarza nie musi się zgadzać na: aborcję, eutanazję, zapłodnienie *in vitro*, macierzyństwo zastępcze, diag-

nostykę preimplantacyjną, pozyskiwanie komórek macierzystych od zarodków... Jeśli lekarz nie zgadza się na tego typu procedury medyczne, bo nie pozwala mu na to sumienie, wówczas może (lub powinien) powołać się na klauzulę sumienia zgodnie z art. 7. KEL: „W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki” [5]. Zauważmy, że KEL daje lekarzowi jedynie możliwość odmowy leczenia chorego, a leczenie to tylko jedno ze świadczeń zdrowotnych zgodnie z definicją świadczenia zdrowotnego zawartą w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej [6]. Szereg świadczeń zdrowotnych kontrowersyjnych pod względem moralnym to świadczenia wykraczające poza leczenie. Szerzej do klauzuli sumienia podszedł ustawodawca w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry. W myśl art. 39. tej ustawy lekarz może powstrzymać się od wykonywania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem [7]. Lekarz, który chce odmówić wykonania świadczenia niezgodnego z jego sumieniem, powinien powołać się przede wszystkim na ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentystry i dodatkowo na KEL.

Powróćmy jeszcze na chwilę do art. 4. KEL, w myśl którego lekarz ma postępować zgodnie ze swoim sumieniem. Podkreślić należy tutaj dwie kwestie. Po pierwsze – jak zauważa Joanna Haberko – samo istnienie sumienia nie wystarczy, by uznać kogoś (lekarza) za podmiot działający zgodnie ze swoim sumieniem [2]. Po drugie, o ile nawet lekarz będzie postępował w swoim przekonaniu „zgodnie z sumieniem”, o tyle nie wiadomo, jakie to sumienie jest [8].

Rozważmy zatem, jakie może być sumienie lekarza, jak mogło zostać uformowane i w związku z tym, jakie z sumienia mogą wpływać normy postępowania.

Wydaje się, że kształt sumieniu nie tylko lekarza, ale każdego człowieka, nadać obecnie mogą dwa główne stanowiska bioetyczne: bioetyka katolicka reprezentowana przez personalizm i bioetyka świecka z dominującą opcją utylitarystyczną.

Według bioetyki katolickiej życie ludzkie jest podstawową wartością etyczną, określaną jako wartość święta, bo powierzona człowiekowi przez Boga. Życie ludzkie nie jest tu „produktem” laboratorium naukowego, ale jest „darem”, rzeczywistością zastaną przez lekarza, biologa i pacjenta [9].

W związku z tym mówi się na gruncie bioetyki katolickiej o „świętości życia ludzkiego” (*sanctity of human life*), co stanowi podstawowy paradygmat tej

bioetyki, określający, że „życie ludzkie jest rzeczywistością świętą, powierzoną każdemu człowiekowi, aby jej strzegł z poczuciem odpowiedzialności i doskonalił ‘przez miłość i dar z samego siebie ofiarowany Bogu’ i drugiemu człowiekowi” [10]. Cierpienia, których może doświadczać człowiek w związku z chorobą czy ułomnością, mają tutaj wartość wewnętrzną, gdyż doskonałą osobę [11].

Z zasady świętości życia ludzkiego wynikają następujące zasady szczególne:

- 1) nie wolno w żadnym wypadku działać lub zaniechać działania z intencją odebrania życia człowiekowi;
- 2) śmierć człowieka może być wyłącznie przewidywaną, ale nie chcianą (nie objętą intencją) konsekwencją czynu dopuszczalnego;
- 3) dopuszczalne jest – w ściśle określonych warunkach – wycofanie się z terapii podtrzymującej życie lub/i zaprzestanie stosowania nadzwyczajnych środków leczniczych;
- 4) życie człowieka jest równe, nienaruszalne, godne podtrzymywania [12].

Pierwsza z wymienionych zasad wyklucza sytuacje, w których działaniu naszemu przyświeca zamiar spowodowania śmierci człowieka. Zawsze, gdy zamierzamy świadomie spowodować śmierć innego, dopuszczamy się czynu złego moralnie i bezwzględnie zakazanego. Na gruncie drugiej zasady następuje wyjaśnienie związku między intencjami a przewidywanymi następstwami. Śmierć innego jest dopuszczalna wyłącznie jako przewidywane, ale niechciane następstwo działań medycznych, które same w sobie są dobre moralnie. W ten sposób staje się możliwe wycofanie z terapii, która nie daje nadziei na poprawę, stosuje nadzwyczajne środki lecznicze i pociąga za sobą cierpienie umierającego (punkt trzeci). Ostatni, czwarty element zasady świętości życia wymienia postulowane jego cechy: równość, nienaruszalność i godność. Równość oznacza postulat moralny unikania jakości życia w procesie terapeutycznym, bowiem każda forma życia ludzkiego (np. zarodek, płód, noworodek, zdrowy osobnik, staruszka, pacjent hospicjum, nędzkarz, milioner) jest równa sobie z uwagi na naturalne prawo do życia. Żadnej z nich nie wolno wyróżniać ani deprecjonować ze względu na jakość. Nienaruszalność oznacza bezwzględny zakaz intencjonalnego zabijania. Podkreśla się wreszcie, że każde życie jest godne podtrzymywania [12].

Zasada świętości życia nakłada na człowieka

obowiązek poszanowania życia drugiego człowieka (pacjenta) ze względu na jego godność. Niedopuszczalne w tej perspektywie są działania niszczące ludzkie życie, zwłaszcza to najbardziej bezbronne: ludzi chorych, okaleczonych, słabych, starych czy wymagających opieki. Wyrażenie *sanctity of life* zdaje się zatem przejmować funkcję zakazu zabijania [13].

Bioetyce katolickiej i leżącej u jej podstaw zasadzie świętości życia przeciwstawia się bioetyka świecka (laicka) z zasadą „jakości życia” (*quality of life*), która jest charakterystyczna przede wszystkim dla utylitarystów.

Współcześnie największym przedstawicielem utylitarysty w bioetyce jest Peter Singer, który w swojej wersji etyki utylitarystycznej zasadę świętości i nienaruszalności życia zastępuje zasadą jakości życia, twierdząc, że nie każde życie jest godne i warte przeżycia, ale tylko niektóre życie na pewnych warunkach [14].

Singerowskie rozumienie sensu jakości życia oddaje definicja zawarta w „Encyklopedii Bioetyki”, gdzie za jakość życia uznano „przyjęty standard biologicznego, psychicznego, osobowościowego, społecznego i ekonomicznego funkcjonowania człowieka, według którego chce się rozstrzygnąć, kto jest warty, a kto niewarty przeżycia”. Jakość życia, w odróżnieniu od świętości życia ludzkiego, proponuje się we współczesnej bioetyce jako „zasadę oceniającą i normatywną w podejmowaniu trudnych i konfliktowych decyzji klinicznych, dotyczących kontynuowania czy zaniechania terapii medycznej, a nawet czynnego zakończenia czyjegoś życia przez aborcję czy eutanazję” [10].

Zasada jakości życia ma następujące założenia:

- 1) wartość życia ludzkiego jest funkcją określonych zmiennych;
- 2) wartościami tych zmiennych są cechy naturalne, które mogą być orzekane w zdaniu *A jest B*, gdzie *A* oznacza życie ludzkie, zaś *B* cechę, jaką mu przypisujemy;
- 3) istnieją empiryczne metody pozwalające rozstrzygnąć, czy konkretne życie posiada te cechy czy nie;
- 4) życie ludzkie nie ma wartości bezwzględnej [12].

Najistotniejsze w zasadzie jakości życia jest określenie, czym jest ludzkie życie. P. Singer twierdzi, że wyrażenie „życie ludzkie” może oznaczać różne stany rzeczy.

Po pierwsze może oznaczać każdy żyjący organizm albo każde żyjące indywiduum, które przynależy do gatunku *Homo sapiens* lub oprócz przynależności do

tego gatunku dysponuje właściwościami typowymi dla ludzi. Każdy, kto przynależy do gatunku *Homo sapiens* posiada ludzkie geny, a dysponowanie genami ludzkimi jest właściwością typową tylko dla ludzi. Jednak nie każdy członek gatunku *Homo sapiens* musi dysponować właściwościami typowymi dla ludzi, mimo że dysponuje ludzkimi genami. Właściwościami typowymi dla ludzi nie dysponują osoby, które zapadły w nieodwracalną śpiączkę, ludzkie płody, embriony czy zygoty, choć nie ulega żadnej wątpliwości, że są to przedstawiciele gatunku ludzkiego, co możemy naukowo określić poprzez zbadanie chromosomów.

Ale w odniesieniu do wymienionych wyżej członków gatunku *Homo sapiens* nie możemy użyć określenia „osoba”, ponieważ nie możemy przypisać im jednej z wymienionych przez P. Singera (w ślad za Josephem Fletcherem) zmiennych – „wyznaczników człowieczeństwa”. Należą do nich: samoświadomość, samokontrola, poczucie przyszłości, poczucie przeszłości, zdolność odniesienia się do innych, troska o innych, komunikacja i ciekawość. Wszystkie te elementy P. Singer łączy z dwoma podstawowymi wskaźnikami, a mianowicie: racjonalność i samoświadomość. W oparciu o rozróżnienie między życiem ludzkim przedstawiciela gatunku *Homo sapiens* a życiem ludzkim osoby P. Singer dopuszcza aborcję płodów obarczonych wadami i eutanazję nieuleczalnie chorych noworodków. Twierdzi bowiem, że ich życie może mieć lub ma tak niską jakość (która może być zbadana przy użyciu odpowiednich narzędzi badawczych), że w konsekwencji życie to nie jest warte przeżycia. Poza tym dopuszczając aborcję i eutanazję w pewnych szczególnych przypadkach, ma się również na względzie osoby, na które „dobroczynność” tych działań będzie się rozciągać (rodzina, przyjaciele, społeczeństwo) [15].

W Polsce za najwybitniejszego przedstawiciela nurtu utylitarystycznego w bioetyce uważa się Zbigniewa Szawarskiego. Szawarski opowiada się jako zwolennik aborcji i eutanazji zgodnie z zasadą użyteczności, z której wynika, że „zabicie istoty ludzkiej jest złe w tej mierze, w jakiej czyn ten pomniejsza ogólną sumę użyteczności. A ponieważ dla utylitarysty liczy się przede wszystkim ogólna suma użyteczności, przeto nie jest ważne, kto żyje i kto może doświadczać szczęścia, natomiast ważne jest, aby nie zmniejszał się ogólny bilans użyteczności”. A zatem, zgodnie z tą

zasadą, „nie ma nic złego w zabiciu embrionu ludzkiego czy nowo narodzonego dziecka, pod warunkiem, że na jego miejsce pojawi się następne; tym bardziej nie ma nic złego w zabiciu dziecka głęboko uszkodzonego, bez żadnych szans na normalne życie, jeżeli dzięki temu może przyjść na świat dziecko normalne, zdrowe i zdolne do życia szczęśliwego” [16]. Autor zakłada tutaj, że poprzez eliminację nieuleczalnie chorych noworodków należy „robić miejsce” innym, być może zdrowym, którzy się w przyszłości narodzą. Jest to zasada wymienności, która powinna być bezwzględnie wprowadzona w życie w sytuacji przeludnienia demograficznego czy też kryzysu gospodarczego [17]. W oparciu o te same założenia możemy nie leczyć osób dorosłych terminalnie chorych, bo przecież na to łóżko w szpitalu, które ktoś taki aktualnie zajmuje, czeka zapewne ktoś inny, kto rokuje powrót do zdrowia i powrót do życia w społeczeństwie, dla którego będzie użyteczny. W utylitarystyce nie możemy uciec od użyteczności, pragmatyzmu i... ekonomii. Tutaj każde nasze działanie podejmowane wobec pacjenta jest przeliczane na pieniądze (żeby nie powiedzieć, że wręcz ludzkie życie ma wartość możliwą do wyliczenia). Wszystko to, co robimy u pacjenta, każda terapia, którą wdrażamy, musi się opłacać, tzn. musi się nam zwrócić, a bynajmniej nie przynieść strat. Utylitarysta potrafi liczyć pieniądze, przewidzieć – o dziwo! – długość życia, określić jego jakość i w oparciu o to stwierdzić, kto zasługuje na leczenie, a kto nie.

Te dwie przeciwstawne koncepcje bioetyki sugerują sumieniu lekarza zupełnie różne normy. Wybór jednej z tych opcji wcale nie musi być łatwy, a co gorsze, nie zawsze uda się znaleźć jakieś wyjście pośrednie. Wydaje mi się, że w praktyce medycznej musimy nauczyć się odszukiwać złoty środek: nie wdrażać uporczywej terapii i nie stosować nadzwyczajnych środków leczniczych, a z drugiej strony nie skazywać nikogo na śmierć tylko z powodów ekonomicznych. Wydaje mi się, że w sytuacjach wątpliwych słuszniej jest opowiedzieć się po stronie życia.

Adres do korespondencji:
Aleksandra Fryś
Katedra Nauk Społecznych
ul. Dąbrowskiego 79
60-529 Poznań

Piśmiennictwo

1. Ślipko T: Zarys etyki ogólnej. Kraków: Wydawnictwo WAM; 2002.
2. Tischner J, Kłoczkowski J: Wobec wartości. Poznań: Wydawnictwo „W drodze”; 2001.
3. Haberko J: Wykonywanie zawodu lekarza „zgodnie z sumieniem” wobec nowych technologii i życzeń pacjenta. www.prawoimedycyna.pl
4. Muszala A: Medycyna luksusowa – ocena etyczna nieterapeutycznych usług medycznych. *Medycyna Praktyczna* 2006; 5: 28-34.
5. Kodeks Etyki Lekarskiej 2004.
6. Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm.).
7. Ustawa z 5 grudnia 10996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz.U. z 2005 r., Nr 226, poz. 1943 ze zm.).
8. Olszewski J: Sumienie. Istituto Superiore di Teologia Morale, Accademia Alfonsiana, Universita Lateranense, Roma, 20.02.2008, wypowiedź niepublikowana [za:] Haberko J: op.cit.
9. Wróbel J: Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych. Kraków: Wydawnictwo Księży Salezjanów; 1999.
10. Muszala A (red.): Encyklopedia bioetyki. Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne; 2005.
11. Wichrowski M: Dylemat moralny w bioetyce. *Medicus* 1993; 1: 20-21.
12. Wichrowski M: Jodie i Mary – analiza etyczna. *Prawo i Medycyna* 2000; 8: 118-123.
13. Baranzke H: Petera Singera ruch obrony zwierząt oraz jego antropologiczne i etyczne implikacje [w:] Bołoz W, Höver G: Utylitaryzm w bioetyce. Jego założenia i skutki na przykładzie poglądów Petera Singera. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego; 2002.
14. Singer P: O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1997.
15. Singer P: Etyka praktyczna. Warszawa: Wydawnictwo „Książka i Wiedza”; 2003.
16. Szawarski Z: Moralne problemy dotyczące opieki nad dziećmi nieuleczalnie chorymi [w:] Tenże (red.): W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej. Warszawa: Wydawnictwo „Książka i Wiedza”; 1987.
17. Biesaga T: Bioetyka utylitarystyczna Zbigniewa Szawarskiego [w:] Tenże (red.): Bioetyka polska. Kraków: Wydawnictwo Naukowe PAT; 2004.