

KS. KRZYSZTOF SMYKOWSKI

ZASADA PORZĄDKU MIŁOŚCI WE WSPÓŁCZESNEJ BIOETYCE

THE PRINCIPLE OF THE ORDER OF LOVE IN CONTEMPORARY BIOETHICS

A b s t r a c t. The aim of the article is to show the possibilities of applying the traditional rules of *ordo caritatis* in contemporary bioethical dilemmas. After the synthetic showing of its essence, attempt was made to its application to specific situations related to biomedical practice. The focus is primarily on the issues of medical emergency situations and difficult access to medical services. It has been shown that the principle of the order of love in conjunction with other principles of medical interventions, including in particular the principle of proportionality can be an important criterion for the evaluation procedure.

Key words: bioethics; emergency medicine; *ordo caritatis*.

Zasada porządku miłości (*ordo caritatis*) odgrywała w teologii moralnej niezwykle istotną rolę, stając się podstawą rozstrzygnięć dylematów. Miała ona zastosowanie dla wyznaczenia właściwych proporcji pomiędzy miłością samego siebie a miłością bliźniego. Pomagała także podejmować właściwe decyzje w sytuacjach, gdy nie można zaradzić potrzebom wszystkich osób oczekujących pomocy. Daje się zauważyć, że we współczesnej refleksji teologicznomoralnej analizowana zasada została zepchnięta nieco na margines. Dotyczy to także problemów związanych z życiem i zdrowiem człowieka, które są przedmiotem zainteresowania bioetyki teologicznej¹.

Ks. dr Krzysztof SMYKOWSKI – asystent Katedry Bioetyki Teologicznej w Instytucie Teologii Moralnej KUL; adres do korespondencji: Al. Raławickie 14, 20-950 Lublin; e-mail: kmykowski@kul.pl

¹ Józef Wróbel, podając główne teologicznomoralne zasady ingerencji medycznych, nie

Wydaje się, że zasada porządku miłości może mieć zastosowanie w rozstrzygnięciu niełatwych dylematów, z którymi przychodzi zmagać się osobom pracującym w służbie zdrowia. Szczególną przestrzenią dla jej aplikacji jest medycyna ratunkowa. Może się ona także stać pomocą w innych gałęziach medycyny, szczególnie w sytuacjach niemożności przyjścia z pomocą wszystkim chorym na skutek braku dostępu do wystarczającej ilości specjalistycznego sprzętu medycznego lub niezwykle kosztownych leków.

1. SFORMUŁOWANIE ZASADY PORZĄDKU MIŁOŚCI

Wezwanie do miłości, które stanowi podstawowe zobowiązanie moralne chrześcijanina, stawia go niejednokrotnie w obliczu trudnych wyborów. Wynika to z faktu, że istnieje hierarchia obowiązków płynących z miłości i nie jest łatwo rozstrzygnąć komu należy dać prymat. W chrześcijańskiej tradycji teologicznomoralnej, która wprost wyrasta z nauczania Jezusa Chrystusa, wskazuje się w tym kontekście na zasadę porządku miłości².

Ze względu na specyfikę bioetyki jako etycznej refleksji nad działaniami podejmowanymi przez biomedycynę w niniejszej charakterystyce omawianej zasady należy odwołać się tylko do jej wybranych aspektów związanych przede wszystkim z zaspokajaniem potrzeb fizycznych, do których zaliczyć należy wszelkiego rodzaju zagrożenia dla zdrowia i życia ludzkiego. Niezwykle więc istotne będzie w tym wypadku uwzględnienie podmiotowego rozróżnienia potrzeb. Zasadne będzie także odwołanie się do refleksji teologicznomoralnej na temat równowagi i właściwego porządku pomiędzy miłością samego siebie a miłością bliźnich, co jak się później okaże, będzie miało odniesienie szczególnie dla medycyny ratunkowej i katastrof.

Teologia moralna, odwołując się przede wszystkim do tradycji neotomistycznej, dokonuje podmiotowej klasyfikacji potrzeb, wyróżniając ich trzy rodzaje. Pierwszym z nich są potrzeby ostateczne, czyli skrajne (*extrema*

wspomina o *ordo caritatis* (por. Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych, Kraków: Wydawnictwo SCJ 1999). W innym miejscu pisze natomiast, że w partykularnych przypadkach niedostatku środków pomocniczą rolę może pełnić zasada porządku miłości (por. *Etyka lekarska, etyka medyczna i bioetyka. Próba metodologicznego rozróżnienia*, „Roczniki Teologii Moralnej” 59(2012), s. 178-179). Podobnie czyni Zuzana Grabczak (*Problematyka etyczna patologii ciąży. Studium w świetle współczesnego nauczania Kościoła*. Lublin: TN KUL 2005, s. 179-181), nie podając jednak konkretnych przypadków jej aplikacji.

² Por. J. NAGÓRNY, *Postannictwo chrześcijan w świecie*, t. 1: *Świat i wspólnota*, Lublin: RW KUL 1998, s. 237-238.

necessitas). Stanowią one bezpośrednie zagrożenie dla życia człowieka. Niemożliwe jest ponadto ich przezwyciężenie bez pomocy ze strony drugiego człowieka. Drugą grupę stanowią potrzeby ciężkie (*necessitas gravis*). Pacjent doświadcza ich w przypadku poważnego zagrożenia dla zdrowia i integralności fizycznej, któremu o własnych siłach nie jest w stanie zaradzić. Ostatnim rodzajem są potrzeby lekkie, czyli zwyczajne (*necessitas habitualis*). Stanowią je sytuacje, w których człowiek znajduje się w niezbyt wielkich trudnościach, które może samodzielnie prawie w całości przezwyciężyć³.

Należy ponadto wspomnieć, że dokonanie opisanej powyżej klasyfikacji potrzeb ludzkich może okazać się zadaniem niełatwym. Trudno jest bowiem często wyznaczyć precyzyjne granice pomiędzy poszczególnymi ich stopniami. W dużej mierze jest to też indywidualna sprawa człowieka odczuwającego poszczególne potrzeby⁴.

Owo rozróżnienie nie jest tylko dyskusją akademicką. Stanowi ono podstawę dla wyznaczenia moralnego obowiązku przyjscia z pomocą bliźniemu, który znajduje się w potrzebie. W pierwszej kolejności należy pomagać ludziom w skrajnej potrzebie, których życie można uratować, następnie zaradzić potrzebom ciężkim, a na koniec można zatroszczyć się o doświadczających potrzeb zwyczajnych⁵. Należy ponadto zauważyć, że obiektywny porządek miłości nie domaga się pomagania wszystkim proszącym znajdującym się w stanie potrzeby lekkiej, a tym bardziej wszystkim w ogóle. Stwierdzenie to jest związane z faktem, że miłość potrzebuje czasu i chęć pomocy wszystkim oznaczałaby w praktyce niemożność pomocy nikomu⁶.

W miłości bliźniego, a co za tym idzie w udzielaniu pomocy chrześcijanin może dać pierwszeństwo tym, którzy są mu bliscy z racji pokrewieństwa lub innych szczególnych więzów. Dotyczy to sytuacji, w której chodzi o zaspokojenie potrzeb tego samego rodzaju i stopnia. Wynika to z faktu, że człowiek jest odpowiedzialny przede wszystkim za żyjących najbliżej. Miłość Boga dana w Chrystusie, która jest podstawowym motywem miłości chrześcijańskiej, nie wyklucza i nie niszczy innych motywów, takich jak więzy krwi czy przyjaźni⁷.

³ Por. J. NAGÓRNY, *Miłość*, w: J. NAGÓRNY, *Z wiary miłość i nadzieja*, red. K. Jeżyna, J. Gocko, W. Rzepa, Lublin: Wydawnictwo KUL 2011, s. 177; Z. GRABCZAK, *Problematyka etyczna*, s. 180.

⁴ Por. tamże.

⁵ Por. tamże, s. 181.

⁶ Por. J. NAGÓRNY, *Miłość*, s. 181-182.

⁷ Por. J. NAGÓRNY, *Postannictwo chrześcijan*, s. 243.

Zasada *ordo caritatis* ma za zadanie także sformułowanie wskazań pomocnych w zachowaniu równowagi pomiędzy roztropną miłością samego siebie a miłością bliźnich. Teologowie moraliści zgodnie stwierdzają, że w przypadku dóbr tego samego rodzaju odpowiedzialność za własne dobra ma w zasadzie pierwszeństwo przed współodpowiedzialnością za dobra bliźniego. Praktyczną aplikacją tej zasady jest stwierdzenie, że w skrajnej potrzebie doczesnej, do której można zaliczyć bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia, trzeba wspomóc bliźniego z narażeniem się nawet na doczesne straty. Nie istnieje natomiast zobowiązanie do podjęcia działania związanego z względnie ciężkimi stratami, w tym z ryzykiem utraty własnego życia. Nie jest zatem wykroczeniem moralnym w takim wypadku danie pierwszeństwa sobie przed bliźnimi. Ofiara z życia jest czynem heroicznym, którego nie należy domagać się od wszystkich⁸.

2. ORDO CARITATIS W REFLEKSJI BIOETYCZNEJ

Wyznaczone powyżej ramowe wskazania wynikające z *ordo caritatis* należy odnieść teraz do wybranych problemów i dylematów o charakterze bioetycznym. Bioetyka, będąc refleksją nad biomedycyną z aksjologicznego punktu widzenia, spotyka się bowiem z wieloma tego rodzaju trudnościami. Szczególne zastosowanie ta zasada może mieć w medycynie ratunkowej, zwłaszcza w sytuacji masowych wypadków czy katastrof o różnej przyczynie i przebiegu. Niemniej istotna będzie także jej aplikacja w innych specjalizacjach współczesnej medycyny, co jest związane z ograniczoną możliwością zastosowania innowacyjnych i kosztownych form terapii, a co za tym idzie z niemożliwością pomocy każdemu pacjentowi.

a) W medycynie ratunkowej

Do istniejących od początku świata zagrożeń dla ludzkiej społeczności o charakterze naturalnym (powodzie, trzęsienia ziemi, lawiny, wybuchy wulkanów) dołączyły w ostatnim czasie także te, które są związane z postępowaniem w sferze nauki i techniki. Rodzą się one wskutek rozwoju nowych form transportu, zwiększającego się wciąż przemieszczania ludności nie tylko w obrębie

⁸ Por. D. PRÜMMER, *Manuale theologiae moralis secundum principia S. Thomae Aquinatis*, t. 1, Barcelona–Freiburg im. Br.–Rzym 1960⁴⁹, s. 421; B. HÄRING, *Nauka Chrystusa. Teologia moralna*, t. 2: *Z miłości ku miłości. Teologia moralna szczegółowa*, tłum. J. Klenowski, Poznań: Pallottinum 1963, s. 312-313.

jednego kraju, ale także pomiędzy poszczególnymi państwami. Mimo udoskonalenia technicznego i wyposażenia pojazdów w różne środki bezpieczeństwa zdarzają się katastrofy kolejowe, lotnicze czy masowe wypadki samochodowe. Poważnym niebezpieczeństwem wciąż pozostają także wypadki w zakładach pracy i miejscach użyteczności publicznej oraz klęski żywiołowe. Tragiczne ich skutki powoduje przebywanie znacznej liczby ludzi na stosunkowo niewielkiej powierzchni, co jest związane z powstaniem i rozwojem wielkich aglomeracji i konurbacji.

Odpowiedzią na tę potrzebę czasu jest powstanie nowej gałęzi medycyny, jaką jest medycyna ratunkowa. Jej zadaniem jest przygotowanie programu pomocy medycznej w nagłych przypadkach zagrożenia życia większej liczby ludzi oraz niesienie pierwszej pomocy medycznej osobom poszkodowanym⁹.

W Polsce medycyna ratunkowa jest jedną z czterdziestu podstawowych specjalizacji lekarskich od 1999 r. Kształcenie lekarzy trwa pięć lat i obejmuje przekaz wiedzy oraz naukę umiejętności ratowania ofiar nagłego zachorowania lub urazu, ich transport do szpitali oraz leczenie wczesnoszpitalne¹⁰. W systemie ratownictwa medycznego zatrudnieni są także inni lekarze, w tym przede wszystkim specjaliści w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, chorób wewnętrznych, pediatrii oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Wspierają ich ratownicy medyczni oraz pielęgniarki. Głównymi ogniwami systemu są podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego, szpitalne oddziały ratunkowe oraz czternaście centrów urazowych zlokalizowanych w najlepiej wyposażonych szpitalach i klinikach, do których winny trafiać osoby najbardziej poszkodowane¹¹.

Fundamentalnym problemem etycznym, który napotkać mogą osoby zajmujące się medycyną ratunkową, jest konieczność uznania priorytetów podczas działań ratowniczych. W razie wypadków masowych i katastrof często dochodzi do sytuacji, w których zachodzi dysproporcja pomiędzy ograniczonymi środkami a potrzebami terapeutycznymi osób chorych i rannych. W początko-

⁹ Por. J. NAGÓRNY, *Zaniedbanie i przemoc u źródeł współczesnych zagrożeń życia i zdrowia*, w: *Ad libertatem in veritate. Księga pamiątkowa dedykowana Księdzu profesorowi Alojzemu Marcolowi w 65 rocznicę urodzin i 35-lecie pracy naukowej*, red. P. Morciniec, Opole: Wydział Teologiczny UO 1996, s. 289-290.

¹⁰ Por. A. RASMUS, K. TOSIAK, *Medycyna ratunkowa i medycyna katastrof – podobieństwa i różnice*, w: *Medycyna ratunkowa i medycyna katastrof*, red. A. Rasmus [i in.], Łódź: Uniwersytet Medyczny w Łodzi 2004², s. 13-14.

¹¹ Por. M. ERENC, *Omówienie Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, w: *Ratownictwo Medyczne w Polsce. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, red. J. Jakubaszko, A. Ryś, Kraków: Zdrowie i Zarządzanie 2002, s. 43-48.

wym okresie działań ma się bowiem do czynienia zarówno z niedostatkami personelu, jak i z brakiem sprzętu medycznego¹².

W omawianych sytuacjach koniecznością staje się wyznaczenie kolejności udzielania pomocy. Opiera się to na sprawnej ocenie stanu osób rannych, która w medycynie ratunkowej nosi nazwę *triage* (segregacji medycznej). Zasada porządku miłości nakazuje zająć się w pierwszej kolejności osobami znajdującymi się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Dopiero później lekarze i ratownicy winni udzielać pomocy osobom bardzo poważnie rannym, których szanse na przeżycie mimo zastosowania różnych form leczenia są niewielkie oraz ciężko rannym, których stan został oceniony jako stabilny. Takie stwierdzenie może być zaskakujące. Ograniczone jednak możliwości pomocy nie pozwalają na akty heroiczne i desperackie. W ostatniej kolejności należy przyjść z pomocą lekko rannym¹³.

Sformułowane tutaj wskazania o charakterze etycznym znajdują swoje odbicie w zasadach sztuki lekarskiej obowiązujących w trakcie działań ratowniczych podczas wypadków masowych i katastrof. W wyniku segregacji dokonuje się podziału poszkodowanych na cztery grupy oznakowane kodem kolorowym, który określa stopień zagrożenia życia i pilność udzielania pomocy. Ranni oznaczeni kodem czerwonym znajdują się w stanie bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia. Wymagają więc natychmiastowej pomocy i szybkiego transportu do szpitala. Kod żółty przypisuje się osobom, które doznały poważnych obrażeń, jednak ich stan w miejscu wypadku jest w miarę stabilny. Do tej grupy zalicza się też poszkodowanych, których szanse uratowania mimo zastosowanych procedur są niewielkie. Wobec nich proponuje się w specjalistycznych opracowaniach przyjęcie postawy wyczekującej. Kod zielony otrzymują ranni, którzy doznali drobnych obrażeń. Mogą oni zostać zaopatrzeni w dalszej kolejności, a niejednokrotnie nie wymagają nawet leczenia szpitalnego. Kodem czarnym oznaczeni zostają poszkodowani, którzy zmarli podczas wypadku lub w trakcie udzielania pomocy¹⁴.

Dokonywanie segregacji medycznej jest niezwykle odpowiedzialnym zadaniem. Do jej prowadzenia powinni być dopuszczani więc jedynie lekarze specjaliści w zakresie medycyny ratunkowej lub ratownicy medyczni posiada-

¹² Por. C. MANNI, *Medicina dei disastri*, w: *Dizionario di bioetica*, red. S. Leone, S. Privitera, Bologna: Edizioni ISB 1994, s. 594.

¹³ Por. tamże.

¹⁴ Por. E. BALCERCZYK-BRODO, D. KOŁODZIEJCZYK, *Segregacja medyczna*, w: *Medycyna ratunkowa i medycyna katastrof*, s. 238.

jący wieloletnie doświadczenie¹⁵. Jest nieodzowne, by struktura sumienia tychże osób odznaczała się niezwykłą dojrzałością. Znaczenie mają wszystkie czynniki ją konstytuujące. Fundament stanowi znajomość życia, na którą składa się nie tylko gruntowna wiedza, ale także i doświadczenie. Nie bez znaczenia jest zdrowy rozsądek, który tworzą zdrowy sąd (zdolność logicznego myślenia) oraz prawość zamierzeń. Konieczna jest także trafna ocena sytuacji, która nie pozwala na mieszanie faktów ze złudzeniami oraz zdolność patrzenia w przyszłość, przewidywania konsekwencji podjętych działań i mogących się pojawić nowych zagrożeń¹⁶.

Omawiając zagadnienie zastosowania zasady porządku miłości w medycynie ratunkowej, należy odwołać się jeszcze do sytuacji osób lekko rannych. W świetle przytoczonej klasyfikacji potrzeb doświadczają one potrzeby lekkiej, co za tym idzie można by było stwierdzić, iż nie istnieje ścisły obowiązek udzielenia im pomocy. Niekiedy bowiem o własnych siłach mogłyby zaopatrzyć odniesione rany. Wydaje się jednak, że w analizowanym przypadku nie można w sposób uprawniony tak konstatować. Wynika to z dwóch przesłanek. Fundamentalną rolę w etyce lekarskiej odgrywa postawa filantropijna, która nakazuje przychodzić każdemu pacjentowi z możliwą pomocą. Stanowi to podstawowy czynnik warunkujący zaufanie ze strony chorego i całego społeczeństwa oraz decyduje o czci-godności tego powołania¹⁷. Nie można także nie uwzględnić przesłanki ściśle medycznej. Stan osoby rannej może ulegać zmianom. Z pozoru błahe dolegliwości mogą być symptomem poważnych zagrożeń¹⁸.

Rozważyć trzeba także równowagę pomiędzy roztropną miłością samego siebie a miłością bliźniego, której przejawem jest życiowe powołanie realizowane na drodze pełnienia obowiązków lekarza, pielęgniarki lub ratownika medycznego. Osoby te niejednokrotnie stają w obliczu zagrożenia dla własnego życia lub integralności fizycznej. Takie sytuacje mają miejsce przede wszystkim podczas wypadków masowych lub katastrof. Specyfika zawodów medycznych oraz innych profesji związanych z niesieniem pomocy ofiarom wypadków i katastrof (policjanci, strażacy) nakłada na ich przedstawicieli szczególne obowiązki. Związane są one z tym, że ich praca jest w istocie wprost służbą dobru wspólnemu poprzez ochronę takich wartości, jak zdrowie, życie czy bezpieczeństwo. Dla ratowania życia osób poszkodowanych

¹⁵ Por. C. MANNI, *Medicina dei disastri*, s. 594.

¹⁶ Por. S. NOWOSAD, *Teologia moralna ogólna. Skrypt dla słuchaczy Kolegium Teologicznego*, Lublin: [b.w.] 1994, s. 94-95.

¹⁷ Por. J. WRÓBEL, *Etyka lekarska*, s. 174-175.

¹⁸ Por. E. BALCERCZYK-BRODO, D. KOŁODZIEJCZYK, *Segregacja medyczna*, s. 238.

istnieje obowiązek podjęcia działań związanych z ryzykiem. Zobowiązanie to jest tym większe, im poszczególne osoby dysponują większym doświadczeniem w prowadzeniu działań w podobnych sytuacjach oraz są wyposażone w odpowiedni sprzęt ochronny. Wspomniany obowiązek nie istnieje jednak w sytuacji, gdy podjęcie czynności ratunkowych wiązałoby się z bardzo dużym prawdopodobieństwem lub wręcz pewnością utraty zdrowia lub życia¹⁹. Nie można jednak zapominać, że ostateczny impuls łaski Bożej w konkretnych sytuacjach może skłonić człowieka do podjęcia dodatkowych działań, których wprost nie domaga się ustalony porządek miłości²⁰.

Na zakończenie analiz na temat medycyny ratunkowej trzeba jeszcze raz podkreślić, że omawiana zasada ma zastosowanie tylko w wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek deficytu personelu medycznego, lekarstw lub sprzętu niemożliwe jest przyjęcie z pomocą wszystkim chorym.

b) W innych działach medycyny

Rozwój medycyny i biomedycyny nastąpił, między innymi na skutek zastosowania w terapii różnych schorzeń człowieka nowoczesnych technologii. Koszty produkcji urządzeń i ich użytkowania oraz aplikowania niektórych leków są bardzo wysokie. Przerastają one nie tylko możliwości pojedynczego człowieka, ale także niektórych społeczeństw. Klasycznym przykładem takiej sytuacji była dializoterapia. W początkach stosowania tej metody leczenia osób z przewlekłą niewydolnością nerek było możliwe objęcie opieką tylko niewielkiej grupy pacjentów. Rodziło to konkretne problemy etyczne, z którymi próbowano sobie radzić na rozmaite sposoby²¹. Współcześnie wykorzystanie sztucznej nerki stało się zjawiskiem powszechnym. Nie oznacza to jednak, że nie pojawiły się inne dylematy związane z koniecznością ustalenia priorytetów w dostępie do leczenia. Takie sytuacje mają miejsce chociażby w przypadku niezwykle kosztownego leczenia onkologicznego²². Podobnie

¹⁹ Por. L. CICCONE, «*Non uccidere*». *Questioni di morale della vita fisica*, Milano: Edizioni Ares 1988, s. 368-369.

²⁰ Por. JAN PAWEŁ II, Encyklika *Veritatis splendor*, Watykan 1993, nr 87; J. NAGÓRNY, *Miłość*, s. 178-179.

²¹ Por. P. RAMSEY, *Pacjent jest osobą*, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX 1977, s. 279-289.

²² Por. *Dostępność innowacyjnych leków onkologicznych w Polsce na tle wybranych krajów Unii Europejskiej oraz Szwajcarii. Raport przygotowany na zlecenie Alivii Fundacji Onkologicznej Osób Młodych przez firmę EY Polska*, w: *Alivia Fundacja Onkologiczna Osób Młodych*, [Http://www.alivia.org.pl/raport2015/15_04_2015_Raport_innowacyjne_leki.pdf](http://www.alivia.org.pl/raport2015/15_04_2015_Raport_innowacyjne_leki.pdf) s. 50-56 [dostęp: 2.12.2015].

sprawa wygląda w transplantologii. Na terenie Polski na przeszczep narządu oczekuje więcej osób niż wykonuje się transplantacji w ciągu roku²³.

Porządek miłości domaga się w analizowanej sytuacji zastosowania następującego priorytetu leczenia. W pierwszej kolejności do terapii powinni mieć dostęp pacjenci znajdujący się w stanie najcięższym, kolejno osoby ciężko i lekko chore. Taka kolejność wprost wynika z zasady *ordo caritatis*, która nakazuje przychodzenie z pomocą ludziom doświadczającym potrzeb skrajnych, ciężkich i lekkich. Ustalenie priorytetów winno zatem opierać się wyłącznie na kryteriach medycznych. W przypadku pacjentów oczekujących na transplantację narządów znaczenie będą miały także względy immunologiczne, takie jak zgodność grup krwi czy antygenów zgodności tkankowej (HLA). Odrzucić należy czynniki dyskryminujące, do których zalicza się płeć, rasa czy wyznawana religia. Nie do przyjęcia jest także oparcie się na względach utylitarnych i ocenianie pacjentów przez pryzmat przydatności społecznej²⁴. W tym miejscu warto wspomnieć, że w początkach stosowania dializoterapii aż 42% ośrodków klinicznych w Stanach Zjednoczonych stosowało klasyfikację potencjalnych pacjentów według ich użyteczności społecznej²⁵.

Wydaje się jednak, że zasada porządku miłości nie stanowi jedynego i wyłącznego narzędzia rozstrzygania omawianych wątpliwości etycznych. Winna ona się łączyć z inną zasadą pomocniczą, a mianowicie zasadą proporcjonalności. Jej podstawą jest podział środków leczniczych na proporcjonalne (normalne) i nieproporcjonalne (przesadne). Kryterium decydującym o podziale jest nie tylko sama natura środków, ich koszty i dostępność. Niezwykle istotna jest proporcja pomiędzy zastosowanymi działaniami leczniczymi a stanem osoby, czyli uwarunkowania podmiotowe²⁶. Magisterium Kościoła, odwołując się do nauczania teologów moralistów sięgającego swymi korzeniami czasów św. Alfonsa Marii Liguoriego, stoi na stanowisku, że istnieje obowiązek poddania się terapii środkami zwyczajnymi (proporcjonalnymi). Nie można natomiast nakazać stosowania działań nadzwyczajnych (nieproporcjonalnych)²⁷. To stwierdzenie stanowi pomoc w podejmowaniu decyzji w nie-

²³ Por. *Statystyka 2015*, w: *Poltransplant*, http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2015.html [dostęp: 2.12.2015].

²⁴ Por. P. MORCINIEC, *Transplantacja organów*, w: *Jan Paweł II. Encyklopedia nauczania moralnego*, red. J. Nagórny, K. Jeżyna. Radom: Polwen 2005, s. 552.

²⁵ Por. P. RAMSEY, *Pacjent jest osobą*, s. 285.

²⁶ Por. J. WRÓBEL, *Człowiek i medycyna*, s. 410; A.F. DZIUBA, *Pytania o środki lecznicze*, „Wiadomości Archidiecezji Gnieźnieńskiej” 52(1997), nr 2, s. 109.

²⁷ Por. Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji Iura et bona*, Rzym 1980, nr 4.

których przypadkach. Pierwszeństwo należałoby dać pacjentowi, dla którego terapia byłaby działaniem proporcjonalnym, z którym wiąże się istotne nadzieje na poprawę stanu zdrowia czy też całkowite przezwyciężenie choroby. Te same środki mogą być bowiem w jednym przypadku zakwalifikowane jako zwyczajne, w innym zaś jako nadzwyczajne. Przykładem może być choćby przywołana w artykule dializoterapia. Zasadniczo jest ona działaniem proporcjonalnym. Wyjątkowa sytuacja zachodzi, gdy dializowany pacjent cierpi na poważne schorzenia wielonarządowe i jest w stanie terminalnym niezależnie od dysfunkcji nerek. W takim przypadku dializoterapia może być uznana za środek nieproporcjonalny i przejaw uporczywej terapii²⁸.

Zasada porządku miłości pozwala przyjść z pomocą najpierw osobie bliższej z racji pokrewieństwa lub innej szczególnej relacji. Wydaje się jednak, że w analizowanej sytuacji to stwierdzenie nie ma raczej zastosowania. Personel medyczny nie jest bowiem właścicielem dóbr, przy użyciu których przychodzi z pomocą człowiekowi choremu. Jest on jedynie dysponentem należących do społeczeństwa środków leczniczych lub oddanych w sposób bezinteresowny organów. Zasada sprawiedliwości domaga się tego, by w analizowanych przypadkach opierać się wyłącznie na kryteriach medycznych²⁹.

Lekarze i personel medyczny, stojący przed tego rodzaju trudnymi wyborami, są w nieco lepszej sytuacji niż ci, którzy doświadczają dylematów w sytuacji katastrofy czy wypadku masowego. Mogą bowiem liczyć na możliwość konsultacji ze strony lekarzy specjalistów oraz innych kompetentnych osób. Szczególną rolę w tym zakresie odgrywają szpitalne komisje etyczne. Pierwsze tego rodzaju gremia powstały w Stanach Zjednoczonych i miały na celu wybór pacjentów, którzy mieli być poddani dializoterapii. W większości były to organy o charakterze społecznym. Wśród siedmiu członków pierwszej komisji powstałej w 1962 r. w szpitalu w Seattle znalazł się prawnik, urzędnik, działacz związków zawodowych, duchowny, gospodyni domowa i dwóch lekarzy niebędących specjalistami w dziedzinie podlegającej rozstrzygnięciu, czyli w nefrologii³⁰. Należy z zadowoleniem przyjąć fakt powstawania tego rodzaju gremiów także w Polsce. W chwili obecnej wdrożenie mechanizmów rozwiązywania zagadnień etycznych jest jednym z warunków otrzymania akredytacji przez szpital³¹. Zgodnie ze wskazaniami UNESCO w skład tych

²⁸ Por. P.H. KIENIEWICZ, *Moralna dopuszczalność zaprzestania dializoterapii. Perspektywa bioetyki katolickiej*, „Dializa i Ty” 2010, nr 1(11), s. 6.

²⁹ Por. P. MORCINIEC, *Transplantacja organów*, s. 552.

³⁰ Por. P. RAMSEY, *Pacjent jest osobą*, s. 280.

³¹ Por. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, *Program akredytacji szpitali*.

komisji winni wchodzić bioetycy, lekarze, pielęgniarki, specjaliści od oceny ryzyka, prawnicy (szczególnie specjaliści od prawa medycznego), pracownicy socjalni sprawujący opiekę nad pacjentami i duchowni. Postuluje się także włączenie reprezentantów lokalnej społeczności (laików)³² niezwiązanych z nauką a odznaczających się prawością życia i dobrą opinią w otoczeniu. Uznanie bowiem wartości lub podmiotowości nie jest aktem rozumu teoretycznego, lecz praktycznego. W dziedzinie zaś sądów praktycznych naukowcy nie stoją wyżej od laików³³.

Potrzebę działalności tych komisji dostrzega zdecydowana większość pacjentów i lekarzy. Wielu z nich z uznaniem wypowiada się o działaniu komitetu, z którym mieli okazję się spotkać lub współpracować³⁴. O tworzeniu gremiów etycznych z nadzieją wypowiada się także Kościół. Stanowią one bowiem istotną pomoc dla lekarzy, którzy w obliczu złożonych problemów klinicznych nie mogą być pozostawieni sami sobie. Dzięki działalności tych organów, które powinny być zakładane przynajmniej w większych szpitalach i klinikach, godność chorego jest chroniona przez sprzęgnięcie kompetencji medycznych z innymi formami troski o pacjenta³⁵. Działalność komitetów jest przejawem zainteresowania bioetyką i przyczynia się do jej rozwoju. Jan Paweł II uznawał to za znak nadziei oraz przejaw kultury życia i miłości³⁶.

*

Zasada porządku miłości, sformułowana przez teologów moralistów odczytujących Chrystusową naukę o miłości, może być aplikowana do rozstrzygnięcia niełatwych dylematów o charakterze bioetycznym. Potrzeba jednak zastosowa-

Zestaw standardów akredytacyjnych, Kraków: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia 2009, s. 101.

³² Por. M. CZARKOWSKI, *Jak zakładać szpitalne komisje etyczne?*, „Polski Merkurusz Lekarski” 2010, t. 28, nr 165, s. 208.

³³ Por. R. SPAEMANN, *Granice. O etycznym wymiarze działania*, Warszawa: Oficyna Naukowa 2006, s. 537-538.

³⁴ Por. J. FLEETWOOD, S.S. UNGER, *Institutional Ethics Committees and the Shield of Immunity*, „Annals of Internal Medicine” 1994, t. 120, nr 4, s. 323.

³⁵ Por. JAN PAWEŁ II, *Badania naukowe i etyka*. Przemówienie do uczestników sesji plenarnej Papieskiej Akademii Nauk (28.10.1994), „L'Osservatore Romano” (wyd. pol.) 16(1995), nr 2, s. 45; Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Karta pracowników służby zdrowia, Rzym 1995, nr 8.

³⁶ Por. Encyklika *Evangelium vitae*, Watykan 1995, nr 27.

nia jej w integralnie rozumiany sposób. Zasada *ordo caritatis* winna być włączona do zestawu zasad pomocniczych pozwalających dokonywać teologicznomoralnej oceny ingerencji medycznych.

BIBLIOGRAFIA

- JAN PAWEŁ II, Encyklika *Veritatis splendor*, Watykan 1993.
- JAN PAWEŁ II, Encyklika *Evangelium vitae*, Watykan 1995.
- JAN PAWEŁ II, Badania naukowe i etyka. Przemówienie do uczestników sesji plenarnej Papieskiej Akademii Nauk (28.10.1994), „L'Osservatore Romano” (wyd. pol.) 16(1995), nr 2, s. 43-45.
- Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*, Rzym 1980.
- Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Karta pracowników służby zdrowia, Rzym 1995.
- BALCERCZYK-BRODO E., KOŁODZIEJCZYK D., Segregacja medyczna, w: *Medycyna ratunkowa i medycyna katastrof*, red. A. Rasmus [i in.], Łódź: Uniwersytet Medyczny w Łodzi 2004², s. 235-239.
- Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Program akredytacji szpitali. Zestaw standardów akredytacyjnych, Kraków: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia 2009.
- CICCONE L., «Non uccidere». Questioni di morale della vita fisica, Milano: Edizioni Ares 1988.
- CZARKOWSKI M., Jak zakładać szpitalne komisje etyczne?, „Polski Merkurusz Lekarski” 2010, t. 28, nr 165, s. 207-210.
- Dostępność innowacyjnych leków onkologicznych w Polsce na tle wybranych krajów Unii Europejskiej oraz Szwajcarii. Raport przygotowany na zlecenie Alivii Fundacji Onkologicznej Osób Młodych przez firmę EY Polska, w: Alivia Fundacja Onkologiczna Osób Młodych. [Http://www.alivia.org.pl/raport2015/15_04_2015_Raport_innowacyjne_leki.pdf](http://www.alivia.org.pl/raport2015/15_04_2015_Raport_innowacyjne_leki.pdf) s. 50-56 [dostęp: 2.12.2015].
- DZIUBA A.F., Pytania o środki lecznicze, „Wiadomości Archidiecezji Gnieźnieńskiej” 52(1997), nr 2, s. 106-115.
- ERENC M., Omówienie Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w: *Ratownictwo Medyczne w Polsce. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, red. J. Jakubaszko, A. Ryś, Kraków: Zdrowie i Zarządzanie 2002, s. 33-58.
- FLEETWOOD J., UNGER S.S., Institutional Ethics Committees and the Shield of Immunity, „Annals of Internal Medicine” 1994, t. 120, nr 4, s. 320-325.
- GRABCZAK Z., Problematyka etyczna patologii ciąży. Studium w świetle współczesnego nauczania Kościoła, Lublin: TN KUL 2005.
- HÄRING B., Nauka Chrystusa. Teologia moralna, t. 2: Z miłości ku miłości. Teologia moralna szczegółowa, tłum. J. Klenowski, Poznań: Pallottinum 1963.
- KIENIEWICZ P.H., Moralna dopuszczalność zaprzestania dializoterapii. Perspektywa bioetyki katolickiej, „Dializa i Ty” 2010, nr 1(11), s. 6.
- MANNI C., *Medicina dei disastri*, w: *Dizionario di bioetica*, red. S. Leone, S. Privitera, Bologna: Edizioni ISB 1994, s. 592-595.

- MORCINIEC P., Transplantacja organów, w: Jan Paweł II. Encyklopedia nauczania moralnego, red. J. Nagórny, K. Jeżyna, Radom: Polwen 2005, s. 550-552.
- NAGÓRNY J., Miłość, w: J. NAGÓRNY, Z wiary miłość i nadzieja, red. K. Jeżyna, J. Gocko, W. Rzepa, Lublin: Wydawnictwo KUL 2011, s. 157-195.
- NAGÓRNY J., Posłannictwo chrześcijan w świecie, t. 1: Świat i wspólnota, Lublin: RW KUL 1998.
- NAGÓRNY J., Zaniedbanie i przemoc u źródeł współczesnych zagrożeń życia i zdrowia, w: *Ad libertatem in veritate*. Księga pamiątkowa dedykowana Księdzu profesorowi Alojzemu Marcolowi w 65 rocznicę urodzin i 35-lecie pracy naukowej, red. P. Morciniec, Opole: Wydział Teologiczny UO 1996 s. 285-305.
- NOWOSAD S., Teologia moralna ogólna. Skrypt dla słuchaczy Kolegium Teologicznego, Lublin: [b.w.] 1994.
- PRÜMMER D., Manuale theologiae moralis secundum principia S. Thomae Aquinatis, t. 1, Barcelona–Freiburg im. Br–Rzym 1960⁴⁹.
- RAMSEY P., Pacjent jest osobą, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX 1977.
- RASMUS A., TOSIAK K., Medycyna ratunkowa i medycyna katastrof – podobieństwa i różnice, w: Medycyna ratunkowa i medycyna katastrof, red. A. Rasmus [i in.], Łódź: Uniwersytet Medyczny w Łodzi 2004², s. 11-17.
- SPAEMANN R., Granice. O etycznym wymiarze działania, Warszawa: Oficyna Naukowa 2006.
- Statystyka 2015, w: Poltransplant, [Http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2015.html](http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2015.html) [dostęp: 2.12.2015).
- WRÓBEL J., Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych, Kraków: Wydawnictwo SCJ 1999.
- WRÓBEL J., Etyka lekarska, etyka medyczna i bioetyka. Próba metodologicznego rozróżnienia, „Roczniki Teologii Moralnej” 59(2012), s. 169-193.

ZASADA PORZĄDKU MIŁOŚCI WE WSPÓŁCZESNEJ BIOETYCE

S t r e s z c z e n i e

Celem artykułu jest ukazanie możliwości zastosowania klasycznej zasady *ordo caritatis* we współczesnych dylematach bioetycznych. Po syntetycznym ukazaniu jej istoty podjęto próbę jej aplikacji do konkretnych sytuacji związanych z praktyką biomedyczną. Skupiono się przede wszystkim na zagadnieniach medycyny ratunkowej oraz na sytuacjach utrudnionego dostępu do świadczeń medycznych. Wykazano, że zasada porządku miłości w połączeniu z innymi zasadami ingerencji medycznych, w tym przede wszystkim z zasadą proporcjonalności, może stanowić istotne kryterium oceny postępowania.

Słowa kluczowe: bioetyka; medycyna ratunkowa; *ordo caritatis*.