

UNIwersytet Wrocławski  
Wydział Nauk Społecznych  
Instytut Filozofii

Adriana G. Wierzbą

**Godność jako dyspozycja. Bioetyka refleksyjna  
w opiece paliatywnej i terminalnej**

Praca doktorska pisana pod kierunkiem  
dr hab. Marii Kostyszak prof. nadzw. UWrocław  
oraz  
dra Andrzeja Lorczyka

Wrocław 2023



## Spis treści

|                                                                        |           |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Wstęp. Z miejsca nasłuchiwania .....</b>                            | <b>4</b>  |
| <b>Wprowadzenie. To, co źródłowe dla bioetyki .....</b>                | <b>11</b> |
| Bioetyka. Stan badań .....                                             | 12        |
| Interdyscyplinarny charakter bioetyki .....                            | 19        |
| <b>I. O godności. Interpretacje w świetle pytania o obecność .....</b> | <b>22</b> |
| Pojęcie godności w etyce oraz bioetyce .....                           | 24        |
| Godność jako własność, wartość. Zorientowanie na cnotę .....           | 28        |
| W pytaniu o godność .....                                              | 32        |
| Godność mędrca .....                                                   | 35        |
| Godność człowieka .....                                                | 40        |
| Godność pytającego .....                                               | 44        |
| Godność interpretowana jako dyspozycja .....                           | 53        |
| Miejsce. Obecność i nieobecność godności .....                         | 59        |
| <b>II. Opieka paliatywna oraz terminalna — czas przeżywany .....</b>   | <b>62</b> |
| Doświadczenie skończoności .....                                       | 64        |
| Niedostatek .....                                                      | 68        |
| Daremność i jej odmiany .....                                          | 72        |
| Daremność .....                                                        | 73        |
| Uporczywość .....                                                      | 79        |
| Utrata .....                                                           | 83        |
| O nieważności .....                                                    | 89        |
| Doświadczenie troski .....                                             | 94        |
| <b>III. Projekt bioetyki refleksyjnej. O postawie bioetyka .....</b>   | <b>99</b> |
| Wzajemne oddziaływanie teorii i praktyki .....                         | 100       |
| Bioetyka refleksyjna .....                                             | 110       |
| Interdyscyplinarny dialog dotyczący godności i metoda dysonansu .....  | 122       |
| Godność jako dyspozycja bioetyczna .....                               | 134       |
| Kiedy odpowiedzialna troska jest możliwa? .....                        | 137       |

|                                                            |            |
|------------------------------------------------------------|------------|
| <b>IV. O godności i jej <i>praxis</i>.....</b>             | <b>147</b> |
| <b>Postawa badawcza oraz standard badań .....</b>          | <b>152</b> |
| <b>W pytaniu o innego .....</b>                            | <b>157</b> |
| <br>                                                       |            |
| <b>Refleksje końcowe. Słuchanie jako podejmowanie.....</b> | <b>176</b> |
| <b>Zakończenie .....</b>                                   | <b>181</b> |
| <br>                                                       |            |
| <b>Summary .....</b>                                       | <b>185</b> |
| <b>Podziękowania .....</b>                                 | <b>187</b> |
| <b>Literatura.....</b>                                     | <b>188</b> |
| <b>Indeks .....</b>                                        | <b>202</b> |

## Wstęp. Z miejsca nasluchiwania

„Każdemu daj śmierć jego własną, Panie”.  
R.M. Rilke, *Księga godzin*

Niniejsza rozprawa jest nie tylko przeprowadzeniem badań nad godnością, jest również opowiadaniem o tym, jak godność odpowiada na utratę, gdy dążymy do współbycia z umierającymi osobami. Dla badań bioetycznych proveniencja jest ważna dla ich charakterystyki, metod i zadań, wyjaśnijmy więc na wstępie, że przedstawiony w rozprawie projekt bioetyki refleksyjnej wyrasta z dyscypliny filozofii. Jeżeli badania mają być refleksyjne, to pytania zadane na gruncie projektu mają pomóc nam uobecnić się, rozpoznać lub zająć właściwe miejsce.

Myśl o tym, że godność jest odpowiedzią na utratę — gdy nie neguje utraty lub przedwcześnie jej nie podejmuje — towarzyszy mi od początku powstawania niniejszej rozprawy. W dążeniu do współbycia, o kierunku podejmowanych działań rozstrzyga obecność innego. Między dwiema stronami relacji, mną a innym, mną a Tobą, dążenie to nie jest symetryczne; odnosimy się do przestrzeni, która nie jest intuicyjna. Bycie w dążeniu, pozostawanie w — nietrwałej — dyspozycji, wykracza poza znajomy układ, uporządkowanie, znajdując swoje uzasadnienie w rozproszeniu. Na to rozproszenie ma odpowiadać refleksyjny charakter projektu. Interpretacja godności jako dyspozycji, gdy swoje miejsce oddajemy innemu, aby go usłyszeć, osłonić, by nie przeoczyć jego obecności w moralnym sensie, sugeruje pozostawanie poza własnym miejscem — i to pozostawanie, rozważając jako godne, wiąże się z podleganiem utracie, wystawianiem na nią, upadaniem w rozproszeniu. Byciem ku innemu mimo istnienia skazy w każdej kondycji moralnej.

Nie unikniemy zjawiska utraty, niezależnie od tego, czego dotyka. „Utrata poprzedza wszelką obecność (...)”<sup>1</sup>; negowanie utraty byłoby działaniem daremnym, natomiast przedwczesne podjęcie zwielokrotniłoby jej wagę, sprawiając, że znaczenie straciłaby zarówno obecność, jak i sam fakt poprzedzania, a jest on dla kwestii śmierci istotny. Możemy stracić wszystko, co nie znaczy, że życie traci wartość, lub że samo tracenie przestaje być ważne.

Tych kilka uwag wymaga obszernego wyjaśnienia. Stąd interpretacja godności, przechodząc od analiz pojęciowych i historycznych do rozważań z obszaru bioetyki, niesie ze

---

<sup>1</sup> R. Calasso, *Literatura i bogowie*, przeł. S. Kasprzysiak, Wydawnictwo Czuły Barbarzyńca, Warszawa 2011, s. 100. Zacytujmy precyzyjniej: „Utrata poprzedza wszelką obecność: tak brzmi reguła, według której żyją wszystkie obrazy”. Pozostaje zapytać, podług jakich obrazów żyjemy, gdy pytamy o śmierć, nie pytając jednocześnie o życie. Zawieszamy pytanie o przyszłość, gdy nie pytamy o własną przeszłość.

sobą wymaganie, aby łączyć te elementy, scalając warstwy jednego obrazu umierającego człowieka. Jednego obrazu, istotnego dla jednego świata przeżywanego (niem. *Lebenswelt*). Zatem tok rozważań w rozprawie porządkują problemy, przed jakimi stajemy — odmiennym podejściem byłaby rekonstrukcja koncepcji jednego badacza czy omówienie jednego z bioetycznych nurtów.

Przede wszystkim, tytułowy projekt bioetyki refleksyjnej jest kierowany do bioetyków i badaczy pracujących oraz aspirujących do pracy w środowisku medycznym, w miejscu, w jakim spotykamy umierające osoby. To w znacznym stopniu decyduje o prowadzeniu filozoficznej narracji i o doborze literatury bioetycznej, na jaką się powołamy. Ponadto, projekt jest kierowany do każdego, kto dotyka tematyki (i kogo dotyka tematyka) godnej śmierci. W miejscu, w którym stawiam pytanie o to, co warto uczynić dla umierających osób, pytam o narrację filozofii, uznając ją za konieczną oraz o rolę bioetyki, uznając ją za niezbędną. Żadna z nich nie jest nauką medyczną, co okazuje się być potrzebnym naddatkiem, przestrzenią dla pracy badawczej — filozofowaniem w różnicy między godną a niegodną śmiercią, odnoszącym się do opieki, odpowiedzialnej troski i postaw moralnych, przyjmowanych na rzecz majestatu śmierci oraz majestatu życia.

Bliskość śmierci to nie jedyny kontekst dla rozważań o godności, niemniej ten właśnie został przestudiowany na podstawie literatury oraz rozmów z opiekunami, lekarzami, personelem medycznym i spotkań z osobami umierającymi. W rozprawie osoby umierające zostały nazwane *odchodzącymi*; bliski śmierci znaczy *odchodzący*, wciąż ważny, aby wymagać opieki, towarzyszenia w umieraniu, ostatniej odpowiedzi moralnej. Z odpowiadaniem wiąże się główny cel rozprawy, aby na tyle, na ile to możliwe, poprawić stan opieki nad *odchodzącymi* oraz podkreślić znaczenie tejże opieki. Nadanie miana *odchodzącym* nie narusza prawa do anonimowości, jednocześnie nie pomija ich. Nie są już tylko bezimiennymi, obcymi używającymi obcego języka.

Godność interpretowana jako dyspozycja jest punktem wyjścia dla budowania niniejszego projektu. W rozprawie odpowiadam za opis ruchu, jaki charakteryzuje dyspozycję. Gdy za sprawą godności oddajemy miejsce innemu, nie pytamy o siebie poprzez pryzmat pytania o innego. Pytamy o dyspozycję *odchodzącego*, gdy przyjmuje on swoją śmierć oraz o dyspozycję własną, gdy staramy się odpowiedzieć na jego potrzeby — jako badacze, osoby towarzyszące, leczące. Staramy się osłonić go przed naddanym bólem

i niekonieczną utratą, choć *odchodzący* umiera. Wytrwanie w tym oddaniu jest dyspozycją. Ponadto, będę dowodzić, że zaprzeczeniem godności jest daremność<sup>2</sup>.

Wyznaczonym (sobie) zadaniem jest nie tylko przedstawić efekty badań naukowych, opowiedzieć o nich, lecz również podjąć problematykę godności i godnej śmierci. W tym sensie *podjąć* znaczy *śłuchać*. Wdamy się w różnicę między słuchaniem a słyszeniem<sup>3</sup>. Jednakże, opowiadając, kogo chcemy usłyszeć — siebie, innego? Czy chcemy usłyszeć, że zrobiliśmy wszystko dla umierających osób? Kto miałby odpowiedzieć na to pytanie?

Opowiadanie o godnej śmierci staje się narracją — niesłyszalną dla siebie — od momentu przywołania tych, o których stara się opowiedzieć, pomijając własny udział w przedstawionych wydarzeniach. Nie chodzi nam o opowiadanie o czymkolwiek, lecz o narrację kształtującą badania naukowe. Dlatego „miejsce nasłuchiwania” odnosi się do miejsca, w jakim słuchamy innego oraz do miejsca, jakie mu oddajemy. Nasze odpowiedzi będą niedoskonałe, podobnie, jak kondycje moralne są niedoskonałe.

„Głos ludzki może przemawiać tylko dlatego, że słucha, a słuchać tylko dlatego, że odpowiada i mówienie toczy się dalej, ponieważ nie istnieje odpowiedź pełna i doskonała, odpowiedź, która w głębi siebie samej nie byłaby ułomna i spóźniona wobec tego, co sama pozwala usłyszeć”<sup>4</sup>.

Rozważamy, jak godność odpowiada na utratę. Postawa badawcza, jaką przyjmujemy, zadecyduje o wartości tekstu oraz o miejscu zajętym przez nas w relacji zarówno z innym, jak i w relacji do świata. Analizy refleksyjne mają pomóc nam pomóc w przyjęciu, kształtowaniu tej postawy. Poświęcając uwagę zjawisku utraty, uzupełniamy opisy i obserwacje, aby stały się adekwatne w świetle niedawnych oraz aktualnych badań fenomenologicznych — o to, co zapewnia nam umiejętność słyszenia i słuchanie. W swoim poprzedzaniu, utrata wiele mówi o znaczeniu życia, lecz nie może ani zająć jego miejsca, ani stanowić o naszym słuchaniu, co doprowadziłoby do jego zaniku jeszcze zanim opowiemy o tym, co jest dla nas ważne. Współbycie z umierającymi osobami polega, w każdych okolicznościach, na słuchaniu i słyszeniu. Nie chodzi jednak o usłyszenie dźwięku, lecz o dotarcie do źródła wezwania — do człowieka.

---

<sup>2</sup> Poświęcenie, choć może okazać się daremne, stanowiłoby moralny wyjątek w odpowiadaniu na utratę.

<sup>3</sup> M. Heidegger, *Bycie i czas*, przeł. B. Baran, Biblioteka Współczesnych Filozofów, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013, § 34, s. 205-214.

<sup>4</sup> J.-L. Chrétién, *Nagi głos. Fenomenologia obietnicy*, przeł. P. Mrówczyński, [w:] *Fenomenologia francuska. Rozpoznania / interpretacje / rozwinięcia*, red. J. Migasiński, I. Lorenc, Biblioteka Towarzystwa Fenomenologicznego, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2006, s. 484-485. Oryginał — J.-L. Chrétien, *La Voix Nue. Phénoménologie de la promesse*, Les Editions de Minuit, Paris 1990, s. 7.

„Wciąż jeszcze żywi, oto ważne słowo. Następnie to, że zachowana jeszcze zdolność do myślenia nie skupia się na trosce o to, co będzie po śmierci, ale mobilizuje najgłębsze zasoby życia, by jeszcze zaznaczyć swoją obecność [*s'affirmer encore*]”<sup>5</sup>.

Jak rozważyć w ramach rozprawy doktorskiej, czy zrobiliśmy wszystko dla umierających osób?; czy słuchaliśmy, gdy uczyli nas o uobecnienu? Napisane strony nie mogą stanowić o wszystkim, wiążą się natomiast ze staraniem, aby przedwcześnie nie doszło do zaniku narracji o tym, co godne, ludzkie w śmierci. *Własna śmierć*, w cytacie z *Księgi godzin* Rainera Marii Rilkego, to śmierć przyjęta jako własna przez osobę umierającą. Oznacza pogodzenie się ze śmiercią, co niezależnie od warunków, w których przychodzi umrzeć, pozwala nazwać śmierć godną. Poezja jest właściwym medium na rzecz wstępu rozprawy, ponieważ nie uwypukla dystansu do podmiotu i przedmiotu, niemniej wyraża troskę, aby pokonywać ten dystans, a zarazem trudności z nim związane, powoli i stopniowo. Narracja filozoficzna trafnie ujmuje problematykę godności, uobecniając się w teorii i w praktyce. Łączy wiele elementów: podejmuje pytania stawiane wielokrotnie i nie pomija tych, które są ledwie słyszalne, zawieszone w tle rozmów pozornie dotyczących czegoś innego niż własna śmierć; opisuje momenty subiektywne i obiektywne, jednocześnie nie wiąże się z ich oceną; w analizie odnosi się do wielu warstw podjętego problemu.

Badawczym celem rozprawy jest przestudiowanie dotychczasowych koncepcji godności, zaprezentowanie własnej interpretacji godności jako dyspozycji — podczas gdy dyspozycja *odchodzącego* oraz towarzyszącej mu osoby nie jest tym samym — oraz opis i uzasadnienie bioetyki refleksyjnej. Praca nad projektem wymaga, aby nie iść utartą drogą, lecz szukać ścieżek, które zaprowadzą nas — jeśli nie dalej, to głębiej w badaniach nad godnością i refleksją. Do pozostałych celów należy uwypuklenie różnic między rozumieniem godności jako 1) własności, 2) wartości, 3) cnoty, 4) dyspozycji do ochrony wartości oraz osób; wypracowanie narzędzi na podstawie dystynkcji między ważnością i nieważnością; zaproponowanie metody dysonansu, sprzyjającej budowaniu dialogu o godnej śmierci; przedstawienie koncepcji odpowiedzialnej troski; wskazanie właściwych postaw moralnych; wskazanie potrzebnych praktyk moralnych w opiece o charakterze medycznym; docenienie interdyscyplinarności towarzyszącej rozmowom o śmierci i o opiece — nie tylko zdrowotnej.

We wprowadzeniu przedstawiam zarys aktualnego stanu badań bioetycznych na świecie, nie zaniedbując badań prowadzonych w Polsce. Pierwszy rozdział o charakterze

---

<sup>5</sup> P. Ricoeur, *Aż do śmierci. O żałobie i radości*, [w:] P. Ricoeur, *Żyć aż do śmierci oraz fragmenty*, przeł. A. Turczyn, Universitas, Kraków 2008, s. 43.

teoretycznym przedstawia studium pojęcia godności — pojęcia nadal niedostatecznie obecnego w rozważaniach we współczesnej, filozoficznej literaturze. Chodzi o to, jak przez pryzmat godności pytamy o innego oraz jak uobecniamy ją w badaniach<sup>6</sup>. Interpretacja godności jako dyspozycji ma posłużyć kontynuacji rozważań nad godną postawą oraz godną śmiercią. Badania nad godnością oraz dyspozycją miałyby wesprzeć kształtowanie moralnej postawy osób zaangażowanych w opiekę paliatywną i terminalną. Drugi rozdział dotyczy praktycznego wymiaru, łącząc tematykę godności z problematyką opieki paliatywnej oraz terminalnej, a dokładniej — wszystkich braków, jakie napotykamy w opiece nad osobami umierającymi. Jako główną kwestię przedstawiam daremność, ponieważ unieważnia godność zarówno życia, jak i śmierci. Po zarysowaniu problematyki i analiz badawczych w dwóch pierwszych rozdziałach, dwa kolejne poświęcam przedstawieniu projektu oraz próbie usytuowania go w konkretnej sytuacji, w jakiej znajduje się pacjent i badacz. W trzecim rozdziale opisuję projekt bioetyki refleksyjnej. Obecny etap rozwoju bioetyki czyni ją nade wszystko dziedziną praktycznych rozwiązań, natomiast dodanie przeze mnie określenia „refleksyjna” — przywraca konieczną cechę namysłu, towarzyszącą podstawowym zdarzeniom w życiu. Do postulatów projektu należą m.in.: współtworzenie z osobą umierającą narracji o tym, co godne; podkreślenie wagi interpretacji i uobecniania wartości; wyjaśnienie roli odpowiedzialnej troski, obecnej na wszystkich poziomach badań (a szczególnie wtedy, gdy współbycie z pacjentem już nie powinno być nazywane badaniem lub sprowadzane do materiału badawczego); ponawianie wagi odpowiedzialności, a nie powielanie norm. Czwarty rozdział wprowadza Czytelnika w rozmowy z opiekunami, medykami oraz spotkania z *odchodzącymi*. Rozmowy te wiele weryfikują w związku z oczekiwaniami, jakie żywimy wobec opieki medycznej, bioetyki, indywidualnych postaw, czy samej śmierci. Ponadto, w tym rozdziale uwypuklam znaczenie filozoficznej narracji, oddającej refleksyjny charakter projektu. Podejmowałam rozmowy przed rozpoczęciem pisania rozprawy, natomiast postępowanie zgodnie z postulatami projektu pozwoliło mi kontynuować swoją pracę. Spotkania scalały się z powodami do prowadzenia badań natury filozoficznej oraz bioetycznej. Filozoficzne studium pozwoliło zachować właściwy dystans umożliwiający opis (mogąc pozostawiać wiele do życzenia, niemniej, najbliższy intencji), wybrać metody i zapytać o ich cele. To nie rozmówcy są poddawani analizie, lecz własny projekt. Nie ma potrzeby szukać uzasadnień dla obecności filozofa, aspirującego bioetyka na szpitalnym oddziale. Zastanawiające jest raczej to, jak często nikt nie odpowiada na potrzeby

---

<sup>6</sup> Po tym, w jaki sposób badacz pyta o innego, drugiego człowieka, poznajemy, jakiej próby jest etyka, jaką opisuje i do jakiej nawiązuje w swoich badaniach.

wspólnej refleksji nad bliskością śmierci i nad tym, co nas zachowuje od utraty — osoby próbujące rozmawiać, uzupełniać opis na drodze współbycia i pisania oraz *odchodzących*, uzupełniających opis własnym byciem, własną mową. Dlatego istotnym, często pojawiającym się pojęciem będzie próba — moralna — wyrażająca staranie, aby dotrzeć do innego.

Praca wolontariusza w środowiskowym domu samopomocy, wizyty w dolnośląskich szpitalach na oddziałach o różnej specjalizacji oraz w ośrodkach opieki długoterminowej wzmogły moje zainteresowanie opieką codzienną, zdrowotną, wreszcie paliatywną i terminalną; zaobserwowałam wiele właściwych postaw, znaczących praktyk moralnych podejmowanych na rzecz potrzebujących osób, jak i dostrzegłam czynności, które trudno nazwać praktycznymi, choć niekiedy były nieocenione, uzupełniając całodobową opiekę medyczną oraz świadcząc w znacznej mierze o jej jakości. Jako przykład etycznego działania podaję wolontariat, który, w formule zmienionej, ma wesprzeć narrację współtworzoną przez badaczy i osoby reprezentujące inne światy przeżywane. Zadaję pytanie o to, co dzieje się wcześniej, zanim pojawia się wymaganie opieki i konieczność zaangażowania wielu osób, aby *odchodzący* mógł odejść w jak najlepszych warunkach i atmosferze sprzyjającej odpowiedziom na jego potrzeby. Wyprzedzanie momentu choroby i umierania — w diagnozach, rokowaniach, wyborach — nie jest wybieganiem w przyszłość, jest cofaniem się do chwili, gdy pojawiają się niedostatki i braki, decydujące o dalszej sytuacji osób umierających oraz ich lekarzy. Trudności, z jakimi się spotykają, często nie wynikają ze złożoności przypadków medycznych, tylko z niedostatków, powielanych z powodu niewłaściwych postaw. Niewłaściwe decyzje są nieodłącznym elementem każdej aktywności, jednak postawa oraz praktyka moralna odnosi się do powtarzanych zachowań, wyborów i czynów spiętrzających trudności. Umieranie już wiąże się z trudnym, granicznym doświadczeniem, ma swoje źródło w tym, co jest naturalne dla życia — każde naddane cierpienie jest niedopuszczalne.

„Fundamentalne w świadectwie lekarza z oddziału paliatywnego jest to, że wewnętrzna łaska wyróżniająca człowieka w agonii od konającego polega na wyłonieniu się w trakcie samej agonii *Tego, co istotne [l'Essentiel]*”<sup>7</sup>.

Gdy człowiek w agonii i konający jest tą samą osobą, umieranie nie staje się łatwiejsze, podobnie, jak bycie świadkiem umierania. Będziemy towarzyszyć umierającym i sami będziemy umierać. Z tego powodu umieranie nie ustaje; obecność troski jest niezbędna dla

---

<sup>7</sup> P. Ricoeur, *Aż do śmierci. O żałobie i radości*, s. 43.

usłyszenia tego, czego umierający już nie wypowiada, a co będzie trwać tak długo, jak długo będziemy umierać.

Pytanie o nieobecność albo uobecniającą się godność uważam za centralne dla konstrukcji projektu, ponieważ jednocześnie pytamy o cele medycyny czy bioetyki, unikając krzywdy *odchodzących*, także własnej. Odpowiednik daremności znajdujemy w koncepcji terapii daremnej i nie sposób zaprzeczyć, że terapia może być daremna. Daremność nie jest pojęciem odległym od pojęcia utraty. Gdy pacjenci, *odchodzący*, są traktowani osobowo, zmniejsza się ryzyko terapii daremnej. W leczeniu i terapii powszechnie kładziony jest akcent na korzyść dyktowaną zasadami ekonomii, a nie właściwego ujęcia podmiotu — narracji leczącego i leczonego człowieka. Relacyjność, etyczność, zakłada współbycie, będąc najistotniejszym z kryteriów zachowania godności. Nawet pojawienie się pragnienia śmierci<sup>8</sup>, omawiane w literaturze i przez lekarzy specjalistów, dzielone na etapy godzenia się z umieraniem, nie przeczy konieczności nazwania śmierci *własną*. „Czasem wydaje mi się, że gdy tylko zaakceptuję śmierć, świat rozplynie się w powietrzu”<sup>9</sup>. Akceptacja nie oznacza poddania się, istnieje jeszcze przyjęcie tego, co z konieczności nadchodzi<sup>10</sup>. Godność interpretowana jako dyspozycja jest ukłonem w stronę tradycji filozoficznej, z której wyrasta i odpowiada na obecne problemy etyczne oraz bioetyczne. Czy odpowiada wystarczająco? Czy będzie mogła odpowiedzieć w przyszłości?

Czy można uobecniać miejsce — nie zajmując go? Będąc moralną odpowiedzią na utratę, dyspozycja oznacza słuchanie, oddanie, wytrwanie. Mimo utraty mamy możliwość, aby ocalić to, co dla nas ważne, nadal budując współbycie i dialog.

---

<sup>8</sup> *O godności i jej praxis*, IV rozdział tejże rozprawy, s. 162.

<sup>9</sup> E. Canetti, *Księga przeciwko śmierci*, przeł. M. Przybyłowska, posłowie P. von Matt, Seria Meridian, Wydawnictwo Pogranicze, Sejny 2019, s. 33.

<sup>10</sup> W nawiązaniu do słów „Boisz się wszystkiego, co nie nadejdzie po śmierci” — *ibidem*, s. 19.

## Wprowadzenie. To, co źródłowe dla bioetyki

„(...) W *pojęciu śmierci człowieka* tkwi nieusuwalne napięcie między tym, co ciągle i biologiczne, a tym, co dyskretne (nieciągłe) i osobowe”<sup>11</sup>.

Niniejsza rozprawa, nawiązując do problematyki bioetycznej, nie przestaje być pracą z zakresu etyki. Choć w bioetyce staramy się dotknąć kwestii szczegółowych, niemniej, do pewnego stopnia są one powtarzalne. Powtórzenie nie wiąże się jedynie z ponawianiem pytań natury etycznej; bioetyka ma zatroszczyć się o właściwe podjęcie powtarzalnych zjawisk w sferze *praxis*, nie negując przy tym niemożliwych do powtórzenia odpowiedzi udzielanych w indywidualnym, osobowym życiu. Skupiając się na budowaniu projektów bioetycznych mamy na uwadze, że projekt ma wesprzeć ochronę życia, jednakże, nie z racji samego istnienia życia, ani możliwości jego nieistnienia. Czy chronimy życie, próbując zapewnić sobie przetrwanie? Czy chronimy je, próbując wyrazić wdzięczność? Czy chronimy życie, ponieważ w ten sposób staramy się opowiedzieć, dlaczego jest ono istotne? Mówiąc o jakości życia odnosimy się do cech procesu, lecz czy powiedzenie, że życie to proces, nie jest zbyt dużym uproszczeniem? Jak w badaniach naukowych nie przeoczyć tego, co istotne dla indywidualnego trwania, bycia, doświadczania?

Nie bez powodu rozmowa jest uniwersalną drogą dotarcia do innego, drugiego człowieka. Gdy człowiek ten jest bliski swej śmierci<sup>12</sup> lub gdy już umiera, jego słowa podpowiedzą nam, czy myśli o śmierci jako utracie życia, czy jako o odejściu. Niekiedy rozmowa, zachęta, aby opowiadał, podtrzymuje, a czasem nadaje poczucie istotności — jednakże, komu pozwala podtrzymać lub nadać to poczucie? Rozmowa uczy nas słuchać, w przyszłości może pozwoli nam mówić — nie tylko we własnym imieniu, zwłaszcza, gdy mowa jest o nauce, kulturze i etyce. W wielkich dziełach czytamy, czym jest etos, ale czy jest on faktycznym miejscem, z którego odpowiadamy wobec i za drugiego? Problematyka bioetyczna związana z końcem ludzkiego życia niesie wymaganie od badaczy i bioetyków, aby przemawiali w imieniu tych, którzy nie mogą (już) tego uczynić. Każdorazowo

---

<sup>11</sup> P. Łuków, *W poszukiwaniu zrozumienia śmierci — etyczne wyzwanie dla lekarzy*, [w:] „Zrozumieć śmierć człowieka”, red. P. Łuków, Polskie Stowarzyszenie Koordynatorów Transplantacyjnych, Warszawa 2015, s. 15.

<sup>12</sup> Co warto zaznaczyć już na początkowych stronach rozprawy, śmierć nie jest terminem technicznym. Za: B. Gert, Ch.M. Culver, K. Danner Clouser, *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*, przeł. M. Chojnacki, Seria Linie życia — red. Z. Szawarski, Wydawnictwo Słowo / Obraz Terytoria, Gdańsk 2009, s. 387.

wypowiedź dotyczy kogoś innego — innego życia, przeżywania świata, doświadczenia choroby, odpowiadania na utratę<sup>13</sup>.

### Bioetyka. Stan badań

Bioetyka ujawnia się pod koniec XX wieku jako etyka w praktyce<sup>14</sup>, dookreślając cele nauk zarówno humanistycznych, społecznych, jak i medycznych, towarzysząc im w ich rozwoju<sup>15</sup>. Intrygująca jest jej odsłona praktyczna, gdyż w odsłonie „stosowanej” oddalamy się od właściwego miejsca badań bioetycznych, czyli otoczenia *odchodzącego* czy szerzej — pacjenta. Do tak rozumianego miejsca będziemy nawiązywać podczas rozważań o tym, czym jest dla bioetyka praca w terenie. W obrębie bioetyki można prowadzić badania bez konieczności odnoszenia się do tradycji etyki lub praktyk medycznych, czyli w oparciu o dane diagnostyczne, statystyczne, modele teoretyczne — znosząc potrzebę kontaktu z osobami, których te dane miałyby dotyczyć. Niemniej, dla niniejszego projektu odwołanie się do tego, co źródłowe, jest istotne. W bioetyce refleksyjnej konieczne jest odniesienie do świata przeżyć, ponieważ bez ich uwzględnienia badania są niepełne, stąd w narracji staram się nawiązać do źródeł własnego projektu, nawet, jeżeli źródła te znajdują się poza nim. To prowadzi do pytań o innego oraz wartości<sup>16</sup>, których doświadczamy jedynie w relacji z innym. Inny nie jest kimś bezimiennym<sup>17</sup>. Pytanie o uobecniane i nieobecne wartości zwraca uwagę, że zasadność niniejszego projektu bioetycznego nie zależy tylko od korespondowania z naukami medycznymi. Pytanie to sytuuje bioetykę w ważkim kontekście analiz współczesnej kondycji; przyjmijmy, że próbujemy rozpoznać stan ludzkiej wrażliwości na to, co moralne. Nie złe, czy dobre, ale to, co wydarza się w relacji z drugim człowiekiem.

---

<sup>13</sup> Uzupełniając myśl, jednym z centralnych „miejsc” ludzkiego doświadczenia jest także jego ciało — „(...) dla żyjącego człowieka jego ciało jest ciałem przeżywanym (*Lieb*), a nie tylko przedmiotem (*Körper*) obcym w jego polu oddziaływań (...)” — P. Łuków, *Moralny wymiar cielesności*, wystąpienie w ramach programu „Ciało w wielkim mieście — między nauką i teologią”, Centrum Myśli Jana Pawła II, 31.05.2021, online.

<sup>14</sup> A. Wierzba, *Ochrona pacjenta jako dyspozycja bioetyczna: o powtórzeniu odpowiedzialności w projekcie bioetyki refleksyjnej*, [w:] „Philosophia in transitu: między granicami filozofii a filozofią bez granic”, red. P. Wróblewski, t. 1, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2021, s. 215.

<sup>15</sup> Czy wszelkie nauki nie są w rzeczywistości humanistyczne?

<sup>16</sup> Nie — wartości innego. Więcej o rozumieniu wartości osoby — zob. S. Napier, *Uncertain Bioethics. Moral Risk and Human Dignity*, Routledge, New York 2020, s. 84. Ponadto, w rozprawie pojawi się rozróżnienie na wartości etyczne oraz moralne. Etyczne wartości odnoszą się do zasad, modeli, praktyk zawodowych, postępowania wobec osób, które uważamy za obce. Moralne wartości nazywać będziemy relacyjnymi, ponieważ doświadczamy ich w relacji z innym — pod warunkiem, że uczestniczymy w relacji — zob. A. Margalit, *Etyka pamięci*, przeł. K. Liszka, U. Lisowska, Z. Rosińska, Wydanie I, Seria Prawo i Teoria Społeczna, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2023, s. 37-38.

<sup>17</sup> W nawiązaniu do — *ibidem*, s. 60. To, że każdy wokół nas jest poniekąd innym, nie oznacza, że jesteśmy uczestnikami jedynie relacji rozrzedzonych, a nigdy gęstych. Autor wprowadza podział między relacjami bliższymi i dalszymi, moralnymi i etycznymi — s. 93.

Stan badań, bez jasnego opisu sytuacji osób leczonych i leczących, ma niewiele wspólnego z badaniem, tym bardziej z badaniem ich rzeczywistego stanu. Dlatego opisując zjawiska opieki, leczenia i umierania, sięgamy do miejsca doświadczenia, nie tylko do literatury. W niniejszej rozprawie nie odtwarzamy medialnego dyskursu, nie sprowadzamy bioetyki do przeglądu jej stanowisk i nie naśladujemy potocznego języka. Niemniej, w języku znanym z codziennego doświadczenia znajdujemy indywidualne rozumienie godności, co niniejszy projekt ma zaznaczyć. Co możemy ochronić dzięki bioetyce, czego nie ochronimy dzięki samej medycynie lub etyce? Aby odpowiedzieć na to pytanie, ustalmy zakres standardowego ujęcia bioetyki. Zakres ten nie dotyczy jedynie słów mieszczących się w konkretnej definicji. Przy tworzeniu projektu, powinniśmy oszacować, czy jesteśmy w stanie zbliżyć się do wartości oraz osób, które chcemy ochronić<sup>18</sup>. Pokonywanie dystansu lub jego zachowanie wiąże się z ochroną — czego także dotyczą niniejsze badania bioetyczne. Mówiąc o bioetyce, odnosimy się do etyki zawodów w systemach opieki zdrowotnej, łącznie z etyką badań naukowych w biomedycynie<sup>19</sup>. Stąd zakres bioetyki jest węższy od zakresu etyki i szerszy od zakresu etyki medycznej<sup>20</sup>. Graniczenie z innymi dziedzinami decyduje o interdyscyplinarnym charakterze bioetyki. Określając jej zakres, bierzemy pod uwagę profesje, specjalizacje, dany system opieki zdrowotnej, znaczenie opieki, pojęcie zdrowia, możliwości nauk medycznych i biotechnologii. Ponieważ dynamiczny rozwój dziedziny wymaga badawczej czujności i przede wszystkim, uwzględnienia osób mających się odnaleźć w opisywanej rzeczywistości, zakres ten powinien być wciąż uaktualniany. Nie tylko bioetyk stawia pytanie o ochronę zdrowia i życia — *jak je ochronić właściwie?* — stawia je również personel medyczny, lekarz, opiekun i sam pacjent, stąd poszukujemy dla ich odpowiedzi punktów wspólnych, tak istotnych dla projektu.

Z powodu pytania o właściwą ochronę osób i wartości spotykamy się w miejscu nie tyle konfliktu, co problemu. Jeżeli spodziewamy się znaleźć rozwiązanie mogące usatysfakcjonować zaangażowane strony, to najpierw należałoby zrewidować swoje rozumienie, czym jest bioetyka i czego możemy oczekiwać od badań naukowych. Rozważając sytuację, w jakiej znajduje się pacjent na oddziale opieki paliatywnej<sup>21</sup>,

---

<sup>18</sup> *Ibidem*, s. 100 — „Istnieje asymetria między ochroną moralności a jej promowaniem. Promowanie jest bardzo pożądane. Ochrona jest koniecznością”.

<sup>19</sup> K. Szewczyk, *Bioetyka*, tom 1: *Medycyna na granicach życia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 36.

<sup>20</sup> J. McMillan, *The Methods of Bioethics. An Essay in Meta-Bioethics*, Oxford University Press 2018, s. 18.

<sup>21</sup> Opieka paliatywna — w języku łacińskim *pallium* oznacza płaszcz. Głównym założeniem w opiece paliatywnej jest otoczenie chorego opieką w ten sam sposób, w jaki okrywamy go płaszczem, zapewniając mu ochronę. Stan paliatywny może być odwracalny, co znaczy, że istnieje szansa powrotu pacjenta do zdrowia. Opieka paliatywna obejmuje leczenie lub złagodzenie objawów, gdy przyczyna (właściwa choroba) jest

rozważamy oczekiwania — własne, cudze, indywidualne, powszechnie spotykane. Nasze oczekiwania wobec danej dziedziny nauki — także bioetyki — powinny być równe oczekiwaniom, jakie stawiamy samym sobie. Nie oczekujemy niczego mniej, ani niczego więcej. Oczekujemy tylko tyle, ile leży w naszej mocy, wystawiając się na próbę własnych oczekiwań. Czy takie podejście — wystawiania na próbę, podejmowania próby — zaciera się w prowadzeniu badań? Czy docieramy do granicy, lecz aby ująć to precyzyjnie, między czym a czym? Czy między automatycznym wypełnianiem obowiązku leczenia, a umieraniem w jak najmniej kłopotliwy sposób? Czy między pełnieniem służby ochrony zdrowia, co za tym idzie, również życia, a umieraniem w jak najbardziej komfortowych warunkach? Proponując własne badania, język badań, określamy własny dystans wobec granic, skrajności, możemy również wybrać inne. Tak czy inaczej, spotkamy się z innymi badaczami w tym samym miejscu — przy pytaniu o przydatność projektu.

Jaki komfort pozwoli na nazwanie śmierci — ludzką? Gdzie właściwie znajduje się miejsce próby, gdy dążymy do poprawy stanu *odchodzących*, zapewnianiu komfortu, rozwoju badań bioetycznych? Próba dotyczy każdego: pacjenta, lekarza, opiekuna, bioetyka. Oczekiwanie, by śmierć była jak najmniej kłopotliwa, jest jednocześnie oczekiwaniem, aby życie nie wiązało się z kłopotami, które są dla niego naturalne. Aby zrozumieć, czym jest daremność i uporczywość, zastanówmy się nad dotarciem do wspomnianej granicy — między adekwatnością odpowiadania a osobą, wobec której odpowiadamy. Czy docieramy do granicy po to, aby ją przesunąć, czy po to, by zaakcentować inne jej miejsce? Gdy nasze drogi, narracje przecinają się, spotykają ze sobą, wtedy pytamy o wartości, ponieważ cele są już w pewnym stopniu wspólne. Ważna jest również zgoda, aby narracje ostatecznie się rozeszły. Pytając o wartości dowiadujemy się, co należy uczynić, nie naruszając przy tym osoby i granicy, którą osoba symbolizuje. Unikamy doprowadzania do jej krzywdy, do wszelkiego nadmiaru. Nadmiar to ciężar czasu; człowiek mieści w sobie zbyt wiele bólu, stając się niezdolnym, aby go udźwignąć. Stawanie się niezdolnym wymaga przeciwwagi, ukojenia, lecz nie wbrew oczywistości końca życia. Tak interpretacja daremności w przestrzeni ludzkich, moralnych działań splata nasze rozumienie godności z poczuciem czasu. Jest go

---

nieusuwalna. Ponadto leczenie uwzględnia monitorowanie stanu, opiekę specjalistyczną oraz docelowo opiekę hospicyjną. Definicja WHO określa, że opieka paliatywna „jest całościową, czynną opieką nad chorymi, u których choroba nie poddaje się skutecznemu leczeniu przyczynowemu. Obejmuje ona zwalczanie bólu i innych objawów oraz opanowywanie problemów natury psychicznej, socjologicznej i duchowej chorego. Celem opieki paliatywnej jest osiągnięcie jak najlepszej, możliwej do uzyskania jakości życia chorych i ich rodzin”. Na podstawie — *Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna*, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), przeł. Z. Żylicz, Fundacja Pomoc Krakowskiemu Hospicjum, Kraków 1993, s. 14; K. Szewczyk, *Bioetyka*, t. 1: *Medycyna na granicach życia*, s. 291; hasło „pallium” [w:] *Słownik łacińsko-polski*, oprac. K. Kumaniecki — według słownika H. Mengego i H. Kopii, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1967, s. 349.

coraz mniej, lecz niezależnie od okoliczności nie traci on na znaczeniu. Czy — zyskuje na znaczeniu? Niekoniecznie. Wystawiamy się na próbę nie po to, by udowodnić słuszność własnych przekonań; te schodzą na dalszy plan, ponieważ mamy na uwadze inne, cudze życie. Budujemy doświadczenie w oparciu o dysonans między wiedzą a przekonaniem, natomiast postawę badawczą budujemy w oparciu o uważność w obliczu tego, co rozpoznajemy jako inne.

Nie żyjemy w zupełnym oddzieleniu od wartości. Uobecniamy je dla innego. Interpretacja decyduje o stosunku do wartości, jej aktualizowanie na drodze praktyk moralnych pokonuje ten dystans, jednocześnie wymaga powtórzenia, każdorazowego wysiłku, aby kogoś ocalić. Niekiedy interpretacja będzie wszystkim, czym dysponujemy w obliczu daremnej terapii. O przejściu na opiekę paliatywną lub terminalną<sup>22</sup> decydujemy wtedy, gdy dalsza terapia byłaby daremna. Docieramy do różnic między terapią właściwą, terapią podtrzymującą życie a terapią daremną<sup>23</sup>. O tyle terapia daremna nie istnieje, o ile udaje się do niej nie doprowadzić. Pytamy o nią za każdym razem, gdy stan pacjenta paliatywnego pogarsza się. O tyle terapia daremna istnieje, o ile kieruje nami przekonanie, że należy zrobić dla pacjenta wszystko, nawet za cenę jego życia — przyczyniając się do utraty, lecz nie własnej<sup>24</sup>. Czy przesunięcie utraty w miejsce celu nie wydaje się paradoksalne? Mówimy o „utracie życia”, ale nie istnieje utarty zwrot „uzyskanie śmierci”, czy „otrzymanie śmierci”<sup>25</sup>, być może dlatego, że dla osoby chorej jedynym celem jest albo poprawa stanu zdrowia, albo działanie, jakie nie przywoła śmierci przedwcześnie — by nadejście śmierci było niezależne od czynników ekonomicznych czy wątpliwych ujęć humanitarnego końca<sup>26</sup>. Nie omawiamy błędów lekarskich, ponieważ błędy dotyczą każdej profesji. Niniejsza rozprawa ponawia wysiłek pytania o godną śmierć, wiążąc się z badaniami filozoficznymi,

---

<sup>22</sup> Opieka terminalna — zakres opieki terminalnej jest węższy niż opieki paliatywnej, choć ich nazwy bywają używane zamiennie. *Terminus* wyznacza granicę życia, jasno wskazując, że taka opieka poprzedza nieodwracalny koniec. Dzielimy ten stan na trzy okresy: przedterminalny (w przybliżeniu do kilku lat), właściwy okres terminalny (kilka tygodni) i okres umierania, czyli agonię (kilka godzin lub nawet kilka dni). „Przeważającą część podopiecznych hospicjów i pacjentów medycyny paliatywnej tworzą trzy grupy pacjentów: 1) chorzy umierający, 2) pacjenci w stanie terminalnym, 3) chorzy w stanie trwale wegetatywnym, śpiąc i cierpiący na tzw. syndrom zamknięcia”. Pacjentom terminalnym pozostaje zazwyczaj od kilku, kilkunastu dni, do nawet roku. Do stanu trwale wegetatywnego (ang. *persistant vegetative state*) doprowadza ciężkie uszkodzenie struktur mózgu. Trwały stan po kilku miesiącach staje się przetrwały, natomiast po upływie roku mówimy o stanie utrwalonym, kończącym się śmiercią pacjenta. Na podstawie — K. Szewczyk, *Bioetyka*, t. 1: *Medycyna na granicach życia*, s. 291.

<sup>23</sup> A. Kübler, J. Siewiera, *Terapia daremna. Dla lekarzy i prawników*, Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2015, s. 2.

<sup>24</sup> Choć, ważąc się na ogólnikową wypowiedź o kondycji ludzkiej, można by uznać, że doprowadzając do cudzej utraty, tracimy wszyscy.

<sup>25</sup> Niemniej, warto zajrzeć do tekstu — J. Derrida, *Darować śmierć. Komu darować (Wiedzieć, by Nie Wiedzieć)*, przeł. K. Liszka, M. Pawlikowska, [w:] *Czytanie Derridy*, red. B. Małczyński, R. Włodarczyk, Wydawnictwo Chiasm, Wrocław 2005, s. 71-88.

<sup>26</sup> Nie przeczymy, że istnieją adekwatne ujęcia humanitarnego końca życia.

bioetycznymi, proponując projekt, który wesprze zarówno teoretyków, jak i osoby poszukujące właściwych postaw w obliczu śmierci. Godność w projekcie bioetyki refleksyjnej nie jest pojęciem jedynie z dziedziny filozofii czy teorii prawa. Jest pojęciem etycznym, dotyczy bowiem zarówno osoby, jak i tego, co osoba czyni. Jest również pytaniem leżącym u podstaw bioetyki, wyznaczającym jej kierunek i cele. Sam projekt wymaga prowadzenia nieustannych analiz; opis, metody badawcze zależą od napięć między przyjmowaną kategorią uniwersalności — niekiedy sprowadzanej do statystyki, a kategorią indywidualności — w swej skrajności odrzucającej miarodajny, interdyscyplinarny dialog o godnej śmierci.

Daremność jest chwilą próby. Czy oczekujemy potwierdzenia, że uczyniliśmy dla pacjenta wszystko, chroniąc jego zdrowie i życie? Czy oczekujemy potwierdzenia, że uczyniliśmy dla pacjenta wszystko, niezależnie od tego, co uczynić należało? Czy uczyniliśmy trud leczenia daremnym? Czy wybieramy utratę życia, czy godzimy się na nią jako pacjenci i lekarze? Kwestie te są znaczące dla rozważań nad godnością. Aby ocalić kogoś drugiego, *odchodzącego*, pytamy o charakter i znaczenie utraty — jak wpłynie na nas, na *odchodzącego* i na współtworzoną narrację o wartościach relacyjnych. Prócz terapii daremnej mamy do czynienia z kwestiami rezygnacji z podtrzymywania życia, sedacją i analgezą<sup>27</sup>, eutanazją. Ponieważ eutanazja nie jest w Polsce i w wielu innych krajach legalna, nie zostanie włączona do analiz.

Dla porządku, w niniejszej rozprawie godność jest raczej pytaniem badawczym niż problemem, między innymi dlatego, że „kłopot” z godnością pojawia się, gdy doświadczamy braku godności. Problem badawczy można przedstawić jako uobecnioną daremność — w postaci terapii daremnej lub innego, daremnego działania. Na pytanie badawcze — co należy uczynić wobec daremności?; co należy uczynić, by do daremności nie doprowadzić? — odpowiedzią byłaby godność. Obecną godność rozpatrujemy nie tylko pod postacią

---

<sup>27</sup> Sedacja — stosowana za pomocą środków farmakologicznych, aby zmniejszyć objawy towarzyszące m.in. ciężkim schorzeniom. Podczas sedacji świadomość pacjenta jest ograniczona lub zniesiona, nie czuje on więc bólu, niepokoju, duszności i innych symptomów. Możemy wyróżnić: „1. Sedację głęboką, tj. ze zniesieniem świadomości, stosowaną u pacjentów w fazie umierania, w ostatnich godzinach lub dniach życia. 2. Sedację u pacjentów w stanach terminalnych, którzy nie są umierający. Jest ona najczęściej płytka i nie zawsze powoduje zniesienie świadomości. Stosuje się ją głównie w ostatnich tygodniach życia. 3. Sedację głęboką u pacjentów terminalnie chorych, ale połączoną z zaprzestaniem nawadniania i odżywiania (...)”. Sedacja głęboka wiąże się z utrzymaniem pacjenta w stanie śpiączki do momentu jego śmierci. Sedacja lub analgeza (ta ogranicza się jedynie do zniesienia bólu) miałyby zapobiec cierpieniu; pomijając sedację głęboką, która już dotyka kwestii bliskich eutanazji, sedacja ma wyciszyć cierpiącą osobę, jednocześnie nie przyspieszając nadejścia śmierci. Na podstawie — B. Wach, *Terminalna sedacja — między eutanazją a opieką paliatywną*, [w:] „Analiza i Egzystencja”, 2017, 37, s. 27.

własności<sup>28</sup>, wartości, cnoty, lecz także dyspozycji do uobecnienia, sytuując niniejszą interpretację godności — nie między narzędziem a rolą, lecz między osobami a postawą wobec nich, niezależnie, czy są badaczami, czy też nie.

Wymieńmy kilka uwag o istniejących propozycjach i projektach bioetycznych, odnosząc się do zarysowanej problematyki. Klasyczne propozycje, takie jak etyka zasad<sup>29</sup>, pomagają umiejscowić badaczy, lekarzy oraz personel medyczny w kontekście etycznym i moralnym problemów, jakie napotykają w swojej pracy. Wychodząc od teorii i zasad ogólnych (statycznych), staramy się zbliżyć do zasad szczegółowych i praktycznych (dynamicznych<sup>30</sup>). Na przykład, w oparciu o etykę zasad sformułowano etykę lekarską<sup>31</sup>, natomiast w oparciu o etykę cnót<sup>32</sup> — etykę pielęgniarską<sup>33</sup>. Projekty bioetyczne wymagają obecności, zaangażowania medyków i badaczy oraz mają pomóc im w odnalezieniu się w konkretnej sytuacji o charakterze moralnym. Przyjmując, że wszystkie pozostałe konteksty są jasne. O odnalezieniu się mówimy wtedy, gdy projekt pomaga odnieść się, we właściwy sposób, do drugiej osoby — która cierpi. Pacjenci decydują o weryfikacji i potwierdzeniu, czy projekt jest pomocny, przy czym należałoby unikać słowa „użyteczny”, ponieważ nie jesteśmy tylko użytkownikami projektów. Jako badacze zdajemy sobie sprawę, że nasze projekty podlegają ocenie, niemniej wartość projektu nie zawiera się w tym, że projekt można ocenić, „zmierzyć” w wybranych jednostkach. Stąd potwierdzenia, czy projekt jest pomocny, nie znajdziemy w rozrastającej się literaturze bioetycznej; znajdziemy je w zetknięciu się z kimś, kogo projekt dotyczy. Bliższa tej intencji jest etyka troski<sup>34</sup>, warta uwagi lekarzy i badaczy, gdyż kładzie nacisk na współbycie z innym, odnosząc się także do pracy zawodowej. Zbliżając się do szczegółowych projektów, znajdujemy w literaturze bioetykę filozoficzną i empiryczną bioetykę<sup>35</sup>. W ostatniej dekadzie coraz większym zainteresowaniem

---

<sup>28</sup> Własności ujmowanej jako posiadaną rzecz. Posiadane prawa, ponieważ ich zasadność jest przedmiotem umowy, nie okazują się zbyt pomocne w interpretowaniu godności.

<sup>29</sup> Klasycznym wykładem etyki zasad jest publikacja — T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, przeł. W. Jacórzynski, Wydawnictwo Książka i Wiedza, Warszawa 1996. Wydanie oryginalne — T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press 2013.

<sup>30</sup> Por. M. Ossowska, *Normy moralne. Próba systematyzacji*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1985, s. 145.

<sup>31</sup> Zob. T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.

<sup>32</sup> Lub: etyki charakteru — z wystąpienia K. Szewczyka pod tytułem *Edukacja etyczna lekarzy — cele, wyzwania i problemy*, wygłoszonego na konferencji online „Bioetyka Partycypacyjna”, 16–17.12.2021 roku, organizowanej przez Wydział Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego. Szewczyk odnosił się do postaci Florence Nightingale.

<sup>33</sup> Zob. Z. Pucko, *Idea troski w pielęgniarstwie inspirowana myślą filozoficzną*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.

<sup>34</sup> Zob. M. Uliński, *Etyka troski i jej pogranicza*, Wydawnictwo Aureus, Kraków 2012.

<sup>35</sup> A. Cribb, J. Owens, *Embracing Diversity in Empirical Bioethics*, [w:] red. J. Ives, M. Dunn, A. Cribb, *Empirical Bioethics*, Cambridge University Press 2017, s. 115-119. Ponadto, pojawił się również termin

cieszy się refleksyjność w bioetyce<sup>36</sup>, co podkreśla zadania refleksji i jej interpretację w propozycjach bioetycznych. Ma to również znaczenie dla filozofii. Równolegle, podkreśla się empiryczny charakter projektów. Uwzględnienie empirycznych badań zwiększa zaufanie do danego projektu. W praktyce oznacza to badania z udziałem ludzi oraz gruntowne analizy, niemniej, nadal analizuje się dane. Język tych danych, jak i sposób ich przekazywania, zdaje się różnić ze standardami refleksyjności. Jeśli cele projektu nie są jasno określone i nie są realizowane konsekwentnie, to wątpliwą pozostaje kwestia, czy projekt będzie pomocny pod względem praktycznym. W bioetyce nie możemy sobie pozwolić na kolejne uproszczone modele, co nie znaczy, że mamy porzucić badania teoretyczne. Nie możemy również pozwolić sobie na tworzenie modeli jedynie empirycznych, poddając się złudzeniu, że każdy projekt musi spełniać standardy dominującej nauki. Doskonale rozwinięta aparatura medyczna oraz aparat językowy bioetyki nie zapewnią ochrony pacjentów, ponieważ nie są wystarczające. I nie będą. Wszystko zależy od naszych postaw i obecności, od innego rodzaju mowy. Prócz wzajemnego zaufania badaczy, fundamentalne jest zaufanie pacjentów — do badaczy oraz do lekarzy, co powinno decydować o dynamice rozwoju i realizacji projektów. Choć termin *reflexive bioethics* już się pojawił i podnosi na duchu, nie czyni potrzeby stworzenia projektu bioetyki refleksyjnej (odpowiednik swój znajdując w terminie *reflective bioethics*) mniejszą lub nieaktualną. Wręcz przeciwnie.

Konieczności, aby badania naukowe były również empiryczne, nie trzeba wyjaśniać. Nie da się jednak zastąpić badań teoretycznych i teoretyczno–praktycznych jedynie empirycznymi. Zastępując badania teoretyczne badaniami empirycznymi marginalizujemy refleksję. Wyłączamy ją. Refleksja nie stanowi dodatku w pracy naukowej — nigdy, gdy badania dotyczą ochrony godnego życia lub ochrony godnej śmierci. Refleksja musi być obecna u źródeł, u początku pracy nad projektem. Refleksji nie sposób zastąpić; uzupełniamy ją, lecz (samodzielnie) w skromnym stopniu, jak w niniejszym projekcie — w oparciu o badania, doświadczenie, systematyczną analizę. Refleksja i budowane zaufanie to dwa wstępne, konieczne warunki tworzenia projektu bioetycznego. O zaufanie zabiegamy wciąż od nowa, nieustannie, jako badacze, opiekunowie i lekarze. Trzecim warunkiem jest umiejętne postawienie pytania o godność.

---

*experimental philosophical bioethics* — zob. B.D. Earp, J. Demaree–Cotton, M. Dunn, *Experimental Philosophical Bioethics*, [w:] „AJOB Empirical Bioethics”, 2020, 1 (11).

<sup>36</sup> Zob. J. Ives, *A Method of Reflexive Balancing in a Pragmatic, Interdisciplinary and Reflexive Bioethics*, [w:] „Bioethics” 2014, 28 (6), s. 302–312.

## Interdyscyplinarny charakter bioetyki

Dzięki bioetyce opowiadanie o człowieku w języku nauk zyskuje kolejną warstwę badawczą. Mając własny język i zakres problemowy, bioetyka łączy i uzgadnia już istniejące narracje. Nie wystarczy narracja ani samej etyki, ani medycyny, ani nawet narracja osobowa, dotycząca indywidualnego świata przeżywanego. Stąd roli bioetyki nie można sprowadzić jedynie do reaktywnych postaw badawczych, ponieważ bioetycy odpowiadają na to, co się wydarza i na to, co najprawdopodobniej się wydarzy. Tak odnajdujemy się między tym, co opisowe a tym, co normatywne w narracjach. Obie te cechy są dla bioetyki istotne. Bioetyki nie sposób sprowadzić także do reakcji na postęp technologiczny w medycynie<sup>37</sup>, choć od lat sześćdziesiątych XX wieku przywiązujemy wagę do dynamiki nawarstwiania się problemów, przy jednoczesnym rozwoju procedur, badań i techniki<sup>38</sup>. Nie chodzi o podkreślenie momentu narodzin bioetyki, lecz o podkreślenie jej obecności, gdyż do tej pory zdawała się być czymś dodatkowym wobec etyki oraz pozostałych dziedzin naukowych. Bioetyka byłaby czymś dodatkowym, gdyby nasza obecność była wystarczająca i gdyby naszego zaangażowania we współbycie w obliczu cierpienia nie można było zakwestionować. Stąd źródłem problemów i momentem narodzin bioetyki nie jest niedoceniany lub przeceniany postęp technologiczny<sup>39</sup>. Budowanie dialogu<sup>40</sup> — o godnym życiu i godnej śmierci — angażuje osoby, nie maszyny, algorytmy i modele, ponieważ te są jedynie narzędziami i stanowią rzeczywisty dodatek. Jeśli zależy nam na rozwiązywaniu konfliktów, potrzebujemy badań dla zapewnienia sobie obszernego opisu i spójnych norm. Norma to za mało, by móc decydować o ważkich kwestiach, również w bioetyce<sup>41</sup>. Normy i opisy dotyczą tego, co osobowe, lecz nie są i nie będą rozstrzygające, jeśli wciąż zaburzamy podmiotową relację uniwersalności i indywidualności. Dysonans wykorzystany jako metoda<sup>42</sup> miałby pomóc w prowadzeniu narracji oraz budowaniu dialogu, mimo zaistniałych konfliktów i licznych trudności. Nie dążymy jedynie do nawiązania dialogu między pacjentem i lekarzem, ale również do złożonego dialogu między badaczami, osobami, itd. Bioetyk, znając ujęcia teoretyczne, prawo oraz rozpoznając kompetencje lekarzy, personelu medycznego, umiejętności opiekunów,

<sup>37</sup> Por. W. Jacórzynski, *Od tłumacza*, [w:] T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, s. 5.

<sup>38</sup> Zob. hasło „futility” [w:] *Dictionary of Global Bioethics*, H. ten Have, M. do Céu Patrão Neves, Springer 2021, s. 539.

<sup>39</sup> Zob. G. Hołub, *Godność człowieka a biotechnologia*, [w:] red. G. Hołub, P. Duchliński, *Ku rozumieniu godności człowieka*, Studia z bioetyki 4, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2008, s. 304 — część: „Biotechnologia jako zagrożenie dla wartości człowieka”. Autor wskazuje m.in. na „etykę niebadania”.

<sup>40</sup> Zob. E. Landeweer, B. Molewijk, G. Widdershoven, *Moral Improvement through Interactive Research: A Practice Example of Dialogical Empirical Bioethics*, [w:] red. J. Ives, M. Dunn, A. Cribb, *Empirical Bioethics*, s. 139-140. Autorzy prezentują bioetykę jako dialogiczną etykę empiryczną (*dialogical empirical bioethics*).

<sup>41</sup> J. McMillan, *The Methods of Bioethics. An Essay in Meta-Bioethics*, s. 47.

<sup>42</sup> A. Wierzba, *Ochrona pacjenta jako dyspozycja bioetyczna: o powtórzeniu odpowiedzialności w projekcie bioetyki refleksyjnej*, s. 219-221.

potrzeby pacjentów, *odchodzących*, tworzy opis, weryfikuje normę; do jego zadań należy przede wszystkim wsparcie, aby każda z zaangażowanych stron mogła wnieść do dialogu to, co najcenniejsze w jej pracy, byciu — zgodnie ze swoim powołaniem. Oczywista jest funkcja komisji bioetycznych, jednakże obecność bioetyka w dialogu o ochronie pacjentów, chorych i umierających osób, ma zapewnić interdyscyplinarność w kształceniu i edukacji, nie tylko dla celów naukowych, ale dla podkreślenia istotności każdej reprezentowanej dyscypliny oraz łączności między nimi — osobami udzielającymi pomocy w obliczu śmierci. Ważniejszych i bardziej ostatecznych prób — nie będzie.

Badania bioetyków spotykają się z coraz większą recepcją, natomiast w sytuacjach, gdy tych badań brakuje, brak jest znaczący na tyle, aby dodatkowo obciążać oraz negatywnie wpływać na działania lekarzy czy opiekunów. Na pograniczu etyki i medycyny nie unikniemy popełniania błędów, ucząc się w różnych językach — o odpowiedzialności za i wobec *odchodzących*. Warto jednak te błędy minimalizować. Gdy mówimy o praktyce w bioetyce, nie mamy na myśli praktyki przeciwstawianej teorii. Myślimy o praktykach moralnych, niezależnie czy praktyki są podjęte przez lekarza czy opiekuna. Moralne praktyki opisywane przez bioetykę nie mają charakteru jedynie medycznego. Właściwie postąpić wobec osoby umierającej może każdy, kto zdobędzie się na moralnie słuszną odpowiedź na ludzkie cierpienie. Bioetyk, nie będąc w danej chwili lekarzem, prawnikiem, czy opiekunem, powinien wiedzieć, co jest konieczne dla skutecznego rozwiązania problemu lub rzeczywistego udzielenia pomocy, stąd na poszczególnych szczeblach projektów bioetycznych różne interpretacje akcentują różnorodne działania, aktywności i umiejętności. Dla bioetyki feministycznej<sup>43</sup> istotne będą umiejętności i doświadczenia kobiet<sup>44</sup>, natomiast dla etyki narracyjnej<sup>45</sup>, również wybrzmiewającej w bioetyce, będzie to wartość osobowej, indywidualnej narracji o doświadczeniach związanych z problematyką bioetyczną.

Traktowanie pojęcia godności człowieka jako stosowanej teorii jest obciążone ryzykiem i konsekwencjami, jakie, ostatecznie, ponoszą *odchodzący*. Różnica między godnością człowieka a godnością osobistą jest pozorna, zmiana narracji z filozoficznej na prawniczą, medyczną, polityczną — nie pomoże uniknąć tego ryzyka. W konfrontowaniu się z problemami konieczne jest łączenie tych narracji, dostrojenie ich do usłyszenia, słuchania *odchodzącego*. Miejsce godności w projekcie bioetycznym jest jasne od początku pracy nad rozprawą. Miejsce to wiąże się z obecnością osób, dzięki którym można mówić o aksjoserze,

---

<sup>43</sup> J. McMillan, *The Methods of Bioethics. An Essay in Meta-Bioethics*, s. 48.

<sup>44</sup> Zob. J. Leach Scully, L. Baldwin–Ragaven, P. Fitzpatrick, *Feminist Bioethics: At the Centre, On the Margins*, Johns Hopkins University Press, Baltimore 2010.

<sup>45</sup> Zob. H. Lindemann, *Damaged Identities: Narrative Repair*, Ithaca, Cornell University Press, New York 2001.

także o doświadczeniu troski, odpowiedzialności. Rozważania nad godnością i ustalenie właściwej wobec godności postawy — inicjują dalszą aktywność badawczą. W rzeczywistości, ustalenie to obejmuje odpowiedź na pytanie, kim jest dla mnie inny oraz kim nie mogę stać się dla niego oraz dla siebie. To nadal pierwszy krok, początkowy etap, co ma wpływ na pojmowanie interdyscyplinarnego charakteru bioetyki, ponieważ w znacznej mierze decyduje o oczekiwaniach wobec projektu, celach, doborze metod, potrzebie konsultacji z innymi badaczami oraz adresatami projektu. Postawa badacza nie może być wobec godności dowolna. O ile jedna z tez może okazać się chybiona i badacz powinien to dostrzec, o tyle jego postawa wobec osób, zatem godności, o jaką będzie pytał, nie może być niejasna. Inaczej może być krzywdząca. Postawa pacjenta wobec godności może być dowolna, ponieważ postawy *odchodzących* nie podlegają ocenie, tym samym stanowią wskazówki dla interpretacji badaczy. Nasza interpretacja godności nie dotyczy jedynie kwestii bioetyki, chociaż to na jej gruncie rozwijamy projekt. Najpierw jesteśmy osobami, a dopiero potem osobami leczącymi i chorującymi. Rozumienie godności nie musi być manifestowane, aby w znacznej mierze dotyczyć każdej sfery ludzkiego życia i postępowania. Godność nie pojawia się na końcu — dla projektu bioetycznego znaczenie godności powinno uobecniać się od początku badań. Dla pacjenta, godność jako dyspozycja powinna być uobecnianą cały czas, a na końcu — potwierdzić się, lecz czy dla *odchodzącego*?

„Szacunek nie jest terminem naukowym”<sup>46</sup>, choć decyduje o stosunku do badań naukowych. Szacunku nie sposób sprowadzić do stosowania procedur, aby zgodnie z nimi nasze badania podlegały dalszym ocenom. Badania naukowe, badania filozoficzne, są na tyle istotne, że posiadają o wiele większe znaczenie od tego, co kryje się za słowem „mierzalne”.

---

<sup>46</sup> D. Kuncewicz, W. Kruszewski, *Z szacunku do... Z doświadczeń badań transdyscyplinarnych*, [w:] „Roczniki Humanistyczne”, 2017, 65, 1, s. 171. Autorzy odnoszą się m.in. do tematyki recenzowania prac, niemniej ich uwaga ma uniwersalne znaczenie i może odnosić się do każdej postawy, którą chcemy nazwać naukową.

## I. O godności. Interpretacje w świetle pytania o obecność

„Zwycięstwo nad śmiercią to utrzymywanie z innością wydarzenia takiej relacji, która powinna być nadto jeszcze osobowa”<sup>47</sup>.

By zaproponować projekt bioetyki refleksyjnej należy zacząć od wyjaśnienia oraz umiejscowienia pojęcia godności. Miejsce tego pojęcia nie jest wtórne, podobnie jak refleksyjność nie jest kwestią wtórności w doświadczeniu obecności drugiego człowieka. Niniejszy rozdział służy jako próba autorskiego wykładu, wykraczając poza przedstawienie godności jako własności lub wartości, proponując ujmowanie godności jako dyspozycji. Zastanawiając się nad właściwą postawą wobec *odchodzących* może nam się wydawać, że pozostają nam jedynie próby — i że próby te nie są wystarczające. Ujęcie godności jako dyspozycji ma na celu doprowadzenie tych prób do granicy, po której teoria nie zostaje wykluczona przez praktykę, lecz potwierdzona. Potwierdzenia nie uzyskamy przy pomocy statycznego ujęcia godności, co nie neguje innych propozycji badawczych. Dla niniejszego projektu są niewystarczające. W projekcie bioetyki refleksyjnej potwierdzenie zależy od obecności innych osób — *odchodzących*, opiekunów, lekarzy, których obecność tworzy sferę etyczności zarówno dla wartościowych projektów, jak i ich autorów, uczestników relacji, sytuacji granicznych. W tej sferze możliwość odpowiadania, gdy obecność *odchodzących* manifestuje się w wezwaniu, nawet milczącym, wiąże się z umiejętnością słuchania, wsłuchania w wezwanie, warunkujące odpowiadanie i odpowiedzialność. Słuchając innych, uczymy się słuchać siebie, docierać różnymi drogami do miejsc odpowiadania — na pytanie o godność. Odpowiadanie to będzie scalało się z gestem żałoby, z miejscem przyjęcia *odchodzącego*, z miejscem, które jednocześnie *odchodzący* tworzy oraz które bezpowrotnie zmienia, gdy je opuszcza. Żałoba sprzyja wiązaniu kwestii odpowiedzialności z *ars moriendi*, sztuką obecnie ulegającą przekształceniom, jeśli nie zapomnieniu, mimo to będącą właściwym przygotowaniem do dalszej drogi, tak dalekiej, jak tylko dusza może podjąć<sup>48</sup>.

<sup>47</sup> E. Lévinas, *Czas i to, co inne*, przeł. J. Migasiński, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999, s. 90.

<sup>48</sup> Do nieśmiertelności duszy odnosili się m.in. orficy. Także Platon poruszał tę kwestię w *Fedonie*, we fragmencie 107C-108C — Platon, *Fedon*, przeł. W. Witwicki, Wydawnictwo ANTYK, Kęty 2002, s. 94-95. O Platonie i innych myślicielach poruszających tematykę wędrówki duszy ludzkiej — J.-L. Chretien, rozdział I. „The Immemorial and Recollection”, s. 1-39, [w:] J.-L. Chretien, *The Unforgettable and the Unhoped For*, przeł. J. Bloechl, Forham University Press, New York 2002. Inną, ciekawą uwagę poczynił Cyceon: „Przecież nawet rzeczy martwe i pozbawione duszy mają odpowiednie dla siebie miejsce” — Marcus Tullius Cicero, *O naturze bogów*, 37, 102, [w:] Cyceon, *Pisma filozoficzne*, t. I, przeł. W. Kornatowski, Biblioteka Kłasyków Filozofii, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1960, s. 62. W niniejszej rozprawie, ujmowanie duszy w ruchu — nie służy zamknięciu duszy w określonej koncepcji. Niech wystarczy marginalna uwaga, że narracja o duszy jest najdawniejszą apologią obecności.

Powiązanie odpowiedzialności i bliskich jej sztuk potęguje, lecz nie powiela — znaczenie umiejscowienia pytającej osoby, przez co żałoba nie jest dla filozofii obcym rytuałem. Jako rytuał pamięci, szacunku i refleksji, żałoba jest częścią myślowego dziedzictwa. Czy dziedzictwo zostanie przekazane, przyjęte i godnie kontynuowane, to już kwestia do rozstrzygnięcia dla filozofa. Na stronach rozprawy nie pytamy jednak tylko o siebie i własną, filozoficzną drogę. Pytamy o kogoś drugiego i o to, co (jeszcze) możemy dla niego uczynić. Niemniej, czy pytamy o obecność innego w przygotowaniu przed utratą, czy w jej następstwie? Odslaniamy, iż refleksyjność nie jest wyrazem wtórności wobec wydarzeń i przeżyć. Utrzymujemy się pomiędzy momentem „przed” a momentem „po”, poprzedzając i następując w żałobie. Inaczej ponosilibyśmy utratę przedwcześnie, chociaż możemy doświadczać jej nieustannie. Tym odpowiadaniem na utratę — w obliczu śmierci, lecz nie tylko wtedy — jest godność. Godnemu odpowiadaniu zaprzecza daremność. Swoje dotarcie do *odchodzącego* udaremwiamy, gdy odmawiamy mu szacunku, oddania mu czegoś, co do nas nie należy, lecz co tylko my jesteśmy w mocy zapewnić. Nie musi to należeć do *odchodzącego*, ponieważ rozważamy, między innymi, czas. Z jednej strony terapia może być daremna, gdy żądamy czasu, którego już nie ma. Z drugiej strony, ostatnie czynności wykraczające poza standard opieki podstawowej, mogą, pod pozorem straty czasu, wydać się daremne. Niemniej, obecność *odchodzącego* nie pomija nas w sferze odpowiedzialności. Niezależnie od stanu zdrowia i kondycji, jego obecność wystarczy, aby czegoś oczekiwał, wymagał, potrzebował nas. Nie unikniemy asymetrii między tym oczekiwaniem a możliwościami stojącymi za naszą obecnością. W rozprawie podejmujemy również kwestię tego, co otrzymujemy od *odchodzącego*; bliskość śmierci jedynie uwypukla sens oddawania, darowania oraz otrzymywania. Odpowiedzialność wobec obecnych i nieobecnych ma swój czas, mając miejsce w relacji — w niej dowiadujemy się wszystkiego o wartościach: poznajemy, doświadczamy i tracimy. Stąd odpowiedzialność nie sprowadza się do opisu mechanizmów rządzących relacjami lub przestrzegania norm, nawet, gdy stara się osiągnąć tych najwyższych<sup>49</sup>. Godność, potwierdzona właściwą praktyką moralną, nie zostaje zamknięta w ramach teoretycznego modelu, lecz wpisana w bycie z innym — ku śmierci.

---

<sup>49</sup> J. Strzelecki, *Niegodność i godność człowieka w wieku XX*, [w:] *Zagadnienie godności człowieka*, red. J. Czerkawski, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1994, s. 145 — „Bywa więc niekiedy tak, że akt afirmujący nasze człowieczeństwo równoznaczny jest wtedy z aktem bohaterstwa lub świętości; kształt wolności równoważny jest wtedy treści najwyższych norm. Norma oznacza wtedy nieomyślne wskazanie, jak nie naruszyć tego, co jest w nas zgodne z «istotą człowieka», pojmowaną jako zdolność do tak wysokiej wolności”. Warto jednak zapytać, na ile wskazania mogą być nieomyślne, jeśli nadal w wieku XXI wolność sporadycznie wydaje się wysoka, zwykle będąc nieosiągalną — gdyż unikamy jej, podobnie jak unikamy związanej z nią odpowiedzialności?

Bycie to oznacza wystawienie się na próbę, współbycie, lecz sama próba przed śmiercią nie wydarza się, tkwi bowiem w samej śmierci.

### **Pojęcie godności w etyce oraz bioetyce**

Zacznijmy od ogólnych pytań o godność człowieka. Interpretacja godności inicjuje dalsze prace nad projektem i refleksję, ponieważ decyduje o wadze postawy, jaką przyjmujemy wobec *odchodzących*, a nawet w znacznie szerszym znaczeniu — wobec świata. Świat ten nie jest przypadkowy, sytuując kształcenie i naukę wśród sposobów jego zamieszkiwania. Nie mamy na myśli świata rzeczy i obiektów, a raczej świat podmiotów i ich interpretacji, osób i ich przeżyć, co wymaga od analiz badawczych nie tyle klarownej uniwersalności, ile konieczności, by żadna z postawionych tez nie wykluczyła tego, co może się uniwersalności wymykać. O ile w obszarze aksjologii możemy definicję godności budować i próbować „domknąć”, aby okazała się spójna i użyteczna, o tyle w praktykach moralnych godność nieodłącznie dotyczy tego, co osobowe i czego domknąć nie sposób przy pomocy teorii. Zasady użyteczności nazbyt często okazują się zawodne. Domknięcie definicji w aksjosferze każdorazowo wymaga podjęcia odpowiedzialności wobec konkretnej, indywidualnej osoby. Zwykle, gdy odpowiedzialności brakuje, słyszy się od lekarzy czy pacjentów, że nie ma także godności<sup>50</sup>. Niezależnie od doświadczeń, należałoby się zmierzyć z takimi wnioskami. Czy to świadczy o nieobecnej godności — o braku wartości, o braku właściwej postawy — i wystarczająco uzasadnia interpretowanie godności jako dyspozycji?

Myśląc o godności, za sprawą przyzwyczajęń wiążemy ją z pojęciem *osoby* oraz z szacunkiem dla jej autonomii i wolności. W osobie i jej istnieniu szukamy ontologicznej podstawy dla odczytania czym jest ludzka godność. Już nie tylko dobre imię człowieka i rola społeczna są uznawane za godne szacunku; w wieku XX starano się dostrzec coś wcześniejszego, co dotychczas pojawiało się w literaturze chwilowo, niekiedy opalizując w wybranych tekstach, w momentach skupienia na pokrewnych pojęciach — *bycie osobą* staje się podstawą dla uznania praw i obowiązków, nawet jeśli wyrażają one coś minimalnego. W wieku XXI te same spostrzeżenia doprowadzają raczej do wątpliwości i zaognienia dyskusji, która odbywa się w tle powstawania, a raczej ujawnienia się bioetyki. Rozumienie pojęć jest zależne od kontekstu kulturowego, niemniej debata wokół praw człowieka zbliżyła do siebie *godność* i *osobę*. Czy to sprawiło, że dla człowieka stała się jasną kwestia nie tyle jego istnienia, co *bycia*?

---

<sup>50</sup> *O godności i jej praxis*, s. 162.

Uchwycenie, kim jest osoba, gdy właściwie nie mówimy o kimś z imienia i nazwiska, jest poruszaniem się w obszarze abstrakcji. To, co osobowe, do tej pory w filozofii było bliskie, lecz nie utożsamione z tym, co miałoby pojęcie godności wypełniać, nie wykraczano poza modele teoretyczne. Pod tym względem dotychczasowe koncepcje dotyczyły całości, jakie nie mogły być kompletne; wyróżniano wybrane osoby, wybrane zdolności, wybrane atrybuty. Jak już wspomnieliśmy, nie chodzi o potrzebę wskazań, jak godności używać. Nie używamy godności, nie jesteśmy użytkownikami jej definicji i w relacji międzyosobowej — o naszej obecności nie decyduje użyteczność. Niemniej obawa, że tendencja do rozważań o ludzkiej użyteczności i zestawianiu jej wręcz z koniecznością bycia użytecznym będzie się nasilać, jest zasadna. Na przestrzeni wieków w etyce, w rozmaitych narracjach, podejmowano dysputy nad pojęciem godności, opowiadając o byciu człowieka i kształtowaniu przezeń świata. Uobecnianie się dla osób, uobecnianie się poprzez to, co ludzkie i co sprawia, że świat nabiera rozpoznawalnego kształtu mimo jego nienajlepszej formy — jest nie do przecenienia. Forma nie musi być lepsza, jeśli nie przeoczy się treści; pod tym względem rozprawa nie stawia całkowicie nowych pytań, ponieważ pod postacią godności ponawia pytanie o bycie. Mówi o wątpliwościach, powstałych w trakcie poszukiwań i badań. Godność przeradzała się z własności w wartość, coś zyskiwała, aby potem coś stracić. Zyskiwały na tym własności i rzeczy, a traciły wartości, włączane w dyskurs o charakterze ekonomicznym, przy czym trudno dostrzec, że jest to nadal narracja z zakresu nauk społecznych. Czy godność jest wartością człowieka? — jak równie bezzasadnie zażądać, aby człowiek miał wartość? Człowiek nosi wartości<sup>51</sup>, a wiele z nich, jeśli nie wszystkie, nie podlega wymianie na nic innego. Mimo to, w życiu, wobec innych, dokonujemy wyborów. Natomiast wymiana wydaje się sprzyjać zasadzie użyteczności, pozornie ułatwiającej używanie innych zasad lub innych rzeczy, gdy problem, przed którym stajemy okazuje się być złożony. Wartości nie poddają się posiadaniu, są niesione przez ludzkie czyny, szeptane przez ludzkie sumienia. Etyka podejmuje te kwestie, jej charakter odpowiada własnej roli w kształtowaniu — jeśli nie świata, bo wyda się to zbyt śmiałym życzeniem — nas w relacji do innych, ponieważ nas, bez innych, nie ma.

Jednakże kryzysowy charakter etyki nie odkrywa dla nas kryzysu tożsamości pojęcia osoby. Charakter ten nie jest ani niczym nowym, ani przejściowym. Stawiane są zatem pytania o człowieka, jego naturę oraz akty, jakie go wyróżniają na tle innych istot i jakie

---

<sup>51</sup> D. von Hildebrand, *Etyka*, [w:] *Nicolai Hartmann. Dietrich von Hildebrand. Wypisy z „Etyki”*, red. M. Grabowski, Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 1999, s. 105 — „Pierwszą, główną cechą wartości moralnych jest to, że w sposób konieczny zakładają one [istnienie] pewnej osoby. Jestestwo bezosobowe nie mogłoby być nośnikiem wartości moralnych”.

zwracają go światu. Przez pryzmat pytania — jakie człowiek powinien spełniać warunki, by nazwać go osobą — budujemy rozmaite kodeksy mające chronić osobę i jej godność<sup>52</sup>. Czy to pytanie faktycznie pomaga w ochronie i, ponownym, usytuowaniu człowieka w świecie, który tworzy? Zapytajmy na przekór: czy to warunki decydują o ochronie człowieka i o tym, że warto go chronić? I czy decydują o tym, że człowiek jest lub może być ludzki? Słowo „ludzki” ma wiele znaczeń, ponieważ istotna jest konkretna realizacja, postępowanie na rzecz dobra<sup>53</sup>. Tak wracamy do rozumienia pojęcia osoby, tego, co dla niej osobowe i osobiste. Natomiast gdy zestawimy *bycie ludzkim* i *bycie osobą* okaże się, że oczekujemy od osoby, aby znaczenie jej godności było dlań jasne i od początku — życia, bycia? — odznaczało się wysokim standardem. Przytaczanie historii, w których okoliczności zmuszały człowieka do bycia niehumanitarnym, są nadal opowiadaniem o jego próbach przetrwania, przeżycia w podstawowym sensie podtrzymania życia. Niehumanitarny człowiek nie posiada wartości, jednakże ludzki człowiek również nie jest w ich posiadaniu. Przetrwaniu zwykle służy myśl, że życie ujawni się jako wartość. Jeśli już nie dla nas, to ujawni się jako wartość dla kogoś drugiego, ponieważ życie, tymczasowo, stanowi naszą własność, w okolicznościach tragicznych — zagrożoną. Gdy życie ujawnia się jako wartość, wraz z nim ujawnia się wymaganie, by potwierdzić swoje miejsce, ale nie w splocie przypadków, a w relacji z drugim człowiekiem. Wtedy mówimy o wartościach etycznych, moralnych i o nie właśnie pytamy. Potwierdzeniem godnie zajmowanego miejsca jest to życie, od którego oczekujemy — bycia wartością. Niemniej, samo rozumienie, czym jest życie, bywa kłopotliwe. Jak zapytać o życie bez pomijania żyjącej, odchodzącej osoby? To istotne pytanie w kontekście problematyki bioetycznej, gdy mamy na uwadze ochronę życia<sup>54</sup>, lecz podajemy wykluczające się odpowiedzi, co i kogo pragniemy chronić — nie uściślamy odpowiednio, czym życie jest lub przynajmniej, czym nie jest. Może nie o to chodzi. W relacji z drugim człowiekiem zmagamy się nie z faktem, że żyjemy, lecz z kłopotem bycia i postępowania wobec niego. Tak w przybliżeniu rysuje się granica między życiem a losem, życiem a aktem

---

<sup>52</sup> Podajmy przykład normy prawnej, chroniącej człowieka w podstawowym sensie: „*uznając i potwierdzając, że wszystkie prawa człowieka wywodzą się z godności osoby ludzkiej i przyrodzonej osobie ludzkiej wartości oraz że osoba ludzka jest głównym podmiotem praw człowieka i podstawowych wolności, i wobec tego powinna być ich głównym adresatem oraz powinna aktywnie uczestniczyć w realizacji tych praw i wolności (...)*” — *Deklaracja Wiedeńska I Program Działania*, przyjęty przez Światową Konferencję Praw Człowieka w Wiedniu 1993 roku, [w:] R. Kuźniar, „Prawa człowieka. Prawo, instytucje, stosunki międzynarodowe”, Wydawnictwo Naukowe Scholar Sp. z o.o., Warszawa 2008, s. 437.

<sup>53</sup> Prawda, Dobro, Piękno — są wciąż aktualne dla kontynuatorów etyki klasycznej i inspirowanej nią bioetyki.

<sup>54</sup> Zob. E. Picker — rozdział III. „Głębsza racja: Zagubienie pewności aksjologicznej, część 1. Rozchodzenie się ochrony życia i ochrony godności jako symptom”, [w:] E. Picker, *Godność człowieka a życie ludzkie. Rozbrat dwóch fundamentalnych wartości jako wyraz narastającej relatywizacji człowieka*, przeł. J. Merecki, wstęp R. Spaemann, Seria Terminus 45, Wydawnictwo Oficyna Naukowa, Warszawa 2007, s. 35-47.

żyjącego. Co możemy ochronić jako etycy i bioetycy, filozofowie, badacze naukowcy? Na jaką utratę należy się zgodzić, jaką przyjąć, a jakiej się przeciwstawiać? Ludzki i nieludzki człowiek — każdy z nich dokonuje wyboru, jak postąpi w obliczu utraty<sup>55</sup>. Jeżeli godność dotyczy każdego człowieka i stanowi odpowiedź na utratę, to odpowiada nie tylko na utratę wartości. Godność odpowiada na utratę drugiego człowieka. Niekiedy, ubiega się o odpowiedź na utratę siebie.

Oczywiście, ważne jest wskazanie tych wysokich, wręcz najwyższych standardów godności i to ich w znacznej mierze dotyczą nasze rozważania. Niemniej, *osoba* odnosi się do każdego człowieka, niezależnie od jego własnej interpretacji, postępowania, kondycji — niezależnie od warunków. Zatem, jaki musi być człowiek, aby *osoba* była miarodajnie określającym go pojęciem i nie stanowiła jedynie *decorum*, po które sięgamy w kryzysowych sytuacjach? O miarodajności decydują nie warunki, a to, co pozwala je przezwyciężyć. Za sprawą poszukiwania odpowiedniej miary teoria etyczna może wskazać różnicę między postępowaniem ludzkiego i nieludzkiego człowieka, lecz odpowiedniość ta nie obowiązuje, gdy rozważamy różnice między osobami. Osoby mogą dowolnie różnić się od siebie, podobnie jak różnią się warunki i okoliczności, w jakich osoby te się znajdują. Interesujący jest natomiast sposób, w jaki osoba pozostaje ludzką, gdy już nikt i nic nie wydaje się jej sprzyjać. Bycie ludzkim jest zachowaniem odpowiedniej miary w odpowiadaniu na obecność i nieobecność — osób oraz wartości. Tego właśnie dotyczy godność i o to zapytuje, spotykając odpowiedź już nie w teorii, a w praktyce. Stąd postawa moralna jest tak istotna w dotarciu do wzorca, choć jego powtórzenie nie jest możliwe. Każda moralna odpowiedź dobiega skądinąd, ponieważ każda osoba odpowiada z innego miejsca. Odpowiedzi jednak dotyczą świata przeżyć, językiem wartości naznaczając rytm relacji, jakie między osobami decydują o miarodajności, wiarygodności tego, co nazywamy naszym światem.

Pytanie o godność nie jest pytaniem o to, co czyni człowieka osobą, nie jest również pytaniem o jego autonomię. Jeśli godność jest odpowiedzią na utratę, dyspozycją, próbą ochrony innego, oddaniem mu miejsca, uobecnieniem wartości relacyjnych, pytaniem o szacunek — należałoby zapytać: kogo? O kogo pytamy, gdy darzymy szacunkiem —

---

<sup>55</sup> W kwestii wyborów, istotne wydaje się zdanie, które rozszerzy kontekst rozważań: „W opowieści z 1977 roku jest sporo gorzkiej ironii i sceptycyzmu. Autorka próbuje łączyć w niej dwie pozornie odległe postawy — Marka Edelmana i Janusza Korczaka: »Może dlatego, że dokonanie wyboru między życiem a śmiercią jest ostatnią szansą zachowania godności...« Wszystko, co nastąpiło w 1943 roku, było więc zaledwie wyborem sposobu umierania” — K. Mąka, *Codziennosc umierania. Motyw śmierci w relacjach Marka Edelmana*, [w:] *Strategie śmierci — formy umierania. Świadectwa literackie i kulturoznawcze*, red. W.J. Bruszt, Oficyna Wydawnicza Volumen, Warszawa 2004. Autorka nawiązuje do książki: H. Krall, *Zdążyć przed Panem Bogiem*, Warszawa 1992, s. 102.

o drugiego człowieka, o siebie? Czym jest akt szacunku, gdy mieści w sobie odpowiedź na pytanie o bycie?

### **Godność jako własność, wartość. Zorientowanie na cnotę**

Uporządkujmy, co już wiemy o godności. By zawrzeć w słowie *godność* wystarczająco wiele dla uobecnienia charakterystycznego sposobu, w jaki o bycie zapytuje, powinniśmy zbliżyć się do świata przeżywanego, przeżycia czegoś, co łączy nas ze światem i ujawnia naszą dyspozycję do osłonięcia tych, którzy tworzą go dla nas — uobecniając sferę etyczności. Kwestia uobecnienia jest istotna dla badań nad godnością, ponieważ stawia nas przed pytaniami choćby o to, czy istnieje coś ponad obowiązkiem, a co należy do porządku działania, doświadczania, narracji — oraz, czy każdy inny człowiek jest dla nas obcym. Utrzymujemy, że troska jest bardziej znacząca od obowiązku, ponieważ odpowiada za ukierunkowanie czynu. Nie zawsze przejawiamy troskę, dlatego jej powiązanie z dyspozycją powinno być uwypuklone. Każdy inny człowiek może być obcym, niemniej, jego obecność jest powodem, dla którego rozważamy różnicę między dyspozycją trwałą i nietrwałą. Dzięki obecności doświadczanie w świecie przeżywanym można połączyć z doskonaleniem (się). Jak zauważył Paul Ricoeur:

„Dziś powiedziałbym, że charakter oznacza ogół trwałych dyspozycji, to, *po czym* rozpoznaje się osobę. Dlatego też może on stanowić punkt graniczny, w którym problematyka *ipse* staje się nieodróżnialna od problematyki *idem* i skłania do utożsamienia ich ze sobą. Ważne jest więc zastanowienie się nad czasowym wymiarem dyspozycji: to on skieruje badacza charakteru na trop narratywizacji tożsamości osobowej”<sup>56</sup>.

Jeżeli interpretacja godności jako dyspozycji — obok teorii cnót rozumianych jako trwałe dyspozycje — ma być kontynuacją dotychczasowych badań, to musimy rozważać dyspozycję, która będzie nietrwałą, a mimo to, znacząca.

Zacznijmy jednak od przedstawienia podstawowych i klasycznych ujęć godności. Godność to inaczej „1. «poczucie, świadomość własnej wartości, szacunek dla samego siebie; honor, duma» (...) 2. wychodzące z użycia «zaszczytne stanowisko, urząd, funkcja»”<sup>57</sup>. O człowieku mówimy, że jest godny (dawniej: godzien), gdy na coś zasługuje lub inaczej, gdy jest czegoś wart. Określenia te są zwykle pozytywne, stawiające rzeczzonego człowieka

<sup>56</sup> P. Ricoeur, *O sobie samym jako innym*, przeł. B. Chelstowski, oprac. M. Kowalska, Biblioteka Współczesnych Filozofów, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, s. 200.

<sup>57</sup> *Mały słownik języka polskiego*, red. S. Skorupka, H. Auderska, Z. Łempicka, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1969, s. 202.

w korzystnym świetle. Decydują o tym stosowność jego zachowania, odpowiedniość w postępowaniu wobec innych, powaga, wzbudzany szacunek oraz zajmowanie właściwego miejsca (stanowiska).

W języku łacińskim znajdujemy słowo *dignitas* oznaczające godność, znaczenie, poważanie, szacunek, powagę, autorytet, a idąc dalej, wartość, wielkość, urodę, dostojęństwo, niekiedy wysoką godność<sup>58</sup>. Godność swój punkt ciężkości znajduje w tym, co przemawia za wartością. Człowiek może być wartością lub posiadać wartość jedynie w sensie ogólnym, na poziomie pojęć, gdy mówimy o historii człowieka, jego perspektywie, sposobach patrzenia na świat. Z nimi wiążą się całe struktury wartości, ich „wysokości” w hierarchii wyznaczają kierunek rozwoju, zmian i dynamiki społecznej. Hierarchia implikuje porządek zasad, do radykalnych stanowisk doprowadza brak tej hierarchii, jak i nadmierny na nią nacisk. Poza tym kontekstem — wymaganie, aby człowiek był wartościowy, oznaczałoby konkretny wymóg bycia określonym, czyli postępującym np. uczciwie, sprawiedliwie, szlachetnie.

Powaga towarzysząca dostojnikowi, dygnitarzowi, dawała o sobie znać także w sprawach najwyższej wagi, dotyczyła zaszczytnych stanowisk i urzędów<sup>59</sup>. Natomiast słowo *dignus* znaczy godny, odpowiedni, należny, zasłużony, stosowny, przyzwoity, wystarczający, jak i ważny, obowiązujący, znaczny, cenny, wart czegoś, zdolny, uprawniony do czegoś<sup>60</sup>. Szukając dalej w słownikowych definicjach, *dignitas* oznacza zasługę, wartość osobistą, godność oraz imponującą piękność, męski wygląd, wspaniałość, okazałość, wzniosłość, zacność, uczciwość, dzielność (moralną), znaczenie, powagę, poważanie, aż wreszcie stanowisko, urząd, dygnitarza<sup>61</sup>. Mamy więc do czynienia z szeregiem określeń oraz stojącymi za nimi wymogów, dotyczących ludzkiego postępowania i pojmowania wartości.

Przeważnie w tekstach prawnych, prawniczych, medycznych, historycznych, kulturoznawczych, filozoficznych, etc. godność pojawia się w odniesieniu do porządku aksjologicznego. Stąd warto wymienić kilka definicji zaczerpniętych z greki, w których język umiejscawia godność w kontekście wartości, lecz nie rozstrzygajmy jeszcze, jak rozumianych. Słowo *ἀξία* wskazuje na wartość, cenę, równowartość, godność, wysoki urząd,

---

<sup>58</sup> Hasło „dignitas” [w:] *Elektroniczny Słownik Łaciny Średniowiecznej w Polsce / eLexicon Mediae et Infimae Latinitatis*, <https://elexicon.scripores.pl/pl/lemma/DIGNITAS> (dostęp: 3.09.2022).

<sup>59</sup> *Ibidem*.

<sup>60</sup> Hasło „dignus” [w:] *Elektroniczny Słownik Łaciny Średniowiecznej w Polsce / eLexicon Mediae et Infimae Latinitatis*, <https://elexicon.scripores.pl/pl/lemma/DIGNUS> (dostęp: 3.09.2022). Przeciwnieństwem jest słowo „indignus”.

<sup>61</sup> Hasło „dignitas” [w:] *Słownik łacińsko-polski*, s. 162.

ocenę, zasługę (i karę)<sup>62</sup>, natomiast *ἀξιάλαστος* znaczy — godny podziwu. Bliskie naszej intencji są również *ἀξιάκουστος* — wart wysłuchania, posłyszenia; *ἀξιαφήγητος* — wart opowiadania, godny wzmianki; *ἀξιοβίωτος* — wart życia, nadający wartość życiu<sup>63</sup>.

Słowo „wart,” inaczej „godny”, stwarzało okazję do pytania o zasługi człowieka, o jego rolę społeczną. Sprawowanie „wysokiego” urzędu było reprezentowaniem instytucji, a samo reprezentowanie umożliwiały odpowiednie, wyróżniające człowieka cechy. Za sprawą tych cech nadany urząd wiązał się zarówno z przywilejami i obowiązkami. Wysoki standard w dopełnianiu zobowiązań zwykle ujawniał godność jako wartość; człowiek wart był podziwu, szacunku, niekiedy czci, gdy oczekiwania wobec niego zostawały spełnione. Wartość ta nie była wartością człowieka, lecz wartością odnoszącą się do jego pracy, dzieła lub roli.

W znanej nam literaturze godność wybrzmiewa pierwszy raz w traktacie retorycznym Cyserona *De inventione*; „*dignitas est alicuius honesta et cultu et honore et verecundia digna auctoritas*”<sup>64</sup>. *Dignitas* jest toposem retorycznym, a znaczenia słów *dignitas* i *auctoritas* są silnie powiązane — odnajdujemy u Cyserona nie tylko godność przedstawioną jako własność, ale i usytuowanie jej względem cnót oraz określonych wartości. Cyseron wymienia kolejno chwałę (*gloria*), godność (*dignitas*), wielkość (*amplitudo*) i przyjaźń (*amicitia*). Należy zwrócić uwagę na obecne w traktacie *utilitas*, czyli odwołanie się do użyteczności oraz przewodnie *honestum* — godziwość, honor, uczciwość, szlachetność. Jego sednem jest *honestum*, czyli uwypuklenie cnót. Niekiedy — w wypowiedzi retorycznej będącej pochwałą lub naganą — odwołujemy się do toposów mieszanych, na przykład do wielkości i przyjaźni. Są właśnie przez Cyserona definiowane w taki sposób, by okazać występującą w nich *utilitas* — pod przewodnictwem *honestum*. Pochwała doskonałości moralnej niesie ze sobą niejakie trudności, ponieważ wskazaliśmy na początku rozważań, iż nie ma doskonałych kondycji

<sup>62</sup> *Słownik grecko-polski*, oprac. O. Jurewicz na podstawie słownika Z. Węclewskiego, Wydawnictwo Naukowe Sub Lupa, Global Scientific Foundation, Truskaw 2020, s. 77.

<sup>63</sup> *Ibidem*.

<sup>64</sup> Zob. M. Środa, *Idea godności w kulturze i etyce*, Wydział Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1993, s. 8. Magdalena Środa wymienia cytat z dzieła Cyserona, uzupełnijmy więc i wskażmy, że cytat ten pochodzi z Księgi II — fragmentu 166 (prócz tego miejsca, w Księdze II „godność” pojawia się we fragmencie 2, 49, 53, 66, 71, 106, 157, 160, 161, 168, 177). W Księdze I „godność” również się pojawia (we fragmencie 4, 5, 9, 25, 29). Przytoczmy cały fragment:

„*Nunc de eo, in quo utilitas quoque adiungitur, quod tamen honestum vocamus, dicendum videtur. Sunt igitur multa, quae nos cum dignitate tum quoque fructu suo ducunt; quo in genere est gloria, dignitas, amplitudo, amicitia. Gloria est frequens de aliquo fama cum laude; dignitas est alicuius honesta et cultu et honore et verecundia digna auctoritas; amplitudo potentiae aut maiestatis aut aliquarum copiarum magna abundantia; amicitia voluntas erga aliquem rerum bonarum illius ipsius causa, quem diligit, cum eius pari voluntate*” — za: Cyseron, *De inventione*, Ks. II, fr. 166 — <https://www.thelatinlibrary.com/cicero/invention2.shtml> (dostęp: 3.09.2022). Polski przekład — Marcus Tullius Cicero, *De Inventione. O inwencji retorycznej*, Bibliotheca Litterarum Medii Aevi Artes – Opera, Artes nr 3, przeł. K. Ekes, wstęp i przypisy B. Awianowicz, Fundacja Akademia Humanistyczna, Instytut Badań Literackich, Wydawnictwo PAN, Warszawa 2013.

moralnych. Mimo to, nie nabywamy prawa do ogłoszenia nagany, jeżeli nie znajdziemy powodu do pochwały. Wciąż uczymy się rozumieć, czym jest doświadczenie o charakterze moralnym, jakie umożliwia obecność innego. Nietrwała dyspozycja powinna pozostać nieczuła wobec użyteczności. Zauważmy również, że przyjaźń nie bez znaczenia zajmuje istotne miejsce w myśli Cyserona, jak i innych filozofów: Platona, Arystotelesa czy Seneki. Wspominaliśmy o postępowaniu na rzecz dobra, jednak nie anonimowego. Postępowanie ze względu na dobro kogoś, kto jest nam bliski, wiąże się z dobrowolnym uczestnictwem w relacji — przyjaźni — cechowanej przez równość i wzajemność<sup>65</sup>. Znaczącym wyróżnieniem jest być przyjacielem kogoś — godność przyjaciela zbliża nas do godności własnej. Niemniej, powszechnie przyjęte znaczenie wzajemności zamyka godność w ruchu, który nie jest przedmiotem niniejszych rozważań. Nie utrzymamy postulatu, że łączy nas przyjaźń z każdym, komu oddajemy miejsce, ponieważ nie w każdej relacji będziemy osłonięci — przed utratą — przez wzajemność. Odsłonięcie się, w otwartości na to, co niekoniecznie jest równe, porównywalne, tożsame, zmusza nas, aby brać pod uwagę coś innego niż klasycznie rozumianą wzajemność towarzyszącą przyjaźni. Musimy zgodzić się na pewne oddzielenie, odrębność, rozproszenie.

Godność rozumiana jako własność odnosi się do wartości człowieka w sposób ogólny, bez rozróżnień czy jest on zły, dobry, neutralny. Własność ta ma charakter zbliżony do wartości, dotyczy istnienia człowieka oraz, niekiedy, wpływa na jego usytuowanie względem innych żywych istot. Tak posiadanej godności nie można stracić lub odebrać. Można stracić dobre imię, lecz nie tożsamość, którą ma się na myśli mówiąc o istocie ludzkiej. Miano „człowieka” przysługuje jako imienna dedykacja; *dignitas hominis* podkreśla wyjątkowość człowieka, jego bycie nacechowane jest więc pewną „wysokością”<sup>66</sup>. Nie ujmujemy jednak tej wyjątkowości od razu w kategoriach hierarchii — bytów, żywotów — spróbujemy rozważyć chronologię, unikając umiejscowienia człowieka w nieokreślonym świecie i zatrzymując się, choćby na chwilę, przy umiejscowieniu go w świecie obejmującym jego własne życie. Badania nad godnością są i muszą nieść ze sobą pewne trudności. Narzuca nam się wysokość, w jakiej chcemy usytuować godność oraz, idąc dalej, siebie. Różnorodnie kładzione akcenty podkreślają momenty w tym, co godne, nam jednak zależy na podkreśleniu miejsca.

---

<sup>65</sup> Zob. Arystoteles, *Etyka Nikomachejska*, przeł. D. Gromska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, Ks. VIII 1155 b, s. 239 — „(...) życzliwość wzajemna jest przyjaźnią”. Dla Arystotelesa, przyjaźń także jest trwałą dyspozycją.

<sup>66</sup> Podobną intuicję wyrażał Henryk Elzenberg, proponując pojęcie wartości perfekcyjnej — H. Elzenberg, *Wartość i powinność*, [w:] *O wartościach, normach i problemach moralnych. Wybór tekstów dla nauczycieli i uczniów szkół średnich*, oprac. M. Środa, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994, s. 206-207. Jak zauważa, godność nie pełni funkcji terminu technicznego.

Model teoretyczny nie zapewnia człowiekowi wysokiego miejsca w porządku świata, ponieważ zapewnieniem jest dopiero świadectwo. Bez świadectwa zapewnienie nie jest prawomocne, co dostrzegamy, gdy weźmiemy pod uwagę kontekst wielu śmierci, które umierającym osobom wydawały się małe i nieznaczące. W modelu możemy rozważać predyspozycje do wielkich czynów, do zajmowania wysokich miejsc, sprawowania zaszczytnych funkcji oraz przejawiania wyjątkowych, budzących podziw i szacunek cech. I taki model jest potrzebny w trakcie analiz. Jednak to do sfery praktyki i konkretnych postaw należy weryfikacja tych rozważań. W obrębie etyki lub bioetyki nie stworzymy wystarczającego modelu praktyk moralnych. Liczba modeli musiałaby odpowiadać liczbie неповtarzalnych, jednorazowych, słuszych aktów moralnych. Stąd osoby praktykujące uzupełniają narrację bioetyki na drodze indywidualnych rozstrzygnięć, czynów moralnie słuszych, chroniących inne osoby. Spojrzenie prawego człowieka na wysokość, na jakiej miałyby znajdować się jego godność, jest spojrzeniem nie na siebie, lecz na innych, choćby znajdowali się najniżej<sup>67</sup>.

Nie podważamy istnienia godności człowieka ani jej źródeł, choć przeglądając karty historii moglibyśmy wskazać, że wielokrotnie popełniano i popełnia się czyny niegodne, podważające znaczenie ludzkiej godności. Niniejsze analizy nie dotyczą godności ujmowanej jako własność, przysługującej każdej osobie, każdemu człowiekowi niezależnie od jego kondycji moralnej, natury czy stanu zdrowia. Ponieważ interesuje nas wspomniana kondycja, analizy muszą dotyczyć godności ujawnionej przez jej ruch — oddania miejsca, osłaniania, słuchania. Oraz, odpowiadania.

### **W pytaniu o godność**

Osadźmy pojęcie godności w kontekście prac innych filozofów, pomocnych i inspirujących w naszych rozważaniach. Skoncentrujmy się na kilku wybranych koncepcjach ze względu na naukową wrażliwość ich autorów. Pośród wielu pytań o kondycję ludzką, naszą uwagę przykuwa pytanie o etyczną postawę i afirmacja dzielności — wytrwania w pytaniu i stojącej za nim trosce — bez których badania filozoficzne nad godnością wydają się niepełne. Dlaczego to filozofia ma opowiadać o godności? Ponieważ nauka, czy to medyczna, prawna, czy inna, zaproponuje metodologię, model — i nie będą wystarczające. Model nie może być uproszczony, musi odpowiadać na to, czemu ma służyć. W filozofii, świadomi naturalnych ograniczeń każdej z nauk, również dysponujemy metodami, modelami, niemniej tworzymy narzędzia dostępne dla każdego, kto będzie ich potrzebował, dostarczając

---

<sup>67</sup> Co chroni przed spoglądaniem na nich z góry.

uzasadnień każdej nauce, bez ograniczania jej własnego języka. Stąd teoria w badaniach filozoficznych zakłada konkretne miejsce, z którego pytamy. A pytamy jako osoby podległe tym samym zjawiskom, jak czas i śmierć. Język godności jest językiem każdej osoby. Jeżeli oczekujemy od godności odpowiedzi na utratę, to utratę czego lub kogo mamy na myśli, aby to godność określała właściwą postawę? Gdy coś tracimy i utrata jest nieunikniona, stajemy w chwili, gdy to, co tracone, jest albo mało istotne, albo esencjonalne. Godność nie pozwala martwić się z powodu drobiazgu, natomiast w obliczu wielkiej utraty nie pozwala na zagubienie tego, co nadal pozostaje w naszej mocy. Jednak utrata życia nie pozostawia wielu możliwości, ani dla umierającej osoby, ani dla świadka jej umierania. Poszukujemy klucza, jak wyzyskać momenty dla dyspozycji, gdy opalizuje w geście godnym, ludzkim, wobec tego, co nieuchronne.

Szukając wskazówek dotyczących interpretowania godności, miejmy w pamięci kontekst poruszanej przez nas problematyki bioetycznej. Pacjenta paliatywnego oraz terminalnego, jeśli przyszedł jego czas, nie uchronimy przed nadejściem śmierci. Nie umrzemy za niego, nie przeżyjemy jego śmierci — dla niego, ledwie złagodzimy umieranie, o ile nie traktując śmierci jako procesu, nie opuścimy *odchodzącego* przedwcześnie lub nie przeoczmy jego przejścia w nieobecność. A przed tym problemem stajemy — nieobecnej godności. Czy chodzi tu o wartość, czy o dyspozycję? Troska o pacjenta ma na celu dostrzec właściwy moment dla podjęcia śmierci, który, tak czy inaczej, nadchodzi. Ma również na celu uobecnić dla *odchodzącego* to, czego sam nie jest w mocy uobecnić, prócz prośby, wymogu opieki. Nieobecni, doprowadzamy do nieobecności wartości dla pacjenta. Gdy jesteśmy obecni, pomagamy uobecnić dla pacjenta wartości, w tym godną śmierć, o jaką *odchodzący* proszą. Brzmi to trywialnie, jednakże dla lekarzy, personelu medycznego, opiekunów, bliskich, opieka nazbyt często sprowadza się do podstawowych czynności podtrzymujących funkcje życiowe. Nie tym jest opieka, nawet w swej najskromniejszej odsłonie opieki zdrowotnej. To, że pacjent żyje, nie potwierdza naszych kompetencji, tych samych, które błędnie nazywamy kompetencjami „miękkimi”. Umiejętność nawiązania kontaktu, rozmowy, porozumienia, wrażliwość na potrzeby, uważność na stan drugiego, umiejętność przekonywania, że stan pacjenta nie czyni go nieważnym, niegodnym — bycie obecnym dla *odchodzącego* przejawia się na różne sposoby, zależnie od naszych predyspozycji. Inne predyspozycje charakteryzują lekarza, inne pielęgniarza, opiekuna, bioetyka. Podejmując się opieki, podejmujemy się zadania trudnego i trudność ta mieści się w innej kategorii niż, na przykład, zabieg chirurgiczny czy diagnostyka onkologiczna. W stanie terminalnym pacjent wie, że umrze, choć świadomość ta ma swoje etapy i bywa ograniczana, nie tylko za sprawą

sedacji. Pacjent nie wie natomiast, czy umierając — doświadczy obecności drugiego człowieka. Nasze istnienie nie jest jeszcze gwarancją naszej obecności. „Najbardziej chyba przeraża nas myśl, że przy wejściu zawsze ktoś czuwa, a przy wyjściu nikt nas nie strzeże”<sup>68</sup>. W pełnieniu swej służby, filozof powinien pytać o to, jak i kogo należy strzec, osłaniać; pytania niesione przez godność mają ustrzec *odchodzącego*, obecnych przy nim oraz samego filozofa — przed tym, co niegodne, aby nie stracili czegoś, co udaremni dalsze ich wysiłki.

Pozostaje nam wytrwać w utracie przy *odchodzącym*, chroniąc go, by nie utracił on czegoś jeszcze. Utrata zdrowia i życia jest wystarczająca. Ochrona ma znaczenie podwójne, ponieważ decyduje o kondycji, dzielności tych, których *odchodzący* zostawia za sobą. Nie ochronimy *odchodzącego* przed jego śmiercią. Ochrona dotyczy czegoś innego, co w doświadczeniu bliskości śmierci pomoże pacjentowi przyjąć ją na tyle, aby się nie poddać, jednocześnie nazwać śmierć — własną. Wymieniana w tym rozdziale dzielność ma wiele odsłon. Tak jak obojętność wobec śmierci nie świadczy o dzielności, bywa, że uporczywość w walce o życie dzielności przeczy. Lecz to z obojętnością lub uporczywością spotykają się pacjenci paliatywni i terminalni; za obojętnością może stać żal wobec życia, za uporczywością — lęk przed śmiercią. Apatia była stanem aprobowanym przez stoików. Wytrwałość jest niekiedy nazywana uporczywością. O wszystkim zdaje się rozstrzygać czas, jego trwanie i w nim, nasze, chwilowe. Nie stwierdzamy niczego wyjątkowego; żal, smutek, gniew, osamotnienie, lęk są oczywistymi, naturalnymi emocjami, uczuciami oraz doświadczeniami w obliczu śmierci, zarówno dla pacjentów, jak i dla świadków ich umierania. W trakcie pracy zawodowej lekarz może zetknąć się ze śmiercią wielu pacjentów, co ukształtuje jego postawę wobec nich. Pacjent nie musi być świadom naturalności śmierci, nie w takiej skali. Wtedy, ostatecznie, śmierć wydarzy się dla niego raz. W swoich badaniach filozof nie jest po stronie lekarza czy pacjenta. Tym samym, filozof nie opowiada się po stronie życia czy śmierci, bo zarówno jedno i drugie jest naturalne, a dopiero w określonych okolicznościach, w naszym odbiorze — dobre lub złe, słuszne lub niewłaściwe, godne lub niegodne. Pogląd nie jest niczym stałym, natomiast życie i śmierć tkwią w nas niewzruszenie. Filozof powinien pokazać to wszystko; pytania o życie, śmierć oraz moment, gdy stają się ważne z innego powodu niż istnienie. Rodzimy się i umieramy, lecz tylko w jednym przypadku istnienie jest naszą zasługą — gdy istnienie podtrzymane jest przez bycie, warte nazwania godnym życiem. Warunków godnego życia i godnej śmierci nie musi być wiele, większość z nich zależy od nas. Dla *odchodzącego* warunek godnej śmierci spełnić może

---

<sup>68</sup> Marek Aureliusz, *Rozmyślenia*, przeł. M. Reiter, Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997 — z posłowie G. Żurka, s. 210.

obecność drugiego. Należy sobie zdać sprawę, że jest to niekiedy jedyny warunek stawiany przed *odchodzącym*. Nie na wszystkich etapach, gdy jest on bliski śmierci, musi ten warunek podtrzymywać. Jednakże pewne doświadczenia mają znaczenie tylko wtedy, gdy dzielimy je z innymi. Do takich doświadczeń należy troska, danie słowa czy pożegnanie. Nie będziemy tego wiedzieć, jeśli nie pozwolimy *odchodzącemu* wyrazić swoich potrzeb, po raz ostatni.

Niech tych kilka wstępnych uwag wskaże kierunek w prezentowaniu filozoficznych koncepcji godności. Ponieważ chcemy zbliżyć się do określonej postawy moralnej, zacznijmy, zgodnie z chronologią, od godności mędrca, czyli postawy doskonałej przez samego człowieka, pomijając godności nadawane, służące w znacznej mierze jedynie jako tytuł lub dobre imię<sup>69</sup> — te mogą ulec utracie.

### Godność mędrca

Jak dotychczas ujmowano pojęcie godności? Historia filozofii starożytnej podaje wiele przykładów godności mędrca<sup>70</sup>; nie bez powodu mędrce nazywamy Sokratesa czy stoików takich, jak Zenon z Kitii i Chryzyp z Soloi. W godności mędrca, choć nie jest to zwrot używany codziennie, znajdujemy istotny zaczątek postawy refleksyjnej. Dla stoików dążenie do mądrości wymagało „zdeteterminowanej etycznie postawy poznawczej”<sup>71</sup>. Dążenie to zyskało miano filozofii, a wspomagać je miały ćwiczenia, słusznie nazywane przez późniejszych badaczy — duchowymi. Nie będziemy rekonstruować całego obrazu stoickiego kosmosu oraz doktryny opartej na logice, fizyce i etyce. Skupimy się raczej na zdeteterminowaniu etycznym, wpływającym na to, jaki stoiccy mędrce mieli stosunek do życia i śmierci, powołując się głównie na Zenona, pierwszego ze stoików oraz na Marka Aureliusza, cesarza-filozofa reprezentującego Stoę Rzymską. Etyczność wysokiej próby miała ujawnić się w postawie stoika poprzez konsekwentne doskonalenie cnoty, duchową dyscyplinę, zgodność poznawania i postępowania z naturalnym porządkiem, wyznaczanym przez *λόγος*. Terminowanie u stoickiego nauczyciela wymagało znajomości dialektyki oraz bliskich jej doskonałości: rozwagi, ostrożności, niezachwianej pewności rozumu; „bez znajomości dialektyki mędrzec nie byłby mocny w rozumowaniu, bo bez pomocy dialektyki niepodobna odróżnić prawdy od błędu ani tego, co wiarygodne, ani tego, co dwuznaczne; bez

---

<sup>69</sup> Zob. M. Środa, *Idea godności w kulturze i etyce*, s. 17, 43, 50, 71. Autorka proponuje na wymienionych stronach cztery pojęcia godności, tj. kolejno godność arystokraty, obywatela, mędrca i człowieka. Za istotną wskazówkę dla naszych rozważań uznajmy godność mędrca, jednak rozwinie ją samodzielnie.

<sup>70</sup> Doskonałego mędrca wyróżniamy za pomocą subtelnej różnicy w pisowni, aby podkreślić to miano — Mędrzec.

<sup>71</sup> J. Gajda-Krynica, *Gdy rozpadły się ściany świata. Teorie wartości w filozofii hellenistycznej*, Acta Universitatis Wratislaviensis — Filozofia XXIV, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1995, s. 61.

niej nie moglibyśmy stawiać rzeczowo pytań ani dawać rzeczowych odpowiedzi<sup>72</sup>, jak podaje Diogenes Laertios. Rzeczowe pytania zadajemy zwłaszcza wtedy, gdy trudno jest udzielić odpowiedzi. Począwszy od miejsca, Malowanego Portyku, które chciał Zenon uczynić „znowu miłym ludności, bo za rządów Trzydziestu Tyranów uśmiercono tam około tysiąca czterystu obywateli”<sup>73</sup>, stał za naukami stoików stosunek do śmierci — nie był to ani lęk, ani ignorancja. Znajdujemy się między apatią a wytrwałością. Śmierć, choć żaden ze stoików nie zbliżał się do niej celowo i przedwcześnie, nie była marginalizowana, usuwana w cień. Mędracy bez żalu rozstawali się z życiem. Gdy starość osłabia ciało, słabość ta nie musi dotyczyć dzielności, której obecność pokrzepia ducha. „Na pytanie, dlaczego tak podziwiał Zenona, Antigonos odpowiedział: »Dlatego, iż mimo wielkich darów, jakie mu ofiarowywałem, nigdy nie wzbił się w dumę ani nie był uniżony«”<sup>74</sup>. Odnieśmy to zdanie do myśli Arystotelesa, nie oddalając się zbytnio od poruszanego przez nas tematu:

„Godność jest stanem umiaru pomiędzy pychą a służalczością. Bo kto, pełen pogardy, w życiu w ogóle nie zwraca uwagi na drugiego człowieka, ten jest pyszałkiem, a kto we wszystkim zabiega, by dogodzić innym, i płaszczy się przed nimi, ten jest służalcem; kto natomiast w pewnych przypadkach postępuje tak, a w innych nie tak, i stosuje się tak do ludzi, którzy na to zasługują, ten posiada godność”<sup>75</sup>.

Podobieństwo tych uwag nie jest przypadkowe, interesująca nas godność wiąże się i z umiarem w postępowaniu, i z miarą wyznaczaną przez czas. Doznaniu ludzkiej duszy, wyobrażeniu kataleptycznemu, czyli zgodnemu z istniejącym przedmiotem poznania,

---

<sup>72</sup> Diogenes Laertios, *Żywoty i poglądy słynnych filozofów*, przeł. I. Krońska, K. Leśniak, W. Olszewski, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1984, s. 391 — Ks. VII 1, 46-47. Dalej czytamy: „Toteż bez dialektyki nawet mędrzec nie może się okazać ani dzielnym, ani ciętym, ani byстрыm w rozumowaniu, ponieważ rzeczą mędrca jest dobrze rozprawiać i argumentować w przedłożonych zagadnieniach (...)”.

<sup>73</sup> *Ibidem*, Ks. VII 1, 5, s. 371-372.

<sup>74</sup> *Ibidem*, Ks. VII 1, 15, s. 376. Zachowano oryginalne, odmienne użycie znaków „» «” we wszystkich cytatach w rozprawie.

<sup>75</sup> Arystoteles, *Etyka wielka. Etyka eudemejska*, przeł. W. Wróblewski, Biblioteka Klasyków Filozofii, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1977 — *Etyka Eudemejska*, Ks. III 7, 1233 b, s. 213. W tym miejscu, u Arystotelesa, godność widnieje jako *σεμνότης*. Zob. *Słownik grecko-polski*, s. 862 — *σεμνότης*, „1. godność, uroczystość, świętość, powaga 2. powściągliwość, nieśmiałość”. W swojej „tablicy cnót i poboków występnych” Sebastian Petrycy z Pilzna wymienia godność jako jedną z trzynastu cnót i sytuuje ją między dumą, nadętością a podłomyślnością, niebaniem o swój honor — Sebastian Petrycy z Pilzna, *Pisma wybrane*, t. I: *Przydatki do Etyki Arystotelesowej*, oprac. W. Wąsik, Biblioteka Klasyków Filozofii — Pisarze Polscy, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1956, s. 586. Zauważmy jeszcze, że godność nie zawsze pojawia się w klasyfikacji cnót. Jest raczej tym, co każdej cnocie towarzyszy. „Tak więc się dzieje, że nie z godności na cnoty, ale z cnót na godności sływa zaszczyt” — Boecjusz, *O pocieszeniu jakie daje filozofia*, przeł. W. Olszewski, Biblioteka Klasyków Filozofii, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1962, Ks. II, 6, s. 41.

towarzyszył „umysłowy akt aprobaty”<sup>76</sup>. Aprobata ta wymaga więcej niż doznania, angażuje więc rozum i wolę człowieka, co jest istotne przy formułowaniu słusznych sądów, opartych na zgodności wyobrażenia oraz natury rzeczy. „Zenon przewyższał rzeczywiście wszystkich wyglądem i godnością (...)”<sup>77</sup>; mędrzec posiadający cnotę oraz wiedzę o wszechrzeczy, zachowujący dystans, nie zawierał wyobrażeniom akataleptycznym, był skromny, niewzruszony, przewyższał innych w rozpoznaniu dobra i zła<sup>78</sup>. Zdaniem niektórych stoików, ponieważ nie wszyscy byli w tej kwestii zgodni lub poświęcali jej namysł, zjawiskami moralnie obojętnymi były m.in. zdrowie, życie i śmierć<sup>79</sup>. Godną wyboru jest natomiast cnota, jak twierdził Kleantes i pozostali stoicy<sup>80</sup>. Do najważniejszych doskonałości stoicy zaliczali „przezorność, dzielność, sprawiedliwość, umiarkowanie, a jako ich odmiany; wielkoduszość, opanowanie, wytrwałość, bystrość umysłu, roztropność”<sup>81</sup>. Co do podziału tych cnót — zdania były podzielone, niemniej wszyscy stoicy uznawali je za godne wyboru, ponieważ zawsze można wybrać niewłaściwie, a zdolność wolnego wyboru, rozumowania, świadczyła o człowieku, jednocześnie utwierdzała w pozytywnej ocenie jego filozoficznego potencjału. Wyjaśniano, że cnoty są dobrami dla duszy, wyróżniano dyspozycje (*διάθεσεις*), czyli same cnoty, sprawności (*εἵξεις*), czyli cnót praktykowanie oraz inne, na przykład działania. Z nich wszystkich, tylko cnota jest trwała<sup>82</sup>. Nauczano, że dusza składa się z ośmiu części: pięciu zmysłów, zdolności do mówienia, zdolności do myślenia i zdolności rozrodczej<sup>83</sup>. Podobnie jak ciało, dusza ulega chorobom, za przykład posłużyć mogą wszelkie pragnienia, powodowane niskimi pobudkami. Jako przeciwieństwo pożądania podawano wolę i z niej wyprowadzano „życzliwość, łaskawość, serdeczność, miłość”<sup>84</sup>. Wola była przedstawiana jako zadowolenie, prócz niej wymieniano jeszcze radość i przezorność. Przezorność przyczyniała się do skromności, natomiast radość — do wesołości, pogody ducha, ochoczości. Posiadanie tych cech wynikało nie tylko z doskonalenia cnót, do których można

<sup>76</sup> J. Gajda-Krynica, *Gdy rozpadły się ściany świata. Teorie wartości w filozofii hellenistycznej*, s. 77. Autorka wspomina o logosie wewnętrznym, dzięki któremu człowiek „nie popada we władzę mniemań ani nie uznaje aprobaty słabej i omylnej”.

<sup>77</sup> Diogenes Laertios, *Żywoty i poglądy słynnych filozofów*, Ks. VII 1, 28, s. 382.

<sup>78</sup> A. Wierzbę, *Czy można usprawiedliwić samobójstwo? Próba interpretacji (wobec) perspektywy Marka Aureliusza*, [w:] „Spory o wartości II. Światy alternatywne”, red. Ł. Rozwadowski, M. Stabrowski, Acta Universitatis Wratislaviensis No 4088, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2022, s. 252. Przy okazji przypomnijmy, że wrażenia kataleptyczne stanowią kryterium rzeczy, natomiast akataleptyczne są niejasne i niewyraźne, w wyniku zaburzeń różnego rodzaju — zmieszane z błędnym sądem o przedmiocie. Zob. Diogenes Laertios, *Żywoty i poglądy słynnych filozofów*, Ks. VII 1, 46, s. 390. Zob. również J. Gajda-Krynica, *Gdy rozpadły się ściany świata. Teorie wartości w filozofii hellenistycznej*, s. 76-77.

<sup>79</sup> Diogenes Laertios, *Żywoty i poglądy słynnych filozofów*, Ks. VII 1, 101-102, s. 416.

<sup>80</sup> *Ibidem*, Ks. VII 1, 89, s. 410.

<sup>81</sup> *Ibidem*, Ks. VII 1, 92, s. 411-412.

<sup>82</sup> *Ibidem*, Ks. VII 1, 97-98, s. 414.

<sup>83</sup> *Ibidem*, Ks. VII 1, 110, s. 419-420.

<sup>84</sup> *Ibidem*, Ks. VII 1, 116, s. 422.

mieć predyspozycje i które nabywamy za sprawą woli oraz działań, ale wynikało również z wiedzy, poznania. Stąd zasadne było twierdzenie, że mędrzec nie jest w stanie zaszkodzić sobie i innym, ponieważ nie rozumuje błędnie. Zenon odszedł bez poczucia żalu i krzywdy;

„Umarł zaś w ten sposób, że wychodząc ze szkoły upadł i złamał palec. Zapukał więc w ziemię ręką i powiedział słowami Niobe:

Idę! Po co mnie wołasz?

i umarł natychmiast przez uduszenie”<sup>85</sup>.

Powiadają, że podobnie umarł Chryzyp, jednak powodem uduszenia miał być śmiech<sup>86</sup>.

W *Rozmyślaniach* Marka Aureliusza znajdujemy istotne uwagi na temat śmierci, co podkreśla rolę stoickich nauk i ich rozwój na przestrzeni wieków, choćby w samym przejściu od Stoi Starej, do Rzymskiej. Czym jest śmierć?; „[O śmierci]: albo rozproszeniem, jeżeli atomy; jeżeli zaś jedność, to albo zgaśnięciem, albo przeprowadzką”<sup>87</sup>. Pojmowana jako naturalne zjawisko, nie wzbudzała obaw. W drodze do mądrości, zarazem godności mędrca, możemy zapytać Aureliusza „jak nie bać się utraty?”<sup>88</sup>, aby w odpowiedzi przeczytać „Brac skromnie, wyzbywać się lekko”<sup>89</sup>. Nawet cierpienie towarzyszące umieraniu nie mogło wzbudzić niepokoju stoika, który, podobnie jak Epikur, wskazywał na tymczasowość wszelkich zjawisk; „[O bólu]: Nieznośny przemija, przewlekły — znośny. Myślenie strzeże własnej pogody, odsuwając go, a moc kierownicza nie staje się gorsza. Części ciała, którym zaszkodził ból, jeśli potrafią, niechże o nim głoszą!”<sup>90</sup>. Jak wiemy, dla Aureliusza najistotniejsza była służba — bo jak inaczej nazwać rolę władcy — nieustannie pouczał samego siebie o roli obowiązku. Jeżeli cnota pojmowana była jako coś trwałego, jeśli nie najtrwalszego, co osiągnąć może człowiek, to śmierć jego temu nie przeczyła. Cnota, prócz doskonałości, była przygotowaniem do tego, co nieuchronne.

„Gdyby któryś z bogów powiedział ci, że jutro już będziesz martwy, a w każdym razie pojutrze, nie robiłbyś wielkiej wrzawy, że pojutrze to lepiej niż jutro. (No chyba, że jesteś *ostatecznym* tchórzem). Ileż bowiem zawiera się pomiędzy jutro i pojutrze? Tak samo nie uznawaj, że nawet całe lata później to wielka różnica w porównaniu z jutrem”<sup>91</sup>.

---

<sup>85</sup> *Ibidem*, Ks. VII 1, 28-29, s. 383.

<sup>86</sup> *Ibidem*, Ks. VII 7, 185, s. 458.

<sup>87</sup> Marek Aureliusz, *Rozmyślania (do siebie samego)*, przeł. K. Łapiński, Warszawa 2011, 7.32, s. 116.

<sup>88</sup> *Ibidem*, 9.41, s. 155.

<sup>89</sup> *Ibidem*, 8.33, s. 134.

<sup>90</sup> *Ibidem*, 7.33, s. 116. Tłumacz, prócz woli, używa pojęcia mocy kierowniczej.

<sup>91</sup> *Ibidem*, 4.47, s. 75.

Śmierć, fenomen pozbawiony naszych preferencji i interpretacji, nie niesie ze sobą niczego, co mogłoby unicestwić świat. Dopiero myślenie o śmierci kształtuje postawę wobec umierania, zmarłych oraz samej śmierci, nieustannie towarzyszącej życiu. Nie jest tak, że istnieje tylko koniec. Stoik, nie bez wysiłku przecież, utrzymuje się na wzniesieniu, którym nie jest ani życie, ani śmierć, tylko cnota. Stoickie doskonalenie, z wytrwałością zdobywane jest ruchem zarówno osuwania się z tego wzniesienia, jak i mozolnego niekiedy wdrapywania, noga za nogą, kamień po kamieniu. Syzyf toczył swój kamień z własnego powodu, o tyle stoik zmierzający do cnoty, przemierza siebie, o sobie myśląc jak najmniej. Aureliusz, choć na mocy racji godności cesarza mógł wiele oczekiwać od innych, świadom był, ile powinien oczekiwać od siebie; „(...) motto Marka brzmiało: *aequanimitas*. Wyrażenie to sugeruje równowagę, spokój ducha pośród przeciwności, opanowanie; dosłownie: równowagę ducha, czy trzymanie duszy — a więc i świata — na wodzy”<sup>92</sup>. Z *Rozmyślań*, które nie były przeznaczone do publikacji, podobnie jak korespondencja z nauczycielem Frontonem<sup>93</sup>, wiele dowiadujemy się o tym, co Aureliusz uznawał za godne, nie tylko dla filozofa, ale i dla człowieka.

Gdy oddajemy miejsce innemu, doskonalenia cnoty nie sprowadzamy do kwestii jej posiadania. Nie pomijamy cnoty, lecz nie o nią pytamy. Wytrwanie w cnotie jest wznoszeniem się w obecności innego, przyjęciem jej i odpowiedzią na nią. Godność jest wytrwaniem w opadaniu, gdy inny odchodzi. Oddając miejsce innemu, o sobie myślimy jak najmniej. Dlatego dla dyspozycji nie jest obojętny ruch charakteryzujący przyjmowanie i tracenie — w oddaniu nie uznając cnoty za centralny punkt. Cnota jest doskonałością moralną, natomiast przy analizie dyspozycji odrzucamy roszczenie do własnej doskonałości czy doskonałości innego. Roszczenia nie sposób utrzymać, ponieważ nie ma doskonałych kondycji moralnych i niezawodnych metod ich oceny<sup>94</sup>. Odnosimy dyspozycję do innej przestrzeni, ponieważ ma rys intersubiektywny; bez innego moja dyspozycja jest bez znaczenia, a trud wznoszenia się dzięki cnotie — daremny.

---

<sup>92</sup> J. Brodski, *W holdzie Markowi Aureliuszowi*, [w:] J. Brodski, *Pochwała nudy*, przeł. A. Kołyszko, M. Kłobukowski, oprac. S. Barańczak, Wydawnictwo Znak, Kraków 2016, s. 209.

<sup>93</sup> M. P.J. Van den Hout, *A commentary on the letters of M. Cornelius Fronto*, Mnemosyne: Bibliotheca Classica Batava, Brill, Leiden 1999, s. x.

<sup>94</sup> Co nie znaczy, że mamy porzucić badania nad doskonałością i nie dążyć do niej.

## Godność człowieka

„Zarówno moralność jak i godność zaczynają się tam, gdzie rozum osiąga kontrolę nad namiętnościami i pozbywa się swej ignorancji”<sup>95</sup>. Podkreślmy, że kontrola jest wynikiem rozumienia, analizy pragnień, dążeń, potrzeb, oddzielenia stanów od sądów. W filozofii pojęcie godności przez długi czas pojawiało się w dwóch, silnych tradycjach, tj. tradycji chrześcijańskiej oraz renesansowej (humanistycznej)<sup>96</sup>. Obie, stawiając kwestię, czym jest ludzka godność, czyniły to w odmienny sposób. Dla niniejszych rozważań istotny jest nie spór między nimi, lecz to, że obie tradycje opowiadały i opowiadają o czymś dla nas aktualnym. Myślenie o człowieku, samo będąc humanistycznym, opowiada o jego naukach, więc humanistycie i jej dalszych krewnych, niezależnie od miejsca, jakie człowiek miałby w danej narracji zająć. Poleganie na autorytecie ludzkim i boskim uwidacznia dawny kłopot, jeśli nie rozwiązanie: potrzebę odnoszenia się do autorytetu oraz znalezienia własnego usytuowania wobec stanowionego przez niego porządku. Problematyka godności człowieka już zawiera kwestię, jak myśleć o człowieku, aby o godności jego opowiedzieć, a nie zatrzeć jej najmniejszy przejaw.

Do najbardziej znanych chrześcijańskich pism poruszających kwestię godności człowieka należy Pismo Święte, do którego to fragmentów odnoszą się badacze przywołując choćby stworzenie człowieka przedstawione w Księdze Rodzaju. Prócz Pisma Świętego, znane są też rozważania o naturze i godności ludzkiej Innocentego III (Lotar Segni) *De Miseria Conditionis Humane*<sup>97</sup>, pisane w duchu podniosłym, lecz pesymistycznym. Natomiast *Metalogikon* Jana z Salisbury<sup>98</sup>, utrzymany w duchu naukowym, jest doskonałym przykładem pośredniego stanowiska między tymi dwiema tradycjami, szukając dla nich wspólnych słów. Dotyczą podobnych pytań; zmagania z własną naturą, aby ją odsłonić, opisać, mimo wielu niedoskonałości uczynić lepszą od tej, jaka zwykle się jawi w porównaniu z doskonalszą, wieczną i łaskawą. Podobne wrażenie środkowego głosu można odnieść podczas lektury Hannibala Rosseliego;

„Tezę »człowiek może stać się wszystkim« sprowadza ostatecznie Rosseli do dwóch zasadniczych możliwości; człowiek może stać się zwierzęciem lub istotą boską. Ukształtowanie przez człowieka swej natury na podobieństwo natury zwierzęcej, poprzez wykonywanie czynności

---

<sup>95</sup> M. Środa, *Idea godności w kulturze i etyce*, s. 63. Autorka opisuje starożytne rozumienie *sofrosyne*.

<sup>96</sup> Zob. *ibidem*, s. 71.

<sup>97</sup> Zob. Innocenty III, *De contemptu mundi sive de miseria conditionis humanae libri tres / O wzgardzeniu światem albo o nędzy ludzkiego losu, w trzech księgach*, przeł. M. Karas, [w:] *Homo viator: teksty i studia nad antropologią filozoficzną w średniowieczu*, Księgarnia Akademicka, Kraków 2009, s. 17-71.

<sup>98</sup> Zob. John of Salisbury, *The Metalogicon. A Twelfth-Century Defense of the Verbal and Logical Arts of the Trivium*, przeł. D.D. McGarry, Peter Smith, Gloucester 1971, s. 234, 260, 272.

charakterystycznych dla tego szczebla w hierarchii bytów, jest degeneracja, człowieczeństwa człowieka; upodobnienie się do Boga oznacza natomiast realizację ideału człowieczeństwa”<sup>99</sup>.

Jednakże, jak bliski Boga może być człowiek, gdy jest daleki — sobie? Człowiek miał być podobny do Boga, w istocie *imago Dei* zachowując godność człowieka, osoby, lecz nie jako *mikros kosmos*<sup>100</sup>, zbyt małego dla ujęcia boskiej wielkości.

Do renesansowych dzieł o *dignitas hominis* należą m.in. *De dignitate et excellentia hominis* Manetti<sup>101</sup> oraz *Oratio de hominis dignitate* Mirandoli<sup>102</sup>. W dorobku polskich autorów znajdujemy *De nature ac dignitate hominis* pióra Jana ze Trzciany<sup>103</sup> oraz *Mowę o wzniosłości i wspaniałości natury ludzkiej* Mikołaja Dłuskiego<sup>104</sup>;

„Powiedzieć więc trzeba o godności i wspaniałości ludzkiej natury. Wiem, że ten mój zamysł spotkać się może z zarzutami. — Więc po Homerze — mógłby ktoś rzec — piszesz *Iliadę*? Wszak istnieje już mowa Jana Pica hrabiego Mirandoli, męża wprost niezwykłego, w której zagadnienie to wyjaśnione zostało w sposób zbożny, wymowny i wytworny; mowa ta krąży wśród uczonych mężów. — To prawda, lecz cóż z tego? Dwie przyczyny skłoniły mnie do podjęcia tego tematu. Po pierwsze, pragnę przedłożyć studiującej młodzieży swego rodzaju streszczenie i zarys mowy Pica na temat kondycji człowieka, po drugie, wyjawić, czy coś — jak to uważają pewni uczeni i pobożni mężowie — w jego mowie nie zasługuje na naganę”<sup>105</sup>.

Dłuski wyjaśnił „abyście nie zacierali granic — co pewni ludzie czynią — pomiędzy tymi umiejętnościami, które przynależą do wykształcenia humanistycznego, a tymi, które

<sup>99</sup> Zob. J. Czerkawski, *Renesansowe koncepcje godności człowieka*, [w:] „Roczniki Filozoficzne”, 1987, 35, 1, s. 273. Autor odwołuje się do następujących pism Rosseliego — *Pymander Mercurii Trismegisti cum commento F. Hannibalis Rosseli Calabri*, t. I, Cracoviae 1585; t. III, 1586; t. IV, 1584; t. V, 1586; t. VI *Asclepius Mercurii Trismegisti cum commento...*, Cracoviae 1590.

<sup>100</sup> J. Guerro van den Meijden, *Człowiek jako mały świat: Grzegorz z Nyssy, Filon z Aleksandrii, Nemezjusz z Emezy, Edyta Stein. Czy mikrokosmiczność uchybia godności człowieka?*, [w:] Edyta Stein. *Godność człowieka*, red. J. Machnac, Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu, Wrocław 2016, s. 13.

<sup>101</sup> Zob. Giannozzo Manetti, *De dignitate et excellentia hominis* — z niedawnych wydań: *Untersuchungen zu Giannozzo Manetti, De dignitate et excellentia hominis. Ein Renaissance-Humanist und sein Menschenbild*, t. 55, oprac. O. Glaap, De Gruyter, 1994 oraz krótki fragment tegoż dzieła *Godność człowieka i wspaniałość dzieł ludzkich*, [w:] *Filozofia włoskiego odrodzenia. Wybrane teksty z historii filozofii*, oprac. A. Nowicki, Polskie Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1967, s. 109-110.

<sup>102</sup> Zob. Giovanni Pico della Mirandola, *Oratio de hominis dignitate* /*Mowa o godności człowieka*, przeł. Z. Nerczuk, M. Olszewski, „Klasyka Filozofii”, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2010.

<sup>103</sup> Zob. wydanie z 1554 roku *De nature ac dignitate hominis* Jana z Trzciany (Joannes Arundinensis) — [https://polona.pl/search/?query=Jan\\_z\\_Trzciany&filters=public:1](https://polona.pl/search/?query=Jan_z_Trzciany&filters=public:1) (dostęp: 24.10.2022). O Janie z Trzciany pisze J. Czerkawski, *Renesansowe koncepcje godności człowieka*, s. 252-263.

<sup>104</sup> Zob. M. Dłuski, *Mowa o wzniosłości i wspaniałości natury ludzkiej*, przeł. Z. Brzostowska, [w:] *700 Lat Myśli Polskiej. Filozofia i myśl społeczna XVI wieku*, oprac. L. Szczucki, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1978, s. 434-443.

<sup>105</sup> *Ibidem*, s. 43.

przynależą do pobożności”<sup>106</sup>, polecając i filozofię, i nauki Pisma Świętego. Podobnie uważał Jan ze Trzciany, pisząc o roli uczynków ducha; „wiara, nadzieja, miłość, umiarkowanie, opanowanie, powściągliwość, czystość, przezorność, sprawiedliwość i męstwo oraz inne cnoty”<sup>107</sup> — to nimi kierują się osoby wiedzione przez św. Ducha. Autor wyróżnił człowieka na tle zwierząt, wymieniając godność wynikającą z posiadania twarzy, posiadania zmysłów oraz wiążąc godność z ludzką inwencją (umysłem) i czynem, podejmowanym na podstawie wynalazczej dyspozycji umysłu<sup>108</sup>. Sam Mirandola pisał tak o człowieku, gdy ten zostanie dotknięty przez chorobę i upadek:

„(...) przyzwijmy Rafała niebieskiego lekarza, który wyzwoli nas, jakby zbawiennym lekarstwem, filozofią moralną i dialektyką. Gdy powrócimy do zdrowia, zamieszka w nas Gabriel, moc Boża, który prowadząc nas przez cuda natury i pokazując nam wszędzie cnotę i władzę Boga, przekaże nas w końcu Michałowi, najwyższemu kapłanowi, który wyróżni zasłużonych w służbie filozofii kapłaństwem teologii niczym koroną z drogich kamieni”<sup>109</sup>.

Filozofia, czy tego chciała, czy nie, uczestniczyła w dyskusji nad godnością. Wielu by się zgodziło, że chodziło również o wagę słowa, jakie niesie ze sobą filozofia lub jakie nieść powinna. „Zbyt mało osiągnięto dotychczas w filozofii, by już wiedzieć z góry, jak ją uprawiać — oto mniej lub bardziej dobitnie artykułowane przesłanie renesansowego humanizmu”<sup>110</sup>. Jednakże w badaniach nad godnością to nie na polu stylu i siły argumentów miał się dokonać kolejny etap interpretacji i rozstrzygnięć. Styl istnienia utracił swoją szlachetną patynę, a styl badań, zanim nazwiemy go różnorodnym, stawał się niejednoznaczny pod względem filozoficznym. Na przestrzeni wieków zaczęto się liczyć z tym, gdy patrzymy z własnej perspektywy i własnego „dziś”, że wchodzimy w dialog. Również w filozofii. Analizy zaczęły być coraz bardziej szczegółowe. Ogromny wpływ na myślenie o moralności miały rozważania Kanta;

„Dlatego też etyka nie jest właściwie nauką [o tym], jak mamy czynić się szczęśliwymi, lecz [o tym], jak mamy stać się godnymi szczęśliwości. Tylko wtedy, gdy przyłącza się do tego religia, zjawia się

---

<sup>106</sup> *Ibidem*, s. 442-443.

<sup>107</sup> Jan ze Trzciany, *O naturze i godności człowieka*, przeł. Z. Brzostowska, [w:] *700 Lat Myśli Polskiej. Filozofia i myśl społeczna XVI wieku*, oprac. L. Szczucki, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1978, s. 432.

<sup>108</sup> Zob. *ibidem*, s. 427-431.

<sup>109</sup> G. Pico della Mirandola, *Oratio de hominis dignitate / Mowa o godności człowieka*, s. 73.

<sup>110</sup> M. Żarowski, *Istnienie jako styl. Renesansowi mistrzowie o godności bytu ludzkiego*, [w:] „Przegląd Filozoficzno-Literacki”, 2012, 1-2, 33, s. 143.

także nadzieja uczestniczenia kiedyś w szczęśliwości w tej mierze, w jakiej zważaliśmy na to, by nie być jej niegodnymi”<sup>111</sup>.

Jak twierdził, motyw, jaki kieruje ludzkim działaniem, winien być czysty, co pozwoli na kształtowanie charakteru i naukę „odczuwania swej własnej godności (...)”<sup>112</sup>, nadal sytuując człowieka jako duszę — dokonującą wyborów między życiem rozumnym, rozsądnym a życiem zależnym od namiętności. Narracja ta utrzymuje nas na pewnej wysokości, nakłaniając do poszukiwań godności w sobie, w swojej duszy, w dbałości o jej kondycję, lecz w relacji do świata zewnętrznego, co w etyce sprowadzi nas do rozważań o relacji z innym. Stąd późniejsze analizy filozoficzne z konieczności musiały stać się bardziej szczegółowe i bliskie temu, czego doświadczamy. Interpretację godności jako nadanej człowiekowi powagi, wyznaczonej doniosłości, wielokrotnie powtarzano w teoretycznych propozycjach badaczy z wielu dyscyplin.

„Jednakże w każdej odpowiedzi motywowanej przez coś, co jest doniosłe (*Bedeutsames*) samo w sobie, zawarty jest pewien element oddania się, czci oraz pewna uległość (*Unterwerfung*). Współgranie (*Mitschwingen*) z wartością, dostosowywanie się naszego ducha do tego, co ma znaczenie (*Bedeutsamkeit*) obiektywne, zawiera w sobie pewne przeciwieństwo wyniosłości i pożądlivosti, przeciwieństwo wszelkiego rodzaju egoizmu i egocentryzmu (*Ichbezogenheit*)”<sup>113</sup>.

Doniosłość miała, jak się zdaje, uchronić człowieka przed zasadą użyteczności, wywierającą nacisk na interpretacje godności<sup>114</sup>. Czy potrafimy myśleć o *utilitas* i *honestum* podobnie, jak Cyceon — nie pomijając usytuowania godności w jej właściwym miejscu, wśród cnót, wartości, osób? Nie wiemy, czy opór wobec ujednolicenia użyteczności człowieka z jego godnością — nie okaże się daremny. Łatwo się zgodzić, że obywatel lub pracownik powinien mieć na uwadze wartość swojej pracy, roli, zadań. Jednakże ani samo miano człowieka, ani użyteczność w jego otoczeniu nie wyczerpują mocy znaczenia, jakie człowiek utwierdza jedynie poprzez swoje bycie, przeżywanie i troszczenie się. Właściwy motyw przyświecający moralnym czynom jest istotny. W badaniach jest on nie mniej ważny, choć niekiedy ton traktatów o godności nie współgra z czynami w świecie nie tylko przeżyć,

---

<sup>111</sup> I. Kant, *Krytyka praktycznego rozumu*, przeł. J. Gałęcki, Biblioteka Klasyków Filozofii, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 209. Przypomnijmy, że godność u Kanta to *Würde, Würdigkeit*.

<sup>112</sup> *Ibidem*, s. 241.

<sup>113</sup> D. von Hildebrand, *Etyka*, [w:] *Nicolai Hartmann, Dietrich von Hildebrand. Wypisy z „Etyki”*, red. M. Grabowski, Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 1999, s. 120.

<sup>114</sup> Zasadą użyteczności kierują się m.in. stanowiska utilitarystyczne, co nie znaczy, że i metafizycy niekiedy nie odmawiają człowiekowi nazbyt wiele.

lecz i relacji. Ton wydaje się wskazywać na wyobcowanie godności. Czy jej wyobcowanie oddziela badacza od doświadczeń, które opisuje? Przyjęcie perspektywy badacza nie ma na celu odejścia od świata. Analizy, nawet najbardziej szczegółowe, nie obejdują się bez pytań — poszukajmy zatem tych dziękczynnych. Poszukiwanie przenosi nas do czasów współczesnych, mimo stałego kłopotu ich umiejscowienia (lub umiejscowienia siebie względem tego, co minione i przyszłe).

### **Godność pytającego**

Godność jako pojęcie i jako racja stojąca za krytyką ludzkiej kondycji wyparła w znacznej mierze humanistyczny zachwyt nad człowiekiem i jego możliwościami. Możliwości te, wraz z upływem dekad, przyjęto w filozofii ze znamienym dla niej dystansem, powściągliwością, niekiedy pesymizmem, przy czym w naukach panowała i panuje raczej tendencja odwrotna. Wydarzenia historyczne i praktyka jakby próbowały zatrzeć nauki o cnotach oraz dawną relację filozofii i teologii. To wiele mówi o pojęciu godności i o tym, co niesie ze sobą ewentualna utrata własnej aktualności, unieważniając dyskusje nad godnością nadaną oraz oddalając spory o godność wrodzoną. Po wieku XIX i XX nie ma podstaw do przypisywania sobie godności, która nie potwierdza naszego miejsca — w naszych własnych oczach; „szczytowe humanistyczne określenia istoty człowieka nie zawierają jeszcze doświadczenia właściwej człowiekowi godności”<sup>115</sup>. W badaniach nad godnością jej interpretacje nie są obojętne, wpływają na rozumienie celów humanistyki mającej ochronić człowieka przed tym, co pozbawia go doświadczenia godności lub sprawia, że staje się ono odległe. Czy słusznie oczekujemy tego od humanistyki?

„Myślenie zwrócone przeciwko »wartościom« nie twierdzi, że wszystko, co określa się jako »wartość« — »kultura«, »sztuka«, »nauka«, »godność człowieka«, »świat« i »Bóg« — jest bez wartości. Chodzi raczej o to, by w końcu zobaczyć, że właśnie naznaczenie czegoś piętnem »wartości« pozbawia to, co w ten sposób jest wartościowane, wszelkiej godności. Oznacza to: oszacowanie czegoś jako wartości sprawia, że to, co wartościowane, staje się wyłącznie przedmiotem ludzkiej oceny”<sup>116</sup>.

W niniejszej rozprawie, wybierając te najbardziej spójne propozycje, zbliżając nas do interpretacji godności jako odpowiedzi na utratę, chroniącej osoby oraz wartości, będącej

---

<sup>115</sup> M. Heidegger, *List o „humanizmie”*, przeł. J. Tischner, [w:] M. Heidegger, *Budować, mieszkać, myśleć*, oprac. K. Michalski, Wydawnictwo Czytelnik, Warszawa 1977, s. 92.

<sup>116</sup> *Ibidem*, s. 111.

miarą aktów moralnych, miarą z rzeczywistym odniesieniem do czasu, w jakim godność ma o bycie człowieka zapytać i wesprzeć w ujawnieniu się w jego dyspozycji — należałoby poświęcić uwagę pytaniom kształtującym filozoficzne badania nad godnością. Odpowiedź na utratę i na tkwiące w niej pytanie o śmierć — o to, jak odczytywać śmierć inaczej niż negatywnie<sup>117</sup> — jest istotne dla rozważań nad godnością, nie tylko literackich, filozoficznych, ale i bioetycznych. Zapowiedź nieuchronnej utraty wszystkiego, co wiąże się dla nas z życiem, tkwi w byciu od początku, podobnie jak śmierć. Przyjęcie śmierci jako własnej jest możliwe dzięki godności, odpowiedzi na wznoszenie i opadanie wraz z kierunkiem, który nie zachowa bycia od umierania, ale czyniąc umieranie swoim, ocali je od śmierci będącej jedynie utratą. Innej drogi nie ma, jest natomiast wiele interpretacji godności.

Podążajmy za kilkoma wskazówkami zawartymi w pracach Martina Heideggera, m.in. w *Liście o „humanizmie”*<sup>118</sup>. Jeśli „szczytowe humanistyczne określenia istoty człowieka nie zawierają jeszcze doświadczenia właściwej człowiekowi godności” — to jak daleko sięga znaczenie *jeszcze nie*? Czy rozstrzyga jedynie o oddaleniu w czasie? *Kiedy* jest — gdy już wiemy o co i o kogo pytamy — właściwa człowiekowi godność? W pytaniach docieramy do „rozcięcia”<sup>119</sup>, pojawiają się jednak wątpliwości, czy godność może być opowiedziana jedynie w chwili prześwitu; co z pozostałym, danym człowiekowi czasem? Jest śmiertelny, ale za sprawą bliskości własnego bycia, bliższej niż cokolwiek innego, nie jest zupełnie osamotniony. Bycie ku śmierci jest interpretowane jako przyjęcie projektu, dla którego rzucenie jest siłą ciężenia — odpowiadania na śmierć, a jest ona dana; „Bycie wciąż oczekuje, by samo stać się dla człowieka godne myśli”<sup>120</sup>. W eseju *Budować, mieszkać, myśleć* Heidegger napisał, że jego próba

„mogłaby być uznana za udaną w wystarczającym stopniu, gdyby dzięki niej zamieszkiwanie i budowanie stały się problematyczne i w ten sposób pozostały czymś godnym myślenia”<sup>121</sup>.

Myśląc nad czymś, pochylamy się pod ciężarem postawionego problemu, a w kwestii godności — wynika on z bycia człowieka, z jego wsłuchania się w bycie. Przyjmijmy, że doświadczenie godności człowieka ma miejsce w jego wydarzaniu się. Dla doświadczenia

---

<sup>117</sup> M. Heidegger, *Cóż po poecie?*, przeł. K. Wolicki, [w:] M. Heidegger, *Budować, mieszkać, myśleć*, s. 204.

<sup>118</sup> Pytaniom oraz Listowi M. Heideggera poświęciłam inną swoją pracę, tj. rozdział książki (w przygotowaniu), w którym staram się podjąć stawiane przez niego kwestie. Niniejsza część „Godność pytającego” zawiera jedynie wybrane analizy z tego rozdziału.

<sup>119</sup> C. Wodziński, *Heidegger i problem zła*, Wydawnictwo Słowo / Obraz Terytoria, Gdańsk 2007, s. 335.

<sup>120</sup> M. Heidegger, *List o „humanizmie”*, s. 85.

<sup>121</sup> M. Heidegger, *Budować, mieszkać, myśleć*, przeł. K. Michalski, [w:] M. Heidegger, *Budować, mieszkać, myśleć*, s. 333.

konieczna jest bliskość bycia, która mimo upadania<sup>122</sup> nie ustaje. „Prześwit zapewnia bliskość bycia”<sup>123</sup>, niemniej prześwit to dla człowieka mniej niż chwila. Dzięki tej bliskości, w godności podejmuje się on odpowiadania na śmierć. Podjęcie to inaczej bycie we właściwym miejscu, na tyle blisko, aby odpowiadać wobec tego, co jest dane. Tak, jak dana jest śmierć. Czy jesteśmy już we właściwym miejscu, lecz utkwiliśmy w nieobecnym myśleniu? Czy w myśleniu brakuje troski? Troska wynika z doświadczania i do niego doprowadza, w wydarzeniu człowieka zawiera się już moment ofiarowania (daru) i obecności (bycia). Człowiek przyjmuje dane mu bycie i czas, gdy sam coś ofiarowuje — wtedy się wydarza. Niemniej, mamy do czynienia z wyróżnieniem przez Heideggera momentu *jeszcze nie*, to odsunięcie w czasie zdwaja siłę rzucenia. Czy tym samym odsuwa człowieka od bycia wystarczająco bliskiego godności? Wciąż mamy na myśli obecność tego, co się uobecnia<sup>124</sup> — wymaga przejścia od *jeszcze nie*, do momentu uobecnienia w doświadczeniu. To, co jest, jawi się jako nadal nieobecne w określeniach istoty człowieka, natomiast myślenie *jeszcze może* odsłonić godność, powinno jednak pytać, kiedy ma ona miejsce. Działanie myślenia jest dziękczynnym aktem troski, działaniem teraz, zawiera się w podjętych pytaniach. Pytania stawia się z zajmowanego przez siebie miejsca, w byciu ku temu, co wymaga naszej odpowiedzi. „Śmiertelni mieszkają, o ile posłuszni są własnej istocie — temu mianowicie, że mogą podolać śmierci jako śmierci — i umierają dobrą śmiercią”<sup>125</sup>.

*Dobra śmierć* znaczy, że jest *własna*<sup>126</sup>; umieranie jest doświadczeniem samego umierającego. W osiągnięciu własnego kresu, w odpowiedzi na śmierć może być sam, osamotniony przez swoją myśl. Co nie znaczy, że odpowiedzi nie mają wystarczającej wagi, aby mogły zostać powtórzone przez inne osoby, szczególnie, gdy wynikają z poświęcenia. Człowiek właściwie niczego nie posiada — nie musi i dlatego może dobrze umrzeć. To nie na posiadaniu opiera się jego bycie, a na przyjmowaniu i ofiarowywaniu, w przejściu między nimi posiadanie to wymykający się moment. Pytania podjęte za życia wynikają z bycia człowieka i tego, jak na nie odpowiada; brak odpowiedzi to również odpowiedź, przy czym pozbawiona jest ona kierunku. W śmierci człowiek jest zawsze sam. Stąd waga odpowiedzi na rzucenie i śmierć nabiera innego brzmienia, gdy jesteśmy uprawnieni odpowiadać

---

<sup>122</sup> M. Heidegger, *Bycie i czas*, § 68, s. 435.

<sup>123</sup> M. Heidegger, *List o „humanizmie”*, s. 100.

<sup>124</sup> *Ibidem*, s. 92.

<sup>125</sup> M. Heidegger, *Budować, mieszkać, myśleć*, s. 322.

<sup>126</sup> M. Heidegger, *Bycie i czas*, § 53, s. 334. „Uznawanie śmierci za prawdziwą — śmierć jest w każdym przypadku tylko własna — ukazuje inny rodzaj pewności i jest bardziej pierwotne niż wszelka pewność napotykanego wewnątrz świata bytu lub przedmiotów formalnych; jest bowiem pewne bycia-w-świecie”.

w imieniu pewnego „my”<sup>127</sup>, mimo osamotnienia w granicznych doświadczeniach. Czy tym samym wyznaczamy nowe zadania dla humanizmu? Czy staramy się przywrócić znaczenie humanizmowi, czy raczej w obrębie humanizmu opowiedzieć inaczej o człowieku?

„Tylko dlatego skierowano myślenie przeciw humanizmowi, że ten nie wynosi humanitas człowieka dość wysoko. Istotna wielkość człowieka z pewnością nie bierze się stąd, że jest on substancją bytu jako jego »podmiot« (...)»<sup>128</sup>.

Zarzuty wobec humanizmu jeszcze nie przesądzają o tym, że wkrótce opowie o godności tak, jak, na przykład, życzyłaby sobie tego filozofia. Nadmienmy: „Rozumienie egzystencji jako prześwitu bycia jest warunkiem uzyskania dostępu do wykładni bycia w ogóle”<sup>129</sup>. Mając na celu właściwe rozumienie tej egzystencji, w pytaniu wyróżniamy to, o co właściwie ono pyta (o bycie), to, czego dotyczy (bytu) i to, o co się dopytuje (o sens bycia)<sup>130</sup>. Stąd postawa pytająca w humanistyce wykorzystuje narzędzia, jakimi są dziękczynne pytania, a przynajmniej wykorzystywać powinna.

„Śmiertelni są ludźmi. Nazywają się Śmiertelnymi, bowiem mogą umierać. Umierać oznacza: podolać śmierci jako śmierci. Tylko człowiek umiera, i to nieustannie, tak długo, jak pozostaje na Ziemi, pod Niebem, w obliczu Istot Boskich”<sup>131</sup>.

Zamieszkując czworokąt, człowiek troszczy się o zachowanie tej prostoty, tym samym troszcząc się o swoje miejsce, które umożliwiło mu budowanie. Stąd ocalanie nie jest wyrażeniem na wyrost; „Śmiertelni mieszkają o tyle, o ile ratują Ziemię (...). Ratunek nie tylko wydziera niebezpieczeństwu, ratować oznacza właściwie: wyzwolić istotę czegoś”<sup>132</sup>. Co więcej można powiedzieć o istocie człowieka? Jak powinien myśleć, by ujmować doświadczenie swojej godności; jak musi *być*? Mowa, władając człowiekiem, wyznacza mu tym samym zadanie, którego może się podjąć. Skoro człowiek nazywa się Śmiertelnym, podejmuje pytania z określonego miejsca, nie jest ono niewłaściwe. Śmiertelny zmierza ku śmierci, nie musi przy tym pokonywać żadnej fizycznej odległości, choć jest w drodze. Jego

---

<sup>127</sup> Por. P. Korobczak, *Skryty wymiar etyczności w myśli Martina Heideggera*, Wydawnictwo Arboretum, Wrocław 2018, s. 180.

<sup>128</sup> M. Heidegger, *List o „humanizmie”*, s. 93.

<sup>129</sup> M. Kostyszak, *Dziejowość egzystencji w kole pytań o sens bycia*, [w:] red. E. Białek, G. Kowal, *Arcydzieła literatury niemieckojęzycznej. Szkice, komentarze, interpretacje*, t. I, Oficyna Wydawnicza Atut — Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2011, s. 472.

<sup>130</sup> *Ibidem*, s. 466, oraz M. Heidegger, *Bycie i czas*, § 2, s. 6-7.

<sup>131</sup> M. Heidegger, *Budować, mieszkać, myśleć*, s. 321-322.

<sup>132</sup> *Ibidem*, s. 322.

zmierzanie nie ustaje. Załóżmy, że wspomniany zwrot „my” jest uprawniony w myśleniu, które nie osiąga momentu śmierci, choć może wiele powiedzieć o umieraniu. Kiedy godność ma miejsce? Gdy myślenie uobecnia troskę o bycie, by mogła się wydarzyć zanim dotrze ono do kresu. Przyjmując projekt, przyjmujemy nieuniknioną śmierć, tym samym odbierając jej obcość. Godność byłaby zachowaniem właściwego miejsca, odpowiedzią na skończoność — ocalaniem istoty, przyjęciem i ofiarowaniem. Troską o bycie. „*Nikt nie może odebrać innemu jego umierania*”<sup>133</sup>. Dobra, własna śmierć, należy tylko do umierającego; każdy Śmiertelny odejdzie, ale każdy umrze inaczej<sup>134</sup>. Z tego powodu, osłaniając innego, nie możemy przyjąć jego śmierci za niego.

Heidegger nie wspomina, że godności nie ma, lecz że jej doświadczenie jeszcze nie zostało właściwie ujęte przez humanizm. Czy chodzi o wyniesienie *humanitas* człowieka dość wysoko, czy o moment, kiedy uobecnienie godności nie będzie wymagało ujmowania? Wracamy do pytania o czas; czy zarzuty wobec humanizmu nie są zapytywaniem o to, kiedy i na jakich warunkach wydarzenie się człowieka osiągnie wspomniany pułap? Mówiąc o wielkości człowieka mamy na myśli nie tylko rozwój stworzonej przez niego nauki, sztuki, czy techniki, ale również cele, którym miałyby służyć. Nadal chodzi o wykładnię i o rolę myślenia;

„»Humanum« zawarte w słowie »humanizm« oznacza *humanitas*, istotę człowieka. »-izm« wskazuje na to, że istotę człowieka winno się tu rozumieć w istotny sposób. Ten sens posiada słowo »humanizm« jako słowo. Przywrócić słowu sens może oznaczać tylko jedno: na nowo określić sens słowa. Wymaga to najpierw, by bardziej pierwotnie doświadczyć istoty człowieka: następnie, by ukazać, jak dalece jest ona na swój sposób udzielana”<sup>135</sup>.

Wielkość człowieka nie oznacza, że nie osiągnie on kresu, znaczy raczej, że podejmie kres w sposób, w jaki jest dostępny tylko dla niego. Na śmierć odpowiada bezmierność, na utratę — poświęcenie, na czas — bycie. Czas przelewa ciężar bycia na światło; przyjmijmy, że śmierć nie jest niczym więcej. Jeśli godność jest odpowiedzią na utratę, nie można jej ująć w żadne ogólne twierdzenia o byciu i śmierci, należałoby podejmować ją z własnego miejsca, odpowiadając własnymi siłami na rzucenie.

---

<sup>133</sup> M. Heidegger, *Bycie i czas*, § 47, s. 303.

<sup>134</sup> Nastrojenie umierania opiera się o treść kończącego się życia. Okoliczności w postaci chorób, czy wypadków nie przesądzają o tej treści.

<sup>135</sup> M. Heidegger, *List o „humanizmie”*, s. 107.

Zapytajmy więc o istotę człowieka, gdy jest ona udzielana. Wspomnieliśmy już o koncepcjach udzielania człowiekowi dóbr i łask, jednakże teoria ujawniła, że dobra te zostały zagubione. Roberto Calasso był zdania, że zostały utracone bezpowrotnie. Człowiek wiele otrzymał, wyznaczył sobie miejsce, uzasadniając je językiem mitów, filozoficznych pism i traktatów teologicznych. To tylko przykłady. Prometejski ślad w naukach uchodzących za ścisłe również opowiada nam o miejscu, które pragniemy zajmować. Spójrzmy na to z innej strony: czego tylko człowiek może udzielić? Na co pozwala istota człowieka, gdy ujawnia się w udzielaniu? Nie chodzi nam o przeniesienie uwagi na problematykę jawienia się, zamiast spojrzenia na tego, który się jawi. Wiemy już, jak wiele człowiek może utracić — ponieważ wiele posiada, nawet, jeśli tymczasowo. Dlatego warto zapytać o posiadanie mające sens tylko wtedy, gdy jest udzielane — powierzane innemu. Podążajmy za tą myślą.

Pisząc o budowaniu, Heidegger wyjaśniał, że dla zamieszkiwania konieczna jest troska człowieka o swoje miejsce. Zamieszkiwanie jest tu czymś pierwszym; bez umiejętności zamieszkiwania, nie będzie możliwe budowanie. Nie mówimy o budynkach, ale o wszystkim, co wymaga troski, nakładu pracy rąk i myślenia. Mamy na uwadze architekturę świata, środowisko dynamiczne, rozwijające się i obejmujące każdy element ludzkiej działalności. Umiejętność zamieszkiwania nie jest oczywista. Kim jest człowiek niepotrafiący zamieszkiwać? Kim jest człowiek niedbający o swoje miejsce, niezależnie od powodu, dla którego mu je powierzono? Znajdujemy odpowiedź w myśli innego, późniejszego autora. Calasso, opisując w *Nienazwanej terażniejszości*, kim jest *Homo saecularis*, w rozdziale „Turyści i terroryści” pisał:

„Turystów obserwuje się z pewnym zażenowaniem i niejakim potępieniem, lecz to przecież ludzkość obserwuje samą siebie i podejrzewa, że coś utraciła. Nie wie zbyt dobrze, co to takiego, lecz wie, że nigdy tego nie odzyska”<sup>136</sup>.

Zwykle to nim jest człowiek — turystą, gościem. Patrzy, lecz nie widzi, unikając towarzyszącego mu wrażenia, że coś utracił. Słowo *gość* doskonale wyjaśnia, kim jest człowiek niepotrafiący zamieszkiwać. Dla człowieka, który nie troszczy się o powierzone mu miejsce, wspomniana utrata jest podwójna; traci coś oraz traci sposobność do żałoby po tej utracie. Dlatego nie potrafi zgodzić się na swoje miejsce; definiuje je od nowa, chociaż nie zamieszkuje, nie uobecniając się w świecie, w jakim, jak mu się wydaje, miejsca na jego

---

<sup>136</sup> R. Calasso, *Nienazwana terażniejszość*, przeł. J. Ugniewska, Biblioteka Mnemosyne, red. P. Kłoczowski, Fundacja Terytoria Książki, Gdańsk 2019, s. 66 — dalej czytamy: „Ktoś powiedział, że wraz z demokracją wszystkich objął przywilej dostępu do rzeczy, których już nie ma”.

ducha jest niewiele. Język duchowego doświadczenia jest nieobecny. Aktualnie w świecie dominuje obcy język, w obliczu tej dominacji godność stanowi relik, nie metafizyczny, lecz relik myślenia kształtującego człowieczeństwo. Wszystko wydaje się obce, jeśli nie zamieszkujemy (świata). Czy wobec tej obcości — duch może być nieobecny? Godność należy do porządku refleksji i przeżywania duchowego, jej nieobecność pozostawia człowieczeństwo osamotnionym, w konsekwencji zanikającym. Nie chodzi nam o innego rodzaju dominację, lecz o równoczesność, dialog, ponieważ żadnego rodzaju dominacja nie służy człowieczeństwu. Być ludzkim znaczy być duchem niosącym ciało, duchem niesionym przez swoje cnoty, duchem powierzającym innym miejsce, aby mogli ocalić w życiu oraz w śmierci to, co ludzkie. Także godność. Calasso podkreślał rolę duchowej warstwy, jak tarczy, boskości, rytualności. Utknęliśmy w jej nieobecności, erozji<sup>137</sup>, w znanym nam momencie *jeszcze nie*. Dla *Homo saecularis* to, co boskie, jest zbyt odległe; „tym zaś, czego każdy *Homo saecularis* nie potrafi dostrzec, jest boskość. Nie umie jej usytuować. Nie mieści się ona w porządku świata. Jego świata”<sup>138</sup>. Doprowadza to do dominacji innych głosów, obecnie głośnej narracji narzędzi ekonomii, nawet nie ekonomii samej. Calasso potrafił dotrzeć do głębi duchowego doświadczenia, jednocześnie wskazując na wypaczające praktyki — działania dalekie od praktyk duchowych. Obecnie nieobecność duchowości jest paralelna z nieobecną godnością. Narzędzia zajmują miejsce człowieka, on zajmuje miejsce swoich narzędzi; narzędzia mają zapewnić analizy i przedstawiać realny świat, człowiek ma natomiast pozostać użyteczny w świecie, jaki zdaje się, że widzi. Nie będzie się on troszczyć o to, czego istnienia nie jest świadom, czego braku nie potrafi nazwać, a co decyduje o dynamice świata — kształtuje doświadczenie braku udzielanej istoty i przez pryzmat tej utraty patrzy na rzecz budowania, bez umiejętności zamieszkiwania. A obserwuje samego siebie, nie widząc ani siebie realnego, w całości, ani siebie wirtualnego, osuwającego się po fragmencie z narracji o człowieczeństwie. Czy zawsze tak było? Czy tak pozostanie? „Podejrzewam, że u podstaw nadziei na wydłużenie okresu życia ludzkiego daleko poza granicę stu lat również leży chęć ucieczki od kondycji ludzkiej”<sup>139</sup>.

Czy można wyjaśnić, czym jest godność, nie odwołując się, choćby w niewielkim stopniu, do praktyk duchowych i do pojęcia świętości? Celowo unikamy słowa „poświęcenie” w niniejszej rozprawie, ale pojawiają się słowa „dyspozycja”, „ważność”, „narracja”, „mowa”, „relacja”, „służba”, „miejsce”. Za każdym z nich stoi tradycja, jakiej nie chcemy

---

<sup>137</sup> Odnosząc się do słów w artykule — A. Lorczyk, *Inspiracje aksjologii Elzenberga. Monadologia bez Boga*, [w:] „Studia Philosophica Wratislaviensia”, 2021, XVI, 4, s. 106.

<sup>138</sup> R. Calasso, *Nienazwana teraźniejszość*, s. 52.

<sup>139</sup> H. Arendt, *Kondycja ludzka*, przeł. A. Łagodźka, Fundacja Aletheia, Warszawa 2000, s. 6.

naruszać. Niemniej, pragniemy kontynuacji. Czy możemy przyjąć, że godność to droga w obliczu świętości — nie może zatem być wobec świętości obojętna? Potrzebne byłoby świadectwo, lecz niniejsza rozprawa to ledwie do niego przypis. Trzeba odwołać się do miejsca, w którym świadectwo godności jest dawane. Miejsce to jest nieprzypadkowe i myśląc o nim odsłaniamy układ, jaki decyduje o zasadności interpretacji dyspozycji. Nie możemy doświadczać świętości — i nie tylko jej — bez wchodzenia w relację — z szacunkiem wobec drugiej strony, niezależnie, o kim jest mowa. To w relacji z innym odnosimy pytanie o godność — do siebie. Zastanówmy się nad relacją i w miejsce słowa „świętość” proponujemy pytanie: co spaja relację na gruncie moralnym? Wartości? Akty? Współdzielone zabieganie o śmierć?<sup>140</sup>

Niniejsze badania nie umiejscawiały pojęcia świętości w centrum rozważań, jednakże nie pomijały jej, podobnie, jak nie pomijały majestatu życia i majestatu śmierci. Przyjmując, że godność to droga w obliczu świętości, nie sugerujemy dotyku tego, co święte<sup>141</sup>. Zachowując żałobę, nie dotykamy tego, który odszedł. Zachowujemy pamięć o jego obecności, a pamięć ta, nie odnosząc się do konkretnej osoby, nie byłaby nawet pamięcią o pustce. Zatem, zachowanie godności, jest zachowaniem miejsca dla innego, bez względu na wszystko — na nieobecne osoby, wartości, niewypowiedziane słowa. Jako osoby, badacze, medycy pamiętamy o obecności innych, co wiąże się również z pamięcią o tym, co dla innych ważne, a co dla nas może okazać się niezrozumiałe, odległe, obce. Niemniej, oddanie miejsca, pełnienie służby w indywidualny dla nas sposób, jest zapewnieniem miejsca indywidualnej osobie. Oddajemy miejsce osobom, dajemy miejsce wartościom. Pominiecie jednych powoduje pominiecie drugich; nie chodzi o kolejność, lecz o ważność. To, co jest dla nas ważne — na tyle, aby odnosić do porządku świętości — w czasie tego życia, jakie znamy, ulega utracie. Tylko tak potwierdza swoją ważność, ewentualne potwierdzenie w dotyku. Nie będąc do tego uprawnieni, nie rozważamy indywidualnej relacji z Bogiem. Mówimy natomiast o relacji z drugim człowiekiem i nasza uważność, czy nie pomijamy przy tym tego, co istotne, zawsze powinna być poddawana próbie. Potwierdzenie ważności w relacji z innym dopełnia znaczenie miejsca. Nie ma miejsca beze mnie, bez Ciebie. O tym, że Ty i ja możemy to miejsce zapewnić, o tym, że musimy je stracić, aby oddawać dalej, innym, mamy obowiązek mówić, gdy rozważamy, czym jest godność. Kogo i co uobecnia. Miejsce to,

---

<sup>140</sup> Odnośnie do cytowanego — na początku i na końcu rozprawy — wiersza Rilkego.

<sup>141</sup> Na słowo „święty” zwraca uwagę Calasso w jednej ze swoich ostatnich książek. Zob. *hagnós* — R. Calasso, *The Celestial Hunter*, przeł. R. Dixon, Penguin Books Limited, Allen Lane, London 2020, s. 40.

mimo utraty i doświadczenia nieobecności, żałoby, pamięci, powinno być gotowe na przyjęcie innego.

Kondycja ludzka nie jest naturą człowieka<sup>142</sup>, lecz tym, co człowiek czyni ze sobą, a co jego natura umożliwia. Wybory są dowolne, tak przynajmniej chciał Giovanni Pico della Mirandola. Gdy wszystko wolno — nie wszystko warto. Godność człowieka jest tym, co pozostaje z kondycji ludzkiej, gdy człowiek już dokona wyboru. Stanowi jej dostrzegalny kształt. Jak zauważyła Hannah Arendt, „Jedyną czynnością ściśle odpowiadającą doświadczeniu bezświatowości, albo raczej utracie świata, która wydarza się w sytuacji bólu, jest wykonywanie pracy”<sup>143</sup>. Czym innym będzie utrzymanie się przy życiu, a czym innym nadanie życiu sensu w wymiarze prawdziwie prywatnym, poza sferą publiczną. Człowiek przyjmuje ból, gdy uznaje, że na niego zasłużył — czy to jednak wystarczy, by uczynić ból własnym, tak, jak własną czyni się śmierć?

Czy nauczymy się ponawiać trud zamieszkiwania, jak chciałby tego Heidegger? Myślenie o „jeszcze nie” pozostawia nas w pytaniu — już nie o czas, lecz o to, jak czas wypełnić, aby mieć jeszcze sposobność na stawianie pytań, czas na chybiecie, naprawę, odpowiedź.

„Innymi słowy, *continuum* czasowe, wieczna zmiana, zostaje teraz rozłamane na przeszłość, teraźniejszość i przyszłość, zostaje zantagonizowane przez wprowadzenie relacji pomiędzy »już nie« i »jeszcze nie« tylko ze względu na obecność człowieka, który posiada swój »początek«, swe narodziny i swój koniec, swą śmierć, i tym samym znajduje się w określonym momencie pomiędzy nimi; to »pomiędzy« jest właśnie teraźniejszością”<sup>144</sup>;

„Musimy wrócić do pierwotnego zjawiska czasu, w którym ma swoje korzenie fenomen »jeszcze nie«. Musimy wrócić do ojcostwa, bez którego czas jest tylko obrazem wieczności”<sup>145</sup>.

Umiejscowienia siebie względem tego, co minione i przyszłe, jest odpowiadaniem w teraźniejszości. Godność mędrca oraz godność pytającego miały na celu podkreślenie działania myślenia — myślenia działającego, gdy myśli. Stojące za myśleniem pytanie o godność powierza myślącego służbie innemu. Tą służbą jest opieka. Troszczenie się o miejsce nie jest niczym innym, jak troską o innych. Myślenie nie domaga się własnej

---

<sup>142</sup> *Ibidem*, s. 14.

<sup>143</sup> *Ibidem*, s. 127.

<sup>144</sup> H. Arendt, *Myślenie*, przeł. H. Buczyńska-Garewicz, Wydawnictwo Czytelnik, Warszawa 2002, s. 268-269.

<sup>145</sup> E. Lévinas, *Całość i nieskończoność. Esej o zewnętrzności*, przeł. M. Kowalska, Biblioteka Współczesnych Filozofów, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2014, s. 300.

dominacji, raczej tego, aby brak myślenia nie doprowadzał do bezrefleksyjności, zatury w upadaniu, rozkruszenia fundamentów, na których budujemy swoje rozpoznanie świata, swoją w nim przynależność. Wybiegamy w przyszłość, gdy chcemy się uchronić, uniknąć zagrożeń. Nieobecne myślenie przed niczym nas nie ustrzeże. Zwykle to my niesiemy ze sobą zagrożenie.

### **Godność interpretowana jako dyspozycja**

„W charakterystyce godności istotne wydaje mi się wprowadzenie elementu zagrożenia, godność człowieka bowiem zwykła się w momentach zagrożenia przejawiać, pełniąc jakąś funkcję obronną”<sup>146</sup>. Nie wprowadzamy elementu zagrożenia do modelu teoretycznego — teoretycznie, dostrzegamy zbliżające się niebezpieczeństwo w realnym życiu. Podejmujemy się obrony, narzędzi dostarczają m.in. nauka i technika, jednak ich możliwości są ograniczone, odpowiadają głównie na zagrożenia, których jesteśmy naocznymi świadkami. Narzędzia te nie są wystarczające, gdy doprowadzamy do zapętlenia; neutralizujemy lub usuwamy zagrożenia powstałe w wyniku niewłaściwego użycia narzędzi, często w ten sam sposób, w jaki doprowadzono do powstania zagrożeń albo faktycznej utraty zdrowia i życia. Z jednej strony, dysponujemy środkami ratującymi życie, z drugiej strony — nadużywamy ich. Ratujemy życie za pomocą aparatury takiej, jak respirator, jednak uzyskany czas na leczenie niesie ryzyko przedłużania cierpienia pacjenta<sup>147</sup>. Zniesienie świadomości pacjentów nie zdejmuje z nas odpowiedzialności za oraz wobec nich. To tylko dwa przykłady, zbyt ogólne, aby móc wyciągnąć zadowalające wnioski.

Zacznijmy od tego, że godność przejawiająca się w ludzkim postępowaniu nie służy potwierdzeniu wielkości człowieka. Służy jego ochronie. Nadal, te dwa kierunki działania — afirmacji oraz ochrony — są zbyt od siebie odległe. Gdy wdajemy się w kwestie wielkości, tracimy z oczu godność. Jeżeli ktoś może potwierdzić naszą godność, to tylko inny, dając możliwość jej uobecnienia — w godnych czynach, wobec innego i ku innemu. Bycie ku śmierci nie zagarnia całości czasu, dotarcie do innego jest nadal możliwe. Potwierdzenie wielkości nie jest celem godnego postępowania. Nie stajemy pełni dumy przed innym, gdy ten umiera, lecz pokory. Nie otrzymujemy, aby zachowywać, lecz otrzymujemy, by dawać,

---

<sup>146</sup> M. Ossowska, *Normy moralne. Próba systematyzacji*, s. 59.

<sup>147</sup> Zob. B. Häring, *W służbie człowieka: Teologia moralna a etyczne problemy medycyny*, przeł. M. Oziębłowski, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1975, s. 130-134 — nie pomijajmy i tej uwagi, iż „sztuczne przedłużanie życia jest niemoralne”. Natomiast w innym tekście czytamy: „Inny aspekt prawa do umierania — prawo nieutrzymywania przy życiu środkami sztucznymi — wyłania jedną z największych naszych obaw: pułapkę przedwczesnego pochówku” — D. Kessler, *Śmierć jest częścią życia. O prawo do godnego umierania*, przeł. E. Czerwińska, Wydawnictwo Świat Książki, Warszawa 1999, s. 160.

zawierać w wydarzaniu się moment daru. Nie jest tak, że godne czyny przychodzą łatwo. Gdy stajemy przed *odchodzącym*, wtedy o to, co właściwe, nie jest łatwo. Ocalić coś dla *odchodzącego* — bez prób, bez mapy — i pomóc mu w przejściu drogi, którą jego ciało już podjęło, wymaga bycia ludzkim. Czy zatem bycie ludzkim jest szczególną postawą? Czy wymaga podkreślenia szczególnej, moralnej doniosłości? Godność nie neguje istnienia przeciwieństwa cnoty, czyli wady. Wskazuje raczej na moment, gdy pomimo wad, postępujemy godnie. Czy wtedy wady znaczą mniej? Otóż nie.

Co pozwala na interpretację godności jako dyspozycji? Dyspozycją zwykle nazywamy cnotę, podkreślając doskonałość i powagę, jakie towarzyszą cnotliwemu, szlachetnemu człowiekowi. Doskonalenie jest troszczeniem się o to, co posiadane, dzielność, doskonałość i sprawność sytuując wśród rzeczy, jak zakładamy, otrzymanych, czy jednak — nabytych, wrodzonych, chwilowych, trwałych? Nie wesprzemy argumentami żadnej ze stron w dyspucie nad pochodzeniem cnót. Doskonaląc cnoty, odnosimy się (oraz siebie) do źródeł poza nami; dziękujemy za łaskę, której sami nie możemy sobie udzielić i za cnotę, która postępowanie wobec innego czyni ćwiczeniem ducha. Albo posiadamy cnotę, albo nie posiadamy jej wcale, predyspozycje swoje rozwijając lub trwoniąc. Doskonałość etyczna, jak widział ją Arystoteles, odpowiada na przykrości i przyjemności;

„Od trwałej dyspozycji zależy bowiem, czy właściwie, czy niewłaściwie do nich się odnosimy. Właściwy stosunek oznacza: ani nie skłaniać się do nadmiaru, ani do niedostatku, a zatem trwała dyspozycja oznacza właściwy stosunek do umiaru w tym, dzięki czemu nazywa się nas godnymi pochwały, a <przeciwieństwem jest> niewłaściwy stosunek do nadmiaru i niedostatku”<sup>148</sup>.

Orzekanie o tym, co jest godne pochwały, istotnie pomaga wyznaczyć linię między tym, co godne i niegodne w ludzkim postępowaniu. Jednak samo wskazanie nie utrzyma nas po stronie tego, co godne, należy więc sprawdzić, czy nie umknął naszej uwadze pewien ruch, gest czyniący niedostatek tak znaczącym, że mówimy nie o czynach niegodnych, lecz o braku godności. Niegodny czyn chybia, natomiast brak godności świadczy, iż nie podjęto żadnego czynu, w pomijaniu siebie i innego.

Dyspozycja oznacza, że mamy do czynienia z układem, uporządkowaniem, a więc z pewnym punktem odniesienia dostrzeżonym między częściami układu, co potwierdza łacińska *dispositio*, czyli stosowne rozłożenie materiałów, dyspozycję<sup>149</sup>. Gdy mowa

<sup>148</sup> Arystoteles, *Etyka wielka. Etyka eudemejska — Etyka Wielka*, Ks. I 8, 1186 a, s. 21.

<sup>149</sup> Hasło „dispositio” [w:] *Słownik łacińsko-polski*, s. 167.

o usposobieniu człowieka, będzie to układ jego cech, umiejętności i skłonności w postępowaniu, tworzące charakterystyczną dla niego dyspozycję. Greka podpowiada podobnie, dyspozycja, *διάθεσις*, to:

„1. ustawienie, układ, urządzenie, ustrój, porządek 2. kompozycja, plan, temat 3. wygłoszenie (mowy) 4. opis geograficzny 5. testament 6. sprzedaż 7. stan fizyczny 8. usposobienie *wobec kogoś* (...)”<sup>150</sup>.

W etyce pokrewieństwo cnoty i dyspozycji nie jest przypadkowe. Dzielność, *ἀρετή*, wykazana przez podjęcie czynów moralnie słusznych, zdaniem Arystotelesa uzyskuje miano trwałej dyspozycji, *ἔξις*, albo *ἐνέργεια*, czyli czynu, działania<sup>151</sup>. Akcentowanie trwałości cnoty, *ἀρετή* oraz stałości cech charakteru, *ἔξις*, miało wyposażać człowieka w oręż, który uniesie w obliczu przeciwności losu. Określenia te wskazują na ruch ku wzniosłym określeniom szlachetnego człowieka, jest to jednak ruch w przestrzeni moralnej, w danej rozpiętości czasu. Wielkość czynów jest równoległa wraz z „rzeźbieniem” cnoty, nadawaniem jej wyraźnego, niepowtarzalnego kształtu, tym samym wymaga powtórzeń, ponowionych działań. Powtórzenia stanowią o ramach czasowych, w jakich wytrwanie w cnocie charakteryzuje dzielnych, wielkich duchem. Dumny, szlachetny człowiek musi być świadom słuszności swojego postępowania, zważa na własne zasługi, lecz nie wyczerpuje długu wobec innych ludzi<sup>152</sup>. Czym jest ta pewność, jeżeli inny jest nieobecny? Godność we współczesnych tłumaczeniach została zastąpiona pojęciem wielkoduszności<sup>153</sup>, mocniej wiążąc to, co godne, wysokie, słuszne moralnie — z dumą i zasługą. Czy ten powrót do zasług człowieka sprawił, że ten istotnie zasługuje na miano wielkodusznego? Obraz — wielkiej duszy, ducha kierującego się troską o dobro — wydaje się surowy. Czy mamy na myśli indywidualną kondycję moralną, czy kondycję w wymiarze globalnym, zdajemy sobie sprawę, iż nadawanie kształtu dopiero na końcu działania (procesu tworzenia, autokreacji, odpowiedzi na wezwanie), sprowadza się do łagodnych, powtarzanych muśnięć. Nadawanie kształtu wymaga licznych rysów, wcięć, odejmowania materii, odrzucania tego, czego znajdujemy nadmiar. Aż zostaje tylko to, czego nie można zanegować, co stanowi o niepowtarzalnym układzie cech, umiejętności i skłonności osoby. Tym jest testament, ostateczny kształt dyspozycji.

<sup>150</sup> *Słownik grecko-polski*, s. 192.

<sup>151</sup> Arystoteles, *Etyka Nikomachejska*, Ks. I 1098 b, s. 91.

<sup>152</sup> Zob. R. Calasso, *Nienazwana teraźniejszość*, s. 39.

<sup>153</sup> D. Gromska, *Wstęp Tłumacza*, [w:] Arystoteles, *Etyka Nikomachejska*, s. 66.

Rozważamy więc czyn i czas; trwałość dyspozycji wynika z nabranego doświadczenia, moralnej wprawy<sup>154</sup>. Wyjaśnienia dla tego rozróżnienia należałoby szukać w proponowanym przez Arystotelesa podziale na znane nam dobra zewnętrzne, duchowe i cielesne. Duchowe dobra, osiągnane za sprawą działań i czynności duszy, uważał on za najwyższe. Czyny dobre dla duszy i z powodu duszy podejmowane, należy urzeczywistniać, inaczej nie zbliżymy się do dobra; „dyspozycja, choć istnieje, może nic dobrego nie zdziałać, jak np. u śpiącego lub w inny sposób beczynnego (...)”<sup>155</sup>. Prócz dobra, jak wielu innych myślicieli, Arystoteles miał na uwadze osiągnięcie szczęścia. Posiadanie dzielności etycznej niesie ze sobą wiele pozytywnych stanów i konsekwencji, niemniej problematyka, jaką się zajmujemy, oddala możliwość włączenia do analiz pojęcia szczęścia. Nie dążymy do wskazania właściwych postaw moralnych, ponieważ kieruje nami przeświadczenie, że to uczyni nas lub kogoś — szczęśliwymi. Pojawia się zatem granica między klasycznymi pojęciami szczęścia a szczęściem, które nie stanowi celu ani ubocznego skutku moralnego postępowania. Znikome szczęście — odpowiada na wielkość utraty. Znajdujemy pocieszenie w tym, że oto zmarła osoba nie doświadcza już bólu, widząc spokój na jej niewzruszonej twarzy. Lecz, jak powiedziałby stoik, to nie brak doświadczenia bólu czyni nas niewzruszonymi. Nawet godnie postępująca osoba może doświadczać nieszczęścia i tragizmu, gdy wzniesie się ponad ich ciężar. Osoba umierająca, przyjmując swoją śmierć oraz mając poczucie spełnionego życia, wznosi się ponad ból czy chorobę, jest jednak coś niewłaściwego w nazywaniu umierających osób — szczęśliwymi. W tej sytuacji teoria eudajmonizmu, mimo złożonych badań w obrębie klasycznej etyki cnót, etyki przyjaźni, etyki dobrodziejstwa — jest nieadekwatna. Nieadekwatna jest także wzajemność zachodząca między *odchodzącym* a towarzyszącą mu osobą, a wzajemność między śmiercią a *odchodzącym* należy do sfery pozostającej oddzielną, niedostępną. W jakiej kategorii mieściłaby się śmierć przyjęta jako własna? Przyjmijmy, że najlepsza możliwa śmierć mieści się w ramach dobrego umierania, lecz nie dobra, wartości, szczęścia. Nieadekwatność nie zależy od optyki badacza lub samego *odchodzącego*, lecz od tego, że dobra śmierć nie przystaje do niczego, co jest w naszym doświadczeniu uchwytne. Śmierć jest oczywistym zdarzeniem — gdy nastąpi. Uchwytanie śmierci byłoby możliwe w języku poezji czy w języku duchowego doświadczenia, jednakże ile moglibyśmy wtedy powiedzieć o wiedzy? Przyjęcie śmierci jako własnej jest wszystkim, na co możemy się wobec niej zdobyć. Szczęście nie ma wtedy znaczenia, mimo iż natrafiamy na liczne literackie ujęcia pięknej czy szczęśliwej śmierci. Śmierć jest własna i tylko to, jeśli

---

<sup>154</sup> Wprawę w słusznym postępowaniu oraz w unikaniu zła lub przewycięzaniu go.

<sup>155</sup> Arystoteles, *Etyka Nikomachejska*, Ks. I 1099 a, s. 91.

cokolwiek, wolno nam — żywym, żyjącym — o niej powiedzieć. Nie przekroczymy granicy poznania śmierci innego<sup>156</sup>. Nie mamy też zasług w obliczu śmierci; zasługi leżą wyłącznie po stronie życia. W odpowiadaniu na wezwanie innego, *odchodzącego*, nie wolno nam opowiadać się po stronie śmierci i zdawać na przypadek. Nie stajemy zatem po żadnej ze stron, ponieważ oba fenomeny — życia i śmierci — niosą ze sobą doświadczenia, jakie mogą mieć konsekwencje moralne. Są piękne, lecz, czy zawsze są dobre?

To, co godne, z pewnością nie mieści się w kategorii czynów najniższych, niezależnie od rodzaju rozważanego dobra. Każdy godny czyn odpowiada pewnemu dobru. Godne czyny mieszczą się w kategorii najwyższej lub tracą miano godnych, stając się neutralnymi albo złymi. Lecz szczegółowe analizy zwykle nie zaprowadzą nas dalej, jak do stanowiska pomiędzy dobrem i złem, lub, jak wolą niektórzy, poza dobro i zło. W bioetyce napotkane sytuacje nie są wzorcowe, a rzeczywiste. Proponowane rozwiązania problemów muszą być stawiane na tyle jasno, na ile to możliwe, decydując o wykluczeniu krzywdy oraz minimalizacji bólu, jeśli jest nie do zniesienia.

W bioetyce spotykamy się głównie z trzema ujęciami: utylitarystycznym (kwestią rozstrzygającą jest korzyść), deontonomicznym (o obowiązku decyduje konkretny autorytet), personalistycznym (odniesienie do czterech pryncypiów, tj. zasada czynienia dobra, zasada nie szkodenia, zasada szacunku dla autonomii oraz zasada sprawiedliwości) — różni je przede wszystkim to, co jest rozumiane jako dobro pacjenta. Czy ujęcia te są wystarczające w odpowiedzi na nasze badawcze oczekiwania i na problemy, przed jakimi stajemy? Ujęcie powinno zostać badane podczas obserwacji konkretnej, indywidualnej postawy moralnej. Ciekawą propozycją jest łączenie ujęć i tworzenie teorii hybrydowych<sup>157</sup>. Być może w przyszłości kontynuowanie badań nad tego rodzaju teoriami pozytywnie wpłynie na projekty dla badaczy pracujących w terenie.

Godny czyn może nadać działaniu ton na tyle szlachetny, że osobę, wobec której jest podejmowany, zdoła ocalić przed krzywdą. Jak go uchwycić, opisać? Należałoby uwzględnić indywidualny kształt, jaki dyspozycja nadaje kondycji moralnej osoby. Tym byłaby godność. Jednakże, jak z indywidualnego kształtu uczynić wzorzec? W modelu teoretycznym wzorzec to ledwie zarys, w praktyce jest uzupełniany w stopniu równoległym do poznania poszczególnej kondycji, nie bez oderwania od osoby, o której kondycji mowa. W etyce posługujemy się wzorcami szlachetnych osób i szlachetnych czynów. W bioetyce, jeśli

---

<sup>156</sup> Jak również, „*Nikt nie może odebrać innemu jego umierania*” — M. Heidegger, *Bycie i czas*, § 47, s. 303.

<sup>157</sup> Zob. K. Saja, *Etyka normatywna. Między konsekwencjalizmem a deontologią*, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2015, s. 215. Autor proponuje swoją koncepcję hybrydowego konsekwencjalizmu.

chcemy utrzymać wymóg pracy w środowisku pacjenta oraz lekarza, dyspozycje są ucieleśnione i ich opis wymaga uwzględnienia indywidualnych postaw, konkretnych praktyk moralnych. Tych samych, jakie mogą stanowić wzorce dla kolejnych lekarzy i badaczy, lecz nie w języku ścisłych wytycznych — inaczej skazemy się na niepowodzenie.

Godność interpretowana jako dyspozycja przejawia się w godnym odpowiadaniu wobec innego, wypełniając przestrzeń — naznaczoną niedostatkami lub brakiem — zastanej moralnej kondycji. W świecie nie napotykamy modeli kondycji moralnych, lecz kondycje właściwe; każda kondycja moralna jest inna, tak, jak inna jest posiadająca ją osoba. Nie oceniamy jednak kondycji, wskazujemy jedynie, że każda kondycja kształtowana jest przez innego rodzaju czynniki, nieobecność lub obecność — wartości, osób, doświadczeń. Różnorodne są sprawności, które pozwalają nam działać i doświadczać. Myślenie o kondycji moralnej w kategorii globalnej wspólnoty pomaga w nadaniu ogólnego kierunku działań człowieka, jednak wymiar szczegółowy dotyczy jego rzeczywistych relacji. Zastanawiając się nad indywidualną kondycją jesteśmy świadomi, że nie ma kondycji doskonałej, obejmującej całe życie jednej osoby, zawsze postępującej moralnie słusznie względem innych. Doskonałość wyraża się raczej w pojedynczych aktach, gdy wymykamy się dominującym schematom myślenia, bezrefleksyjnym działaniom, bezmyślnym czynnościom. Doskonałość zasadza się na właściwej proporcji.

Gdy uwzględnimy dyspozycję rozumianą jako diatezę w terminologii medycznej, odniesiemy się już w całościowy sposób do tego, co obok wzniosłych cech współdecyduje o dynamice indywidualnego układu czy kondycji moralnej. Do skazy. Aby ten gest nie był jedynie literacki, wyjaśnijmy, że dyspozycja, *διάθεσις*, oznacza w niniejszych rozważaniach — oddanie i powierzenie innemu. Temu, który umiera. Jedyne, czym dysponujemy, nawet w obliczu śmierci, to niedoskonała kondycja moralna. To przy jej pomocy mamy odpowiedzieć na stan *odchodzącego*, na jego wezwanie i potrzeby. Skaza towarzyszy cności, gdy ta odsłoni moment szczególnej trudności, z jaką przychodzi nam odpowiedzieć na obecność innego. Nieprzypadkowo skaza posiada zbliżony sens w słowniku medycznym i etycznym. Nie jest drugoplanowym pojęciem, tkwi w sednie niedoskonałości cechującej każdą kondycję moralną. Niedoskonałość, mimo wysiłku doskonalenia, jest dla kondycji punktem wyjściowym i końcowym. Nie kulminuje w śmierci. Skaza, nasze ustępowanie, nadaje znaczenie bycia sobą. Bycia w sobie. I nazywania własną — drogę do innego, odpowiedź na jego obecność oraz jego utratę. Dyspozycja jest oddaniem miejsca, powierzeniem innemu godności, aby wróciła do nas, zmieniona przez jego śmierć.

## Miejsce. Obecność i nieobecność godności

Podsumujmy, co do tej pory powiedzieliśmy o godności jako dyspozycji: odpowiada na utratę; przejawia się chroniąc osoby i wartości; uobecnia wartości etyczne, umożliwiając innemu doświadczenie wartości moralnych; podnosi pytanie o szacunek do innego; jest zachowaniem właściwego miejsca w ruchu oddania i powierzania.

Rozważmy momenty wskazane przez niniejszą interpretację dyspozycji, zaczynając od jej odpowiedzi na utratę. Dyspozycja, działając w czasie, odpowiada na bycie innego, nie ze względu na godność jego jako osoby, lecz na godność naszą — odpowiadających na umieranie innego. Czasu dla *odchodzącego*, jego doczesnego i indywidualnego życia jest coraz mniej, natomiast dla odpowiadających wobec *odchodzącego* — czas pozostaje nieokreślony. Niemniej, nawet nieokreśloność jest skończona, pozostawiając odpowiadającemu ograniczoną liczbę prób i odpowiedzi. Czy godność odpowiada także na inne zdarzenia? Tak, jednak nieodłącznym doświadczeniem ludzkiego życia są narodziny, śmierć oraz oddawanie się temu, co pomiędzy nimi uwidacznia ich naturalny związek. Zajmuje nas odpowiadanie będące ostatnim, zamykającym kształt świata przeżywanego odchodzącej osoby i otwierającym problematykę wspólnej kondycji moralnej. Należy rozpoznać ją jako wspólną. To w obrębie tej kondycji decydujemy, co ma znaczenie dla godności. Czy śmierć jest zjawiskiem bardziej doniosłym od spraw życia? Niekonieczne, mimo to, umieranie kończy wspólne doświadczenia wartości moralnych oraz relacji. Śmierć jest zjawiskiem granicznym, choć mówi o człowieku najmniej, to przemawia po raz ostatni. W postępowaniu wobec *odchodzących*, zmierzamy ku nim, z własnego miejsca, co ma poświadczać refleksyjność projektu, opisująca zmierzanie ku innemu w przestrzeni moralnej. Nie zdajemy się na bycie użytecznymi, lecz oddajemy służbie tym, bez których nasze bycie nie zachowa nas od utraty. Bez innych utrata jest jedynym doświadczeniem, w dodatku nieuświadomionym, wykluczającym wolność i odpowiedzialność. Powierzamy innemu kwestię własnej godności. W odpowiadaniu na skończoność, przechodząc między dawaniem a przyjmowaniem, byciem obecnym dla innego i odpowiadającym na jego obecność, dyspozycja kształtuje naszą kondycję moralną, co jest dla badań naukowych istotne.

Uchwycenie przejawów dyspozycji w chronieniu osób i wartości przypomina nam o roli cnót. Myślenie o cnotach w języku innym niż język wartości, byłoby oderwaniem cnót od miejsca, w jakim rzeczywiście mogą być doskonałe, od miejsca, jakim jest relacja. Jednakże nie proponujemy innej teorii cnót czy modelu, zabiegamy jedynie o umieszczanie, uobecnianie cnót w języku indywidualnym, gdy spotykamy innego. Językiem uobecnienia jest troska. Troszcząc się o bycie nie stajemy naprzeciw innemu, ponieważ to dzięki niemu

zachowanie jakiegokolwiek cnoty ma dla godności znaczenie. Powinniśmy być przy nim i wytrwać, gdy relacja zmieni się wraz z odejściem innego.

Podążamy za intuicją, iż miejsce — tworzą inni. Jeżeli miejscem doświadczenia wartości jest relacja międzyosobowa, to miejscem ich zachowania oraz ochrony również jest relacja. Jeżeli nie ma innego w sensie absolutnym, co rozważyć możemy jedynie teoretycznie, wtedy nie ma także dyspozycji. Nie ma uobecnionych wartości, cnót i nie ma kondycji moralnej. Dyspozycja uobecnia wartości etyczne, umożliwiając innemu doświadczenie wartości moralnych; relacja jest miejscem przejścia od teorii etyki do praktyki moralnej. Nie umożliwiamy tego doświadczenia dla siebie. Nie osłonimy się przed utratą po odejściu innego — utraty miejsca doświadczenia wartości, utraty innego oraz języka, w jakim rozmawiało się tylko z nim. Zachowanie właściwej miary w odpowiadaniu na obecność i nieobecność osób oraz wartości czyni nas godnymi, lecz nie godnymi relacji, tylko określonego w niej miejsca.

Podnosząc pytanie o szacunek do innego, pytamy w pochyleniu nie nad śmiercią, lecz wobec jej ostateczności, w doświadczeniu wspólnej drogi, dobiegającej końca. Pisząc o osuwaniu się nie mamy na myśli utraty gruntu pod stopami, lecz osuwanie się z czasu. Nie możemy, na stronach rozprawy doktorskiej, przygotować się na wyzwania relacji z innym, *odchodzącym*. Możemy natomiast rozważyć godność jako ważny, moralny punkt kondycji — istniejącej dzięki relacji, jaką zastajemy w chwili jej opuszczania. Dostępny nam czas dobiega końca, po odejściu innego musimy odnaleźć się w innych miejscach, innych relacjach, gdy po tej właśnie relacji doświadczamy żałoby. Nawet, jeśli nie trwa ona długo i pozornie nie wydaje się głęboka. Bycie badaczem nie uchroni nas przed żałobą, jedynie własna żałoba nie staje się dla badacza przedmiotem analiz, nie zostaje on nawet upodmiotowiony. Dla obecnych przy *odchodzącym*, miarą dla okrycia się żałobą jest dotychczasowa opieka, właściwe okrycie *odchodzącego*, osłonięcie go przed tym, co niekonieczne. Miara żałoby jest porównywalna z miarą zaangażowanej opieki. To nas wystawia na ryzyko cierpienia, lecz nie jest nam ono naddane, gdy *odchodzący* umrze, tylko konieczne, i ono także będzie kształtowało naszą wrażliwość moralną oraz umiejętność odczytywania nieodwołalnych potrzeb innych. Także *odchodzących*. Relacje w obliczu śmierci wymykają się klasycznym ujęciom. Nie otrzymujemy od *odchodzącego* tego samego, lecz otrzymujemy od niego coś tak samo ważnego. Ponadto, doświadczenie obecności drugiego człowieka jest czymś wspólnym, podczas gdy własnej śmierci nie jesteśmy w stanie z nikim dzielić.

Zachowanie właściwego miejsca, własnego, wobec własnej śmierci innego, zachowuje nas od utraty będącej naddatkiem. Udzielając indywidualnej odpowiedzi na pytanie

o szacunek, utrzymujemy swoją pozycję, godną postawę wobec innego. Zajmujemy miejsce, w którym sami w przyszłości będziemy mogli uczynić śmierć własną, po oddaniu tego, czego nie możemy posiadać. Lecz, co tylko w naszej mocy było — uobecniać.

Miejscem, w którym doświadczamy obecnej i nieobecnej godności, jest relacja z innym. Godność jest obecna, gdy udaje nam się kogoś osłonić, ocalić. Godność nieobecna świadczy o nieobecnych wartościach, niebyłych relacjach, chybionych czynach. Miejscem udzielenia odpowiedzi na pytanie o godność — jest relacja z innym. Miejscem ponoszącym największą utratę innego, relacji, wartości — jest duch. Poddanie się utracie nie tylko mówi w imieniu słabnącej (ani złej, ani dobrej) kondycji moralnej, lecz również opowiada o duchu nieobecnym w terażniejszości nienazwanej<sup>158</sup>, duchu nieobecnym, więc pozostawiającym terażniejszość, miejsca oraz relacje — nienazwane. Dyspozycja uobecnia wartości dla *odchodzącego*, kształtuje dla niego miejsce, które wkrótce sam opuści. Nasza dyspozycja, miejsce zmienione przez obecność innego, nie przestaje trwać po jego odejściu. Na tym polega trudność; własna śmierć innego nie wyczerpuje czasu dla naszej odpowiedzialności. Powinniśmy utrzymać postawę (odpowiedzialności) tak długo, jak długo pozostaje coś do uczynienia.

Badacz naukowy, prócz tego, iż jest osobą obecną w konkretnych relacjach, ze względu na specyfikę swojej pracy ma za zadanie pytać o to, co jest do uczynienia. Dlatego w następnym rozdziale osadzimy dotychczasowe rozważania w sytuacji już nie wyjściowej, teoretycznej, lecz konkretnej sytuacji osób zaangażowanych w problematykę opieki paliatywnej oraz terminalnej. Co za tym idzie, w tle analiz musimy mieć na uwadze czas wpływający na dynamikę naszych postaw moralnych.

---

<sup>158</sup> Ponownie, odniesienie do R. Calasso, *Nienazwana terażniejszość*.

## II. Opieka paliatywna oraz terminalna — czas przeżywany

W niniejszym rozdziale rozważania opierają się nie tylko na zebranej literaturze, ale również na spotkaniach oraz przeprowadzonych rozmowach. Rozmowy te nie zostaną nazwane materiałem badawczym, zgodnie z intencją, aby oddalić pojęcie osoby od pojęcia przedmiotu, materiału, statystyki, przypadku. Stoi za tym założenie, iż praca filozoficzna w obrębie bioetyki — opis, analiza, interpretacja — nie jest jedynie raportem z badań. Zawężenie do raportu oddala interpretującego od żywego znaczenia tego, co właściwie usiłuje odczytać. Rozprawa dotyczy doświadczeń granicznych, za sprawą których osoba w tym, co się wydarza, niekiedy nie uczestniczy aktywnie, a jedynie tkwi podobnie, jak rzecz, w warstwie opisowej wydarzenia. To ją pozbawia możliwości uczynienia śmierci własną, a co jest dla niej istotne i najwyraźniej, wymaga od badacza wyjaśnienia. Stąd filozoficzna dyscyplina nie pozwala na sprowadzenie analiz do zestawień przypadków i opisów materiału badawczego, unika tym samym powtórzenia straty, od początku niełatwej do przyjęcia dla umierającej osoby.

Zaznaczmy dwa punkty, między którymi będziemy się poruszać; pierwszy jest zainicjowany przez słowa lekarza „wszyscy moi pacjenci umrą”<sup>159</sup>, natomiast drugi wynika z własnej refleksji, iż większość rozmówców będących osobami chorymi, podopiecznymi, umierającymi — już odeszła. Z tego powodu wprowadzenie do rozprawy miana *odchodzących* nabiera większego znaczenia.

By przedstawić projekt bioetyki refleksyjnej, najpierw należy omówić powody oraz okoliczności, dla których propozycja tego projektu miałaby znaczenie dla badań naukowych, a przede wszystkim, znaczenie dla samych *odchodzących*. Ponieważ decyzja o objęciu pacjenta opieką paliatywną bądź terminalną następuje w momencie, gdy dalsza terapia byłaby dla pacjenta bezcelowa, a idąc dalej — krzywdząca, jednym z pojęć omawianych na niniejszych stronach jest daremność. To znacznie zawęża problematykę, dlatego należą do niej terapia daremna, terapia uporczywa, nieobecna troska oraz nieobecna godność. Daremność ujmuje godności to, co ją uobecnia — zarówno godności jako wartości, jak i godności jako dyspozycji. Dopóki działania w sprawie dobra pacjenta są daremne, dopóty uniemożliwiają jego ochronę. Dla każdego *odchodzącego* granica tego, co godne, leży gdzie indziej. Również, on sam ją uobecnia. Niemniej, granica między tym, co godne a tym, co niegodne, nie jest dowolna. Zestawiając teorię i praktykę oraz szukając przejścia,

---

<sup>159</sup> Zob. *O godności i jej praxis*, s. 160-161.

oddziaływać między nimi, pytamy o postawy i praktyki moralne podtrzymujące *odchodzących* w poczuciu godności, a dokładniej ujmując, w jej przeżywaniu. Wspomnieliśmy, że interpretacja godności wykracza poza samo poczucie, jej uobecnienie wymaga właściwych praktyk medycznych oraz właściwych praktyk moralnych. Właściwym przechodzeniem między pytaniem o nieobecną godność a odpowiadaniem na nią — jest próba własnej dyspozycji, wobec własnej śmierci innego. Uobecnienie wymaga wzniesienia się ponad trud, oddania miejsca innemu, gdy ten odchodzi. Nie stwarzamy miejsca, jedynie ustępujemy, w oparciu o język wartości, działanie cnót i moralne czyny. Wraz z innym przychodzi doświadczenie odpowiedzialności, ma on swój udział w naszej kondycji moralnej, lecz my nie mamy żadnego dostępu do jego śmierci. Mimo to, w czasie umierania innego, praca medyka, praca opiekuna oraz praca badacza podnosi kwestie rzeczy koniecznych do uczynienia, świadczących o dzielonej kondycji moralnej. Każdy z nich działa w innej sferze, jednak ich cele dzielą wspólny punkt ciężkości, określony przez stan *odchodzącego*.

Opieka paliatywna wiąże się z otoczeniem pacjenta opieką, jakiej podstawowe leczenie nie może zapewnić. Opieką paliatywną zostaje objęty pacjent poważnie chory, opieką terminalną — pacjent bliski śmierci. Istnieje zasadnicza różnica między leczeniem a uśmierzaniem, ukojeniem, zapewnianiem komfortu; leczenie odpowiada na chorobę, a gdy już wiemy, że pacjent wkrótce umrze, na bliską śmierć odpowiadamy poprzez zapewnienie pacjentowi komfortu. Jednakże komfort nie oznacza, że łagodząc doświadczenie bólu odwrócimy procesy towarzyszące umieraniu. Zapytajmy, gdzie leży granica między leczeniem właściwym, a leczeniem daremnym? Jeżeli chcemy dotrzeć do właściwych postaw moralnych w obliczu śmierci, powinniśmy wskazać również na to, co uniemożliwia wszelkie przejawy dyspozycji. Jeśli celem opieki paliatywnej i terminalnej jest nie tyle leczenie, co zapewnianie komfortu, wtedy dbałość o pozostały czas wiąże się z ochroną pacjenta przed utratą, która nie jest konieczna. Od stabilizacji przechodzimy do przygotowań, aby odejście pacjenta było najłagodniejsze. Tuż przed śmiercią każdy gest wydaje się ostatni. Gdy majestat życia ustępuje przed majestatem śmierci, nie zachowujemy równowagi między nimi; dla żadnego z nich nie powinno zabraknąć szacunku. Otoczenie *odchodzącego* opieką, jak okrycie, osłonięcie, czy wręcz oddzielenie od naddanego bólu wymaga nie tylko dawania, ale i odbierania; należy odebrać nadmiar, a wypełnić niedostatki. Również w odbieraniu ujawnia się istota opieki, ponieważ musimy odebrać *odchodzącemu* jak najwięcej z jego bólu, pozwalając, aby znosił go na tyle, na ile jest to konieczne — o czym *odchodzący* również powinien decydować.

## Doświadczenie skończoności

Odpowiadając na pytanie, kiedy godna śmierć jest możliwa, wyznaczające kierunek rozważań w niniejszym rozdziale, należy zapytać o to, co ją unieważnia, uniemożliwiając tym samym godne odejście. Po części nieodzowne, po części nieobecne, zarówno godność, jak i śmierć, wpływają na rozumienie postawy moralnej — gdy człowiek troszczy się i gdy sam wymaga troski. Na ogół, opieka jest terminem opisującym działania wynikające z troski o dobro, na przykład o zdrowie lub komfort pacjenta. Jest tak do momentu, gdy w miejscu opieki pojawia się usługa. Podkreślenie to nie wiąże się z zarzutami wobec osób opiekujących się lub świadczących usługi, warto natomiast pamiętać, że opieka i usługa nie są tym samym. Opieka terminalna ma węższy zakres niż paliatywna<sup>160</sup>, choć obie są wyznaczane pacjentowi na końcu, zazwyczaj u kresu życia lub u kresu krytycznego stanu. Podobnie jak opieka terminalna nie jest tym samym, co paliatywna, tak samo opieka nie jest tym samym, co troska, chociaż w powszechnym użyciu różnica między nimi jest ledwie widoczna. Tymczasem różnica sięga głęboko, aż do rdzenia powodu, dla którego troszczymy się o osobę, niezależnie od jej kondycji i stanu. Opieka medyczna wiąże się z dbałością o pacjentów, mimo to, nazbyt często jest świadczona instrumentalnie, a nie osobowo — jakby wcale nie dotyczyła osób. Niezależnie od tego, jaką pełni rolę, w ciągu życia wymagamy różnych rodzajów opieki, nie tylko wtedy, gdy chorujemy. Narzucając filtr choroby, zwykle sprowadza się wszelkie potrzeby „chorego” do świadczeń, jakie można mu zapewnić w danych okolicznościach, co odpowiada w minimalnym stopniu na rzeczywiste potrzeby osoby chorej. Oczywiście, praca wielu lekarzy i opiekunów stanowi dowód, że może być inaczej, obserwujemy jednak niepokojącą tendencję do minimalizowania praktyk moralnych towarzyszącym praktykom medycznym. Taką moralną praktyką jest autentyczna troska.

Pacjentami objętymi opieką paliatywną oraz terminalną zazwyczaj są osoby z chorobami nowotworowymi, degeneracyjnymi i neurodegeneracyjnymi, osoby w stanie krytycznym w wyniku wypadku. Osoba objęta opieką paliatywną może czekać na przeszczep serca lub oczekiwać poprawy po poważnych komplikacjach okołoporodowych. Znaczy to, że osoba w dowolnym wieku może stać się pacjentem paliatywnym lub, gdy jej stan ulega dalszemu pogorszeniu, pacjentem terminalnym. O przejściu z terapii na opiekę paliatywną może decydować lekarz każdej specjalizacji. Na podstawie dostępnej wiedzy i w oparciu o własne doświadczenie lekarz musi oszacować, co jeszcze można zrobić dla *odchodzącego*, niezależnie od oddziału, na którym się znajduje. Leczenie odsuwa moment śmierci, obecnie na tyle skutecznie, że stanęliśmy przed wyzwaniem, jakim jest chociażby przetrwały stan

---

<sup>160</sup> K. Szewczyk, *Bioetyka*, t. I: *Medycyna na granicach życia*, s. 288.

wegetatywny. Kłopot nie jest nowy; unikanie straty lub bólu, choć zrozumiałe, może doprowadzić do pogorszenia sytuacji i pogłębienia problemu. W medycynie pobrzmiewa jeszcze echo założeń pryncypializmu, jednego z pierwszych i głównych stanowisk normatywnych<sup>161</sup>. Znajome zasady, mówiące o sprawiedliwości (ang. *justice*), dobroczynności (ang. *beneficence*), nieszkodzeniu (ang. *nonmaleficence*) oraz poszanowaniu osoby i jej autonomii (ang. *respect for autonomy*)<sup>162</sup>, z założenia miały być wystarczające, aby unikać sporów dotyczących ochrony życia i zdrowia. Mimo to, zjawisko terapii daremnej jest szeroko dyskutowane i nie jest niespotykane w pracy szpitali.

Przywracanie do zdrowia lub zapewnianie komfortu wymaga specjalistycznych umiejętności, dlatego leczenia podejmuje się wykwalifikowany personel medyczny, przygotowany na to, co przekracza podstawowe kompetencje chorujących osób oraz ich opiekunów. Gdy niedostatki fizyczne są na tyle znaczące, że nie można samodzielnie powrócić do zdrowia, konieczne jest zaangażowanie innych osób — sam stan pacjenta wyraża prośbę o opiekę. Ponieważ nadal sądzimy, że postawiony jest wybór, a nie wymóg, w jaki sposób udzielić pomocy, pojawiły się wątpliwości, czy zawsze należy pomagać. Nie wszyscy pacjenci otrzymują pomoc w postaci opieki medycznej, a wręcz brak pomocy stał się sposobem jej udzielania. Pacjenci odesłani do domu zostają sami z problemem, który na pewnym etapie zaczyna rozwiązywać się na drodze pogorszenia stanu i jego załamania<sup>163</sup>. Ponieważ stan *odchodzącego* nie może się poprawić lub choćby ustabilizować bez odpowiedniej opieki, wymaga od osób towarzyszących podjęcia decyzji — nawet odmówienie udzielenia pomocy jest decyzją. Nie zawsze osoby chore mają okazję do wyrażenia swoich potrzeb, tym bardziej prośby o opiekę. Jeśli *odchodzący* musi wyrażać prośbę, to nawet spełniona względem niego czynność znacznie traci na wartości. Podstawową kompetencją w pracy z *odchodzącymi*, niezależnie od tego, czy jest się lekarzem, opiekunem czy bioetykiem, to dotarcie do potrzeb pacjentów. Potrzeb, nie pragnień i życzeń<sup>164</sup>, lecz potrzeb, których spełnienie potwierdza jakość sprawowanej opieki. Podobnie jest ze wspomnianą wielkością człowieka — jeśli wymaga potwierdzenia, nie jest zbyt okazała. Kondycja ludzka jest określana przez wspólny stosunek do zjawisk, jakie dotyczą każdego. Narodziny, choroba i śmierć, dotycząc jednej osoby, zawierają w sobie pytanie o obecność kogoś drugiego. Pytanie to wybrzmiewa dopiero, gdy osoba chora przestaje być samodzielną,

---

<sup>161</sup> Zob. ujęcie metod normatywne i nienormatywne (empiryczne) w bioetyce — B. Chyrowicz, *Metodologia bioetyki*, [w:] „Diametros” 2014, 42, s. 15-22.

<sup>162</sup> Zob. T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press 1979.

<sup>163</sup> *O godności i jej praxis*, s. 167.

<sup>164</sup> Zob. T. Biesaga, *Autonomia a godność osoby*, [w:] red. G. Hołub, P. Duchlinski, T. Biesaga, *Od autonomii osoby do autonomii pacjenta*, Wydawnictwo Św. Stanisława, Kraków 2013, s. 179.

odchodzi w szpitalu, hospicjum<sup>165</sup>, czy w domu. Pytanie jest artykułowane wprost dopiero w chwili zagrożenia życia i zdrowia, lecz potrzeba pojawia się wcześniej. Opieka jest konieczna zawsze na początku życia i zawsze u jego kresu. Konieczność opieki nad dzieckiem jest oczywista, natomiast *odchodzący* nie zawsze prosi o obecność, gdy umiera. Niemniej, prośba jest formułowana niezależnie od obecności adresata i tylko niekiedy zostaje wysłuchana. Stąd inne czynności należą do opieki nad osobami umierającymi, na co zwracamy uwagę opisując czynności konieczne do wykonania dla lekarza, opiekuna oraz badacza.

Opiszemy, podług poruszanej problematyki, zjawiska niedostatku i nadmiaru, jakie napotykałyśmy w obliczu śmierci innego. Analizy problemu terapii daremnej, terapii uporczywej, nieobecnej troski, nieobecnej godności — gdy czas na odpowiedzi moralne wobec *odchodzących* określa bliskość śmierci, momenty „wkrótce umrze”, „wkrótce umrę” oraz „umiera”, „umieram” — są uzupełnieniem aktualnych badań bioetycznych. Projekt bioetyki refleksyjnej ma za zadanie radykalnie podkreślić znaczenie zaangażowania w opiekę nad *odchodzącymi*, koncentrując się na zadaniach lekarza, opiekuna oraz badacza naukowego. Ponieważ bioetyk nie jest lekarzem, polegać musi na swoich etycznych kompetencjach, a w niniejszym przypadku — filozoficznych, aby uzupełnić leczenie pacjenta lub zapewnianie mu komfortu. „Nie tylko medycyną się leczy”<sup>166</sup>; lecz w takim razie, na co i w jaki sposób

---

<sup>165</sup> Opieka hospicyjna — w ustawie z 2004 roku uwzględnia się, że świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, w tym do opieki paliatywno-hospicyjnej. Jednakże artykuł 15. tej ustawy i sama ustawa tylko raz wspominają o tym rodzaju opieki. Świadczeniobiorcy, w punkcie 1. artykułu 15.: „mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie”. Natomiast w punkcie 2. tego samego artykułu czytamy: „Świadczeniobiorcy zapewnia się i finansuje ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie”, mimo, iż ustawa nie proponuje norm dotyczących świadczenia opieki hospicyjnej. Dopiero samodzielne poszukiwania świadczeniobiorców unaocniają, że znaczną część ośrodków zapewniających opiekę hospicyjną obejmuje sektor prywatny. Oddziały szpitali zarówno w dużych, jak i w małych miejscowościach są zbyt małe, aby zapewnić wszystkim swoim pacjentom miejsce i opiekę, którą nazywamy hospicyjną, stąd szpitale zobowiązane są do kierowania pacjentów do właściwych ośrodków. Hospicjum nie tyle stacjonarne, co domowe, jest w stanie zaspokoić większość potrzeb pacjenta. O obowiązkach podczas opieki hospicyjnej decyduje stan pacjenta. „Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych”. Dodajmy, że ruch hospicyjny ma swoje początki w latach 1967–74. W Polsce mówimy o ruchu hospicyjnym od lat 80. XX wieku. Zob.: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r., Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135 — <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20042102135> (dostęp: 3.10.2022); Dz.U. 2018 poz. 742, Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000742> (dostęp: 3.10.2022); J. Janiszewska, L. Pawłowski, M. Lichodziejewska-Niemierko, *Obraz pacjenta w terminalnej fazie choroby w świadomości osób zdrowych*, [w:] *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2011, 5, s. 10; K. Szewczyk, *Bioetyka*, t. 1: *Medycyna na granicach życia*, s. 288-89.

<sup>166</sup> *O godności i jej praxis*, s. 164-165.

musi odpowiedzieć bioetyka refleksyjna, by rzeczywiście zapewnić *odchodzącemu* właściwą opiekę u kresu jego życia? Aby przeprowadzić analizy, nie potrzebujemy pełnych kompetencji z zakresu medycyny, dlatego nie będziemy podważać kompetencji medycznych, lecz analizować te moralne<sup>167</sup>. Nadal, dystansujemy się od zajmowania stron, ponieważ próbujemy wskazać, kiedy to, co warte jest uczynienia, jest podejmowane, a kiedy — poniechane. O wdrożeniu jakiegokolwiek projektu decydują osoby — decydując o postawie moralnej względem innych osób.

Doświadczenie skończoności własnej dotyka *odchodzącego*. Doświadczenie skończoności nie własnej, lecz skończoności innego, dotyka osoby postronnej, jeśli śmierć innego nie jest dla niej obojętna. Nie skończoność ludzkiego życia jest głównym przedmiotem rozważań w tej rozprawie, lecz to, jaką postawę wybieramy wobec *odchodzących*. Zwłaszcza wtedy, gdy mówią o nieobecnej godności. Skończoność życia osoby i pacjenta to ta sama skończoność, z tą różnicą, że ciężko chory pacjent słysząc diagnozę, dowiaduje się, ile pozostało mu czasu — w znaczącym przybliżeniu. Czy to realnie przybliża pacjenta do śmierci? Każdy człowiek umrze, niezależnie od stopnia uświadomienia sobie tego faktu. Dobre zdrowie czy młody wiek nie oznaczają jeszcze, że śmierć jest mniej prawdopodobna, odległa bądź łagodna. Z pewnością osoba umierająca może mniej niż osoba względnie zdrowa, to nie tylko je różni, ale łączy — temu, kto może mniej, potrzebny jest ktoś, kto może więcej.

Narracja badacza nie powinna być nacechowana brakiem związku ze światami przeżywanymi zaangażowanych osób, ponieważ zarówno narracja niniejszej rozprawy, jak i światy przeżywane, dotykają i dotykane są nieobecną lub uobecnianą godnością. Nie chodzi o obszerny, oparty o specjalistyczną wiedzę opis stanów psychicznych. Nie chodzi również o przegląd subiektywnych sądów czy dążenie to uchwycenia momentu obiektywnego lub zobiektywizowanego. Niemniej, w badaniach naukowych odnosimy poszczególny sąd do prawdy, jednakże uczestniczenie poprzez przeżywanie (świata) umiejscawia nas pośrodku sceny, niezależnie od tego, czego prawda miałaby dotyczyć. Przyjmujemy, że przeżywanie, przeżycie każdej z zaangażowanych osób uzupełnia obraz stanu świata, uzupełnia o warstwę o charakterze moralnym oraz czasowym.

Zdrowie, choroba, życie i śmierć mają swój koniec, są tymczasowe, decydują o okolicznościach, lecz nie o postawie wobec nich, bez względu na to, po której znajdziemy

---

<sup>167</sup> Zob. D.M. Adams, *Are Hospital Ethicists Experts? Taking Ethical Expertise Seriously*, [w:] red. J.C. Watson, L.K. Guidry-Grimes, *Moral Expertise. New Essays from Theoretical and Clinical Bioethics*, Cham 2018 („Philosophy and Medicine”, 129), s. 207–225.

się stronie jako pacjenci, opiekunowie, lekarze, badacze. Jakie znaczenie ma czas dla umierającego? Odległości minimalne i maksymalne między tym, co konieczne, a tym, co zbędne, stanowią o odpowiedniej mierze dla podejmowanych czynów. Z koniecznością i zbędnością wiąże się to, co trudne, łatwe, odpowiednie i daremne. Nie jest to przypadkowe, podobnie, jak nie jest przypadkowe zaakceptowanie własnej śmierci. Jako wartość, godność nie wyklucza żadnego życia. Jako dyspozycja, godność prowadzi do wyboru tego, co dla życia najwłaściwsze, nie polegając jednak na ocenie życia, lecz na wadze czynów, które utrzymają miejsce *odchodzącego* i ochronią go przed tym, co niekonieczne, mimo, że *odchodzący* umiera. Ochronią przed niekonieczną utratą. Bez uwzględnienia osobowej narracji ochrona osób nie będzie możliwa. Choć polegamy na ramach, koncepcjach zapewnionych przez etykę, to w bioetyce ich nie aplikujemy, tylko za każdym razem, ponawiając trud odpowiedzialności moralnej i badawczej, uzupełniamy narrację własną oraz *odchodzącego*, uaktualniając model teoretyczny — do języka osobowego i osobistego. Stany zmienne, tymczasowe, terminalne, zestawiane są z tym, co absolutne, chciałoby się napisać — niezienne — wobec wartości. Jednak, jakie wartości mogą być urzeczywistniane, gdy stajemy w obliczu ludzkiego bólu, ostatecznego? Jakie wartości mają znaczenie, jeśli na znaczeniu tracą osoby, zapewniające nam nasze doświadczenie wartości relacyjnych? Podobnie, jak przy analizowaniu pojęcia godności, uwzględnimy zjawisko niedostatku.

### **Niedostatek**

Zestawiamy niedostateczność z całością i doskonałością; posługując się tym rozróżnieniem, doprowadzamy do uwypuklenia się przeciwieństw. Powszechnie niedostatki mają znaczenie pejoratywne, choć towarzyszą ludzkim dziełom. Godzimy się na określoną, niewielką liczbę niedostatków. Akceptowalne niedostatki towarzyszące naszym czynom świadczą o obecnym w dziełach ludzkim języku, jaki cenimy, przemawiając w nim w przestrzeni tego, co nam bliskie — w przestrzeni naszego świata. W tym świecie ludzki język nie jest metaforą. W mniejszym stopniu cenimy to, co jest niedoskonałe, więc zwykle niedostatki nie spotykają się z aprobatą. Jednakże doceniamy to, co pomaga nam dotrzeć do innego, porozumieć się z nim w indywidualny sposób, niemożliwy do powtórzenia w innych relacjach. Kategoria niepowtarzalności wymyka się naukowemu standardom, niemniej, również należy do pożądaných określeń moralnie słusznego działania. W badaniach poszukujemy wzorców etycznych dla indywidualnych czynów i chociaż niedostatki będą nadal obecne, mamy na uwadze ich minimalizowanie. Nie lekceważymy niedoskonałości, lecz dążymy do ich poprawy, wypełnienia za sprawą troski. Troska nie stanowi

usprawiedliwienia dla niedostatków, raczej pokazuje, że indywidualna próba dotarcia do innego, zadbania o niego, włącza ograniczoną liczbę drobnych niedostatków o charakterze moralnym. Troska potwierdza, że próba dotarcia ma miejsce, sama nie jest narzędziem, ale sposobem docierania do innego. Postępowanie wobec *odchodzącego* jest nacechowane niedostatkami — jak rozpoznać, które przyczynią się do jego krzywdy, a które pomogą nam do niego dotrzeć i ostatecznie, ocalić? Otaczając innego opieką, rozpoznajemy i spełniamy jego potrzeby; czynimy to na różne sposoby, odpowiadając na różne potrzeby. Chroniąc innego, interpretujemy język wartości, nie inaczej, jak właśnie docierając do niego. Na próby dotarcia składają się te wszystkie drobne, podstawowe, praktyczne i niepraktyczne<sup>168</sup>, ważne i niepowtarzalne czynności. Niekiedy opieka nie spełnia określonych standardów, nawet wtedy, gdy wykonano wszystkie podstawowe i przewidziane przez liczne wymogi czynności wokół osoby chorej. Czego zatem zabrakło? Gdzie pojawił się niedostatek? Pierwszym krokiem do zrozumienia problemu jest udzielenie odpowiedzi na pytanie, co sprawia, że czyn wobec *odchodzącego* jest rozpatrywany w kategoriach moralności. Każdy moralny czyn ma swój kierunek, a kierunek ten wyznacza drugi człowiek. Na niniejszych stronach, drugim jest *odchodzący*. Każdy moralnie słuszny czyn ma wagę i znaczenie, odpowiadając na niedostatki lub nadmiar. Jak zapytać o cel, gdy nie wiemy niczego o śmierci *odchodzącego*?

Opieka, opiekuńcza obecność, nie przesądza o strukturze relacji. Co więcej, w refleksyjnej postawie opieka nie tyle odwraca, co równa pojęcia pełnionej służbę; służąc innemu, służymy również sobie. Inny nie prosi o to, aby opiekować się nami, lecz stwarza sytuację, tworzy przestrzeń, w której służba zyskuje swoją istotę i ma cel. Gdy *odchodzący* objęty opieką — nie doświadcza opieki, należy zapytać o źródło tego niedostatku. Można wskazać konkretne czyny, które zostały wykonane nieprawidłowo lub nie zostały wykonane wcale, rzadko jednak pytamy o doświadczone osoby; zarówno *odchodzący* doświadcza niedostatku, jak i osoba podejmująca czyny wobec *odchodzącego*. Nie odkrywamy niczego nowego, niemniej warto podkreślić, że niedostatki dotyczą dzieł i czynów, natomiast o osobach niedostatki nie decydują w tej samej mierze, co brak. Czy niedostatek ma miejsce w osobie? Ktoś mógłby zapytać o status indywidualnej kondycji moralnej — naznaczonej niedostatkami. Otóż wszystkie indywidualne kondycje moralne są niedoskonałe, mniej lub bardziej. Obecność charakterystycznej dla kondycji skazy wpływa na trud doskonalenia, indywidualną mowę bycia, naznaczania go. Doskonalimy się — spotykając innego. Niedostatki są wpisane w naszą kondycję oraz czyny, lecz to nie w niedostatku tkwi ewentualne uchybienie czy zło. Złem, rzeczą niegodną i krzywdzącą, jest tkwienie

---

<sup>168</sup> *O godności i jej praxis*, s. 154, 164, 174.

w niedostatku, mimo uświadomienia, że się chybiło — że nie dotarło się do innego, choć ten powierzył nam swój los. Niedostatek nie ma miejsca w osobie, ponieważ osoba nie może być w niedostateczny sposób — człowiekiem.

Jak pojawia się niedostatek moralny? Wkrada się pod nieobecność uważności oraz troski, co daje początek wszelkim uchybieniom i błędom. Nawet niewielki niedostatek troski o właściwy kierunek działania może stać się niedostatkiem przytłaczającym, prowadzącym do niepotrzebnych, zbędnych czynów. *Odchodzący* nie staje się zbędny, choć zwykle to on dochodzi do wniosku, że jest niedostateczny. Niedostatek zdrowia nie jest niedostatkiem moralnym. Doświadczenie niedostatków ze strony innych nie oznacza, że jesteśmy niedostateczni. Niemniej, doświadczenie unaocznia stopniowalność czynów niedostatecznych, chybiających, aż do ich nadmiaru, do działań bezcelowych. Tak nadmiar niedostatków prowadzi do daremności.

Jest wiele powodów, dla których *odchodzący* może odczuć niedostatek. Równie możliwe jest, że w pozornie niekomfortowych warunkach osoba umierająca przyjmie, że odchodzi godnie. Zatem nie musi chodzić o komfort, stąd źródeł niedostatków należałoby szukać gdzie indziej. Co decyduje o tym, że spełnienie wszystkich oczekiwanych warunków okazuje się być minimalnym zapewnieniem poczucia godności, a niekiedy spełnienie jednego warunku wystarcza, aby godność była uobecniona? O warunkach opieki, jak się zdaje, decydują okoliczności, czynniki społeczne, ekonomiczne. Jeżeli przyjmiemy, że o warunkach opieki decyduje osoba, która powinna być objęta opieką, dostrzeżemy różnicę między poczuciem godności, będącym wrażliwością na wartości, a uobecnieniem godności, będącej dyspozycją. Ujawniamy właściwości naszej relacji z innym; podejmujemy kwestię tego, co jest do uczynienia przez nas oraz szacunku wobec tego, co *odchodzący* uczyni w obliczu własnej śmierci. Okoliczności i czynniki stanowią zmienne, uzupełniając się w konkretnej sytuacji dla *odchodzącego*. Natomiast *odchodzący* konfrontuje się z własnym umiarem — dla niego przyjście śmierci nadejdzie niezależnie od okoliczności. Lecz, jaka będzie śmierć? Godność nie wiąże się tylko z poczuciem, dlatego traktowanie jej jedynie jako idei niesie ze sobą ryzyko abstrakcyjnych rozwiązań, pomijających indywidualne osoby, niepowtarzalne okoliczności. Gdy godność traktowana jest jako dyspozycja, jej uobecnienie nie pozwala przeoczyć osoby przeżywającej swoją godność. Lub, godności utratę. *Odchodzący* oddala się od godności pojmowanej jako wartość, lecz nie chodzi o wartość, tylko o utratę dyspozycji do samodzielnego uobecniania. Nie podejmując właściwych czynów wobec *odchodzącego*, dany zostaje wyraz własnej niedostateczności. Mimo to, niedostatków nie sposób uniknąć; dokonanie poświadcza o człowieku w takim samym stopniu, jak niedokonanie. Jest to bliskie

temu, co Dietrich von Hildebrand nazywał „niesprostaniem”<sup>169</sup>, utrzymującym człowieka w stanie uchybienia, a gdy cel jest już nieosiągalny — w rozdarcu. Dopóki człowiek nie naprawi swoich błędów, do czego wzywa go sumienie mówiące „tak” lub „nie”<sup>170</sup>, dopóty rozdarcie będzie się pogłębiać.

Dar opieki oddziałuje obustronnie. Jeśli nie bierzemy udziału w życiu innych, *odchodzących*, wtedy osoby umierające jedynie odchodzą. Jeżeli bierzemy udział w życiu innych, zajmujemy miejsce w relacji, to odchodząc, osoby umierające zmieniają nasz świat przeżywany — po raz ostatni. Nie sposób podać miarę tej zmiany. Podobnie, nie można zmierzyć cierpienia drugiego człowieka. Odczuwamy je w rozmowie, w milczeniu, w nieobecny spojrzeniu, w niespokojnym śnie. Aby przybliżyć nas do przeżycia bólu innego, zaproponowano model „bólu totalnego”<sup>171</sup>. Model ma uświadomić osoby obcujące z pacjentem, że doświadczany przez niego ból wyrywa się próbom oszacowania, głównie z powodu swojej wielowymiarowości. Zarówno ciało, umysł i duch pacjenta ulegają osłabieniu, wpływając na rosnące trudności w kontaktach z innymi osobami. Lęk przed śmiercią, obawa o przyszłość, uczucie bezradności i bycia ciężarem<sup>172</sup> wzmagają trudności w życiu osoby chorej i w obcowaniu z nią. Istotna jest komunikacja, zarówno werbalna, jak i niewerbalna; pacjent powinien być przekonany o tym, że rozmowa z nim jest nie tylko koniecznością, ale i formą nawiązania relacji — sugerują to szacunek, życzliwość, cierpliwość, ofiarność, słowność, uczciwość, wiarygodność, łagodność oraz pokora<sup>173</sup>. Zwykle jako pierwszą *odchodzący* wymieniają obawę przed umieraniem w samotności<sup>174</sup>. Stają się osamotnieni, gdy prośba o obecność spotyka się odmową. Odmowa lub zgoda nie

<sup>169</sup> D. von Hildebrand, *Etyka*, przeł. Z. Zwoliński, [w:] red. M. Grabowski, *Nicolai Hartmann, Dietrich von Hildebrand. Wypisy z „Etyki”*, Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 1999, s. 110.

<sup>170</sup> Sokratejski daimonion był głosem mówiącym „nie”. Zob. Platon, *Obrona Sokratesa*, [w:] Platon, *Uczta, Eutyfron, Obrona Sokratesa, Kriton, Fedon*, przeł. W. Witwicki, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1988, 31 D, s. 284.

<sup>171</sup> Model bólu totalnego zaproponowała Cicely Saunders. Składowe to ból i objawy somatyczne, cierpienie duchowe, objawy psychiczne oraz trudności socjalne. Twierdziła, że taki rodzaj bólu ma fizyczne, duchowe, mentalne i socjalne elementy. Zaczynając od bólu miejscowego, doświadczenie totalności ogarnia pacjenta, co wpływa na to, jak się postrzega i jak doświadcza — siebie. Złożoność bólu pacjenta wymaga od jego lekarzy i personelu medycznego świadomości, iż opieka również jest złożoną umiejętnością. Totalność nie pozwala, aby w leczeniu i w zapewnianiu pacjentowi komfortu traktować każdy z objawów osobno. Autorka była zdania, że odpowiednio dobrane leki i środki uśmierzające ból mogą sprawić, aby pacjent nie doświadczał bólu i jednocześnie był świadomy. O tym jednak decyduje np. rodzaj choroby i stan jej zaawansowania. Warto dodać, że wiele zależy nie od samych leków, a od postawy lekarzy wobec doświadczenia pacjenta. Zob. T. Dzierżanowski, *Bioetyczne aspekty opieki paliatywnej* (2.1-2.2), [w:] T. Dzierżanowski, A. Ciałkowska-Rysz, *Medycyna paliatywna*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2019, s. 23; C. Saunders, *The Last Frontier*, [w:] *Cicely Saunders: Selected Writings 1958–2004*, wstęp D. Clark, Oxford University Press 2006, s. 136-141.

<sup>172</sup> J. Janiszewska, L. Pawłowski, M. Lichodziejewska-Niemierko, *Obraz pacjenta w terminalnej fazie choroby w świadomości osób zdrowych*, [w:] „Medycyna Paliatywna w Praktyce”, 2011, 5, s. 7.

<sup>173</sup> T. Dzierżanowski, J. Łuczak, *Komunikacja z pacjentem i jego rodziną* (6.1-6.4), [w:] T. Dzierżanowski, A. Ciałkowska-Rysz, *Medycyna paliatywna*, s. 45-46.

<sup>174</sup> *O godności i jej praxis*, s. 159, 172-173.

znosi jeszcze trudności związanych z chorowaniem, starzeniem się i umieraniem. To, jak sobie z nimi radzimy lub nie radzimy, świadczy o kondycji naszej oraz społeczeństwa, jakie współtworzymy i nie chodzi tu o postęp nauk medycznych, rozwój techniki, lecz o wspólną moralność. Nic nie zastąpi obecności krewnych i bliskich, których obecność jest potrzebna na każdym etapie choroby do momentu śmierci. Jesteśmy w stanie ocenić, czy ktoś cierpi i odnieść to do skali znanych nam rodzajów bólu. Czy tego rodzaju odniesienie, oszacowanie, jest miarodajne? Pomijanie cierpienia byłoby tworzeniem fikcyjnych opisów. Istnieje ból fizyczny i jego fale, od krótkich, po długotrwałe. Istnieje również ból psychiczny, duchowy; nie chodzi o oddzielenie materii myśli i ciała, ale o bliskość odczuwania oraz przeżywania bólu. Gdy terminalny pacjent traci, a potem odzyskuje świadomość, to treścią tego względnie przytomnego stanu jest cierpienie. Nawet jeśli umysł jest skutecznie odseparowany od sygnałów o stanach własnego ciała, to również w myśleniu wydarza się ból, zawiera się on nie w odczuwaniu, lecz przeżywaniu stanu całości, czyli osoby w danej kondycji i w konkretnym położeniu. Myślenie łączy ciało ze stanami umysłowymi i to nie cielesność jest zawsze źródłem bólu, ale doświadczenie rozpadu. To w myśleniu rozpada się i ciało, i życie.

To nie czasu jest zbyt mało lub zbyt wiele; to nie niedostatek czasu sprawia, że doświadczenie staje się trudne, lecz niedostatek o charakterze moralnym. Wystarczy zbyt mało troski, uważności, aby przeoczyć nie tylko potrzeby osoby odchodzącej, lecz również samą osobę. Dlatego na początku wymieniamy niedostatek — zwiastujący zbliżanie się do stanu daremności.

### **Daremność i jej odmiany**

Gdy umieranie jest pozbawione znamion ludzkiego, wiele miejsca i uwagi powinno poświęcić się godności. Zazwyczaj jest już wtedy za późno, musimy zatem dotrzeć do momentu wcześniejszego, zanim *odchodzący* zderzył się z brakiem godności. Niedostatek dotyczący godności rodzi pytanie o to, czy może być niewzruszona, niewrażliwa na pozbawianie i darowanie. Nie chodzi jedynie o zapewnienie podstawowego komfortu, do którego zaliczamy podanie pokarmu, płynów, środków uśmierzających ból, dbałość o higienę, zachowanie ciepła i względną stabilizację. Model bólu totalnego podpowiada raczej, że potrzeby pacjenta również zderzają się z totalnością.

Gdy leczenie ustąpiło czuwaniu, poniekąd zdecydowano o tym, co byłoby bezcelowe w dalszej terapii. Kryteria, według których terapia jest daremna lub uporczywa, nie będą wystarczające, jeśli nie będą rozpatrywane indywidualnie. Procedury i statystyki chronią

pacjentów oraz personel medyczny wtedy, gdy są traktowane jako narzędzia pomocnicze, nie wyznaczające zakresu obowiązków w sposób jednoznaczny. Nie można kształtować sumienia lekarza czy wrażliwości społecznej bez ryzyka chybienia. Nie można również ratować ludzkiego zdrowia, życia czy zapewniać godnej śmierci bez przekonania, że pomaga się człowiekowi, a nie procedurom w ich dopełnieniu. Praktyka powinna równoważyć oba poziomy, co udowodnili lekarze zachowujący elastyczność wobec procedur, na przykład inicjując pożegnania umierających pacjentów z ich bliskimi w czasie epidemii<sup>175</sup>. Pozytywna jakość pozostałego życia *odchodzącego* nie opiera się głównie na zapewnieniu miejsca w szpitalu czy ośrodku, lub na dostępie do nowoczesnego sprzętu medycznego, ale w pierwszej kolejności, na obecności drugiej osoby. Podstawowe warunki nie są jedyne, a wyłącznie minimalne. Bliskość innego człowieka, aby wraz z jego obecnością doświadczyć akceptacji, wsparcia i zrozumienia dla indywidualnego położenia, jest nieoceniona. Jeśli standard szpitala nie zapewni *odchodzącemu* takiej bliskości, a nie jest ona nieosiągalna w pracy z pacjentem, to na nic się nie zda wyposażenie i wysokie kwalifikacje personelu. Jeśli opieka pozbawiona jest troski, staje się jedynie dopełnieniem procedury. Wymogi i formalności nie są źródłem obowiązku, podobnie jak nie są źródłem istoty opieki. Opieka jest czymś pierwszym wobec obowiązku, ma on na celu jedynie usprawnienie procesów, którym nie daje początku. Bez troski o to, co jeszcze jest do uczynienia wobec *odchodzącego*, zamykamy się w tym, co daremne. Wszystko, co zostaje przedsięwzięte, staje się zrazu bezcelowe, ponieważ opieka, by móc zostać w ogóle nazwana opieką, musi wypływać z troski o człowieka. Jeżeli *odchodzący* jest traktowany bezosobowo, to jego śmierć nie będzie godna, bez względu na to, gdzie i w jaki sposób umrze. Śmierć nie przesądza o całości życia, ale je współtworzy, jest ostatnim potwierdzeniem dla jego treści. By opowiedzieć o tym, jak pozwalamy umierać sobie oraz innym osobom, musimy zapytać o to, co dzieje się wcześniej, przed odejściem.

### **Daremność**

Czym jest daremny trud, daremny czyn? Rozważamy daremność (od łac. *futilitas*), ponieważ w sferze moralności daremne czyny nie są obojętne, z pewnością nie dla osoby działającej. Niekiedy, wykraczając poza skalę obojętności, dla osoby, do której adresowany jest daremny czyn — daremność doprowadza do jej krzywdy. Krzywda po stronie działających nie jest widoczna, co nie znaczy, że nie należy jej odsłonić.

---

<sup>175</sup> *O godności i jej praxis*, s. 159-160, 175.

Próżny, daremny trud sugeruje, że wyznaczony cel nie zostaje lub nie może zostać osiągnięty. Bierzemy pod uwagę brak osiągalnego celu, gdy oceniamy sens daremnego działania. Koncentrując się na nieosiągalnym celu, nie dostrzegamy wywołanych skutków. Wtedy trudność nie dotyczy samego działania, lecz dostrzegania osoby, której działanie miało dotyczyć. Umiejętność dostrzegania cechuje postawę refleksyjną, jaką badacz powinien kształtować, gdy opisuje badane zjawiska i uczestniczy w nich; refleksja pogłębia wgląd i decyduje o interpretacji<sup>176</sup>. Co istotne, jako badacze opisujemy i analizujemy zjawiska, lecz nie tylko na rzecz rozwoju nauki. Istotne jest również to, w jaki sposób uczymy (siebie i innych), jak radzić sobie z tym, czego doświadczamy. Z tego powodu wiele analizowanych zjawisk na dalszym etapie badań nie powinno być już przedmiotem rozpraw, lecz podlegać dyscyplinie dialogu. To na gruncie porozumienia rozwiązujemy problemy i konflikty, stąd poruszanie się w przestrzeni ogólnych pojęć ma swoje naturalne ograniczenia i ma niewielki wpływ na poprawę stanu osób doznających realnej krzywdy. Jako bioetycy wyznaczamy swoje cele jasno — analizując zjawiska medyczne, wprowadzamy narrację o moralności tam, gdzie jej zabrakło. Procedury medyczne nie są moralnie obojętne. Mogą być one obojętne, gdy nie naruszono żadnej zasadnej granicy moralnej i czyn możemy opisać jako neutralny. Nie znaczy to, że oczekujemy od środowiska medycznego rzeczy nieosiągalnych, jak, na przykład, stuprocentowa skuteczność w ratowaniu życia pacjenta w każdym wieku. Znaczy to, że oczekujemy od siebie, bioetyków, osiągalnej pod względem naukowym — uważności. Ponadto, uzupełniamy narrację moralną nie o własne poglądy, tylko doświadczenia oraz poprzez włączenie do dialogu innych zaangażowanych osób, tj. badaczy, lekarzy, opiekunów, pacjentów. Tylko właściwy kontekst indywidualnego życia pozwala rozpoznać, co jest do uczynienia na rzecz — tego właśnie życia. Podkreśliśmy, że w tym miejscu pojęcie życia i osoby jest tożsame — i prawdopodobnie tylko w tym.

Daremny trud wiąże się z chybianiem; do wyznaczonego celu prowadzą niewłaściwe kroki lub, niezależnie od podjętych kroków, cel pozostanie nieosiągalny. Branie pod uwagę obu tych możliwości jest znaczące. Lecz, czy to cel określa działanie daremne, czy brak celu? Spróbujmy przeanalizować problem terapii daremnej, aby przekonać się, czy możemy zapewnić naukowe wsparcie dla indywidualnych interpretacji godności.

---

<sup>176</sup> Zob. E. Husserl, *Medytacje Kartezjańskie*, przeł. A. Wajs, wyd. I z dodaniem uwag krytycznych R. Ingardena, Biblioteka Klasyków Filozofii, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1982, s. 51-51. W swoim dziele Husserl wspomina o chronieniu przed interpretacją, co również porusza ważną kwestię stosunku danych i ich analiz. Postulujemy jednak, że przy zachowaniu wysokich standardów naukowych, istnieją interpretacje zasadne, konieczne dla podjęcia moralnie słuszných czynów. Do samej refleksyjności powrócimy jeszcze w rozdziale III niniejszej rozprawy.

Daremna terapia jest kontynuacją leczenia, które nie doprowadza już do poprawy stanu zdrowia osoby, lecz do jego pogorszenia (pogłębienia)<sup>177</sup>. Jeśli terapia będzie kontynuowana, utrudni względną stabilizację i komfort dla pacjenta, albo doprowadzi do załamania. Załamanie jeszcze nie oznacza śmierci. Oznacza raczej, że umieranie będzie długotrwałe.

„Z praktycznego punktu widzenia lekarza zdefiniowanie pojęcia terapii daremnej nie wystarcza do jego prawidłowego zastosowania w działalności leczniczej, podobnie jak zrozumienie istnienia choroby nie skutkuje automatycznie poprawą zdrowia pacjenta”<sup>178</sup>.

Sama koncepcja terapii daremnej pojawiła się około 1990 roku<sup>179</sup> i jej analizy dopiero niedawno nabrały tempa. Okazało się, że nie jest to jedynie koncepcja. Wstępnie jako daremne rozróżniamy kolejno trzy procedury. Pierwsza „nie daje jakiegokolwiek skutku fizjologicznego”; druga to „brak szans na przedłużenie choremu życia poza bezpośredni kryzys”; trzecia rozpoznana jest jako „brak szansy na liczące się przedłużenie życia”<sup>180</sup>. Słowo „liczące” oznacza tyle, ile może znaczyć zbyt niewiele, aby stanowiłoby to dla pacjenta różnicę — między tym, co do przyjęcia a tym, co wiąże się jedynie z utratą. O tym „niewiele” decyduje pacjent, a przynajmniej powinien, ponieważ „niewiele jest pojęciem względnym. Prócz resuscytacji jako przykładu procedury medycznej, która jest daremna, czyli w konsekwencji medycznie i moralnie nieuzasadniona, wymienić można podawanie silnych leków, dializę lub podłączenie do respiratora. Przykładem na rzecz rozeznania, gdy daremne byłoby podawanie silnych leków jest leczenie „antybiotykami zapalenia płuc u osób umierających na chorobę nowotworową”<sup>181</sup>. Umieranie jest złożonym procesem, na każdym z jego etapów wymagane są konkretne czynności medyczne i o charakterze moralnym lub wymaga się wręcz odstąpienia od jakichkolwiek czynności. Dla osoby umierającej podanie leków nie poprawi jej stanu, lecz istotny jest tutaj powód, dla którego leków tych nie podajemy. Decyduje o tym dobro pacjenta, aby nie przedłużać dla niego stanu zawieszenia,

---

<sup>177</sup> Por. *Galen's Epistemology. Experience, Reason, and Method in Ancient Medicine*, red. R.J. Hankinson, M. Havrda, Cambridge University Press 2022, s. 98. Przykład ten pokazuje, jak dawno już starano się ująć granice między tym, co warto, a tym, czego nie warto robić podczas leczenia. Prace Galena obciążone są dużym marginesem błędu, jednakże wyraźne są założenia stojące za jego badaniami. Jeżeli zawczasu nie dotrzemy do źródła problemu o naturze zdrowotnej, dalsze działania będą daremne i nie uratują pacjenta. Dziś skala problemu jest większa, ponieważ daremna terapia niesie ze sobą większe konsekwencje — nie uratujemy pacjenta, wręcz doprowadzimy do pogorszenia stanu jego zdrowia, utrzymując go w stanie zawieszenia na długo przed śmiercią.

<sup>178</sup> A. Kübler, J. Siewiera, *Terapia daremna dla lekarzy i prawników*, s. 20.

<sup>179</sup> K. Szewczyk, *Bioetyka*, t. 1: *Medycyna na granicach życia*, s. 303.

<sup>180</sup> *Ibidem*, s. 304-305.

<sup>181</sup> *Ibidem*.

nie tyle niehumanitarnego, co antyhumanitarnego. Dla podjęcia takiej decyzji nie ma znaczenia czynnik ekonomiczny, czyli zaoszczędzenie środków leczniczych dla innych pacjentów. To, co pomijamy w procesie decyzyjnym, również ma znaczenie i świadczy o moralnej kondycji. Przywołajmy inny przykład, który pomoże wybrzmieć wątpliwościom: zalecenie onkologa, aby pacjentowi z chorobą nowotworową podano chemioterapię po raz siódmy, co przedłuży jego życie, jak lekarz przewiduje, o około trzy miesiące<sup>182</sup>. Czy trzy miesiące są już wystarczająco „liczące się”? Jakie kryterium byłoby rozsądne?; poniżej miesiąca wszystko jest daremne, powyżej miesiąca do trzech miesięcy — wątpliwe, a powyżej trzech — korzystne dla pacjenta? Jeśli pamiętać o tym, że medycyna, podobnie jak inne specjalizacje, wiąże się ze służbą w świetle określonych wartości (przypomnijmy: zdrowia i życia), wtedy korzystne wobec osób jest właściwie to, co osobowe. Korzyść szybko sprowadza się do rachunków i szacowania, zarządzaniem zasobami, w tym ludzkimi, co jest od dawna powszechne, lecz w bioetyce jest czymś nie do przyjęcia. Ustalanie wszelkich kryteriów niesie ze sobą ryzyko statystycznego uogólniania, dlatego zastanówmy się nad tym, co zanika za sprawą statystyk. Zapytajmy o to, czego oczekuje pacjent — w jaki sposób liczą się dla niego trzy miesiące. To wszystko. Wskazania, jak postępować przy poszczególnych schorzeniach i ich komplikacjach są oczywiście konieczne, mimo to, wskazania nie są równoznaczne z nakazami. Obok nich są możliwości zarysowujące obszar stosowania tych wskazań. I tak, można podać po raz siódmy chemioterapię, aby pacjent przeżył jeszcze trzy miesiące; tak też uczyniono, po czym pacjent zmarł w przewidywanym czasie. Czym były dla niego te trzy miesiące? Czy go o to zapytano? Czy spędzenie ostatnich tygodni życia na szpitalnym oddziale — ma dla pacjenta znaczenie? Nie nakłaniamy, aby uznać „tak” lub „nie”, lecz żeby zastanowić się nad każdą z możliwości, jakie rzeczywiście byłyby korzystne dla pacjenta. Nie zawsze jest to dla pacjenta oczywiste, potrzebuje on więc rozmowy i wprowadzenia przez personel medyczny, aby wybrał to, co jest dla niego najlepsze. Procedury są ważne, lecz są przez nas uzupełniane. Do narzędzi wspierających uzupełnienie ogólnych wskazań, zaleceń i nakazów, jest sumienie. Nie proponujemy lekceważenia procedur — nakłaniamy do zadawania pytań o to, co procedury mogą przeoczyć, czy nawet wykluczyć, a co mogłoby jednak liczyć się dla pacjenta jako właściwe.

„(...) Należy przyjąć, że nikt w pełni świadomości nie życzyłby sobie uciążliwego przedłużania umierania”<sup>183</sup>. Jediną radykalną możliwością, jaką ma pacjent, aby nie brać

---

<sup>182</sup> *O godności i jej praxis*, s. 166.

<sup>183</sup> A. Kübler, J. Siewiera, *Terapia daremna dla lekarzy i prawników*, s. 25.

udziału w systemie zaleceń i wskazań, jest odmowa leczenia<sup>184</sup>. Mniej radykalne są deklaracje, od niedawna składane przez pacjentów (lub potencjalnych pacjentów). Oprócz szczegółowego wywiadu, który przeprowadzany jest ze świadomym pacjentem lub jego rodziną na początku przyjęcia pacjenta na oddział, pacjent może zadeklarować swoją wolę *pro futuro*<sup>185</sup>. Deklaracja DNR (ang. *Do Not Resuscitate*), DNAR (ang. *Do Not Attempt Resuscitation*), AND (ang. *Allow Natural Death*) — w Polsce znana bardziej jako testament życia, jest oświadczeniem pacjenta, w rzadszych przypadkach jego rodziny, odnotowanym w dokumentacji. Europejska Konwencja Bioetyczna nie jest jeszcze w Polsce ratyfikowana, co w praktyce oznacza, że lekarz i ratownik w pierwszej kolejności odpowiadają przed polskim prawem i ich obowiązkiem jest walczyć o życie pacjenta; to strategia 0-1, czyli ratunek za wszelką cenę<sup>186</sup>. Dzieje się tak, ponieważ lekarz ponosi winę za niewłaściwe postępowanie wobec pacjenta w dwóch przypadkach: gdy popełni rażący błąd i gdy zaniecha udzielenia pomocy. Dla pacjenta w stanie paliatywnym ratunek w postaci resuscytacji jest dyskusyjny<sup>187</sup>, do niego właśnie odnosi się pierwsza procedura daremna. Resuscytacja nie jest wskazana dla pacjentów paliatywnych<sup>188</sup>, ponieważ możliwa, wywalczona jakość pozostałego życia jest znikoma. Co znaczy dla pacjenta słowo „znikoma”?

Obserwujemy rozwój medycyny i jej specjalizacji; jesteśmy w stanie zapewnić pacjentom fachową opiekę, patrząc choćby na lokalne, polskie szpitale i ośrodki. Oprócz opieki paliatywnej, do zakresu opieki zdrowotnej dołączyła opieka hospicyjna. Nie tyle stacjonarne, szpitalne, co domowe hospicjum — jest w stanie zaspokoić większość potrzeb pacjenta<sup>189</sup>. Śmierć *odchodzącego* nie jest niespodziewana, jednak idea hospicjum jest zgodna z ostatnią, radykalną próbą, aby przeciwstawić się bierności w oczekiwaniu na koniec. Formą pośrednią między hospicjum a szpitalem jest ośrodek funkcjonujący jako dom opieki. Nie jest ani domem, ani szpitalem, jednak zapewnia się w nim opiekę dla pacjentów, którzy nie mogli pozostać w miejscu zamieszkania ze względu na swój ciężki stan. Przede wszystkim, pacjenci

---

<sup>184</sup> M.P. Battin, *Najmniej zła śmierć*, przeł. J. Malczewski, [w:] *Antologia bioetyki*, t. I: *Wokół śmierci i umierania*, red. W. Galewicz, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2009, s. 129. Zob. też B. L. Miller, *Autonomia a odmowa poddania się leczeniu ratującemu życie*, przeł. O. Dryła, [w:] tamże, s. 111-128.

<sup>185</sup> Zob. M. Syska, *Medyczne oświadczenia pro futuro na tle prawnoporównawczym*, Wydawnictwo LEX, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.

<sup>186</sup> *O godności i jej praxis*, s. 168-169.

<sup>187</sup> A. Nowarska, *CPR a DNR w kontekście opieki paliatywnej*, [w:] „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2012, 6, 1, s. 10. Autorka powołuje się na Polski Kodeks Etyki Lekarskiej, pisząc, że „lekarz nie ma obowiązku podejmowania CPR i tak zwanej terapii uporczywej u osób chorych terminalnie. Ponadto przewiduje, że decyzja o rezygnacji z resuscytacji jest podejmowana przez lekarza i wynika z rozważenia czynników klinicznych”.

<sup>188</sup> *Ibidem*, s. 11.

<sup>189</sup> J. Janiszewska, L. Pawłowski, M. Lichodziejewska-Niemierko, *Obraz pacjenta w terminalnej fazie choroby w świadomości osób zdrowych*, [w:] „Medycyna Paliatywna w Praktyce”, 2011, 5, s. 10. W Polsce hospicjów jest jeszcze niewiele.

paliatywni nie mogą pozostawać w domu sami. Samotność, obok bólu, stanowi największe wyzwanie, z jakim mierzą się *odchodzący*<sup>190</sup>.

Podjęto starania, aby regulować terapię, unikając terapii daremnej. „Protokół zaprzestania” to wytyczne dla ograniczenia terapii daremnej, jaki powstał około 2014 roku i do teraz jest szeroko dyskutowany. W protokole czytamy, że:

„ograniczenie leczenia może przybierać formę niepodjęcia (*withholding*), czyli niewdrażania nowej metody leczenia, lub niezwiększania intensywności metody leczenia już stosowanej, albo formę odstąpienia od stosowania określonej metody leczenia (*withdrawing*)”<sup>191</sup>.

Podjęcie działań daremnych zaprzeczyłoby idei leczenia i dbałości o dalsze życie pacjenta. Dalsze życie — to pozostały czas dla *odchodzącego*; choć czasu jest niewiele, dalsze trwanie nie może być ani dalekie od godnego życia, ani bliskie przetrwaniu za cenę tego właśnie życia. Tu godność jako wartość spotyka się z godnością interpretowaną jako dyspozycja. Pacjent objęty opieką paliatywną lub terminalną jest zależny od innych osób, lecz to nie do nich należy decyzja o tym, jak daleko może sięgać granica tego, co godne, dotycząca *odchodzącego* bezpośrednio. Dalej czytamy, że daremna terapia to „podtrzymywanie czynności narządów nieprzynoszące korzyści dla pacjentów”<sup>192</sup>, których nie sposób już wyleczyć, a długotrwałe zapewnianie komfortu jest możliwe jedynie do momentu „zmęczenia” ciała — potem podtrzymywanie czynność jest dalekie od komfortowego i staje się uporczywe. Trudno podać szczegółowe, zarazem obiektywne kryteria dla daremnej terapii, aby żaden lekarz nie miał wątpliwości, co do podjętej przez siebie decyzji. Liczymy się z nadejściem momentu, gdy trzeba będzie podejmować decyzje w imieniu pacjenta.

Samo przejście między leczeniem a opieką paliatywną wiąże się z pewnym poniechaniem. Pierwszymi kryteriami, aby poniechać dalszego leczenia, nie są fundusze, wiek pacjenta, czy jego przekonania — a jego stan i stadium choroby. Równolegle pytamy o kryterium dla godności oraz utrzymanie pacjenta w relacji do niej — czyli tak naprawdę do nas — niezbędnej dla opieki i godnego odejścia. Dopiero na końcu listy kryteriów znaczenie ma zachowanie warunków opieki podstawowej. Po nich można pytać o drobne czynniki, które nigdy nie będą decydować o istocie opieki, bo ta — nie jest usługą.

---

<sup>190</sup> *O godności i jej praxis*, s. 159, 172-173.

<sup>191</sup> Zob. A. Kübler, J. Siewiera, G. Durek, K. Kusza, M. Piechota, Z. Szkulmowski, *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, [w:] „Anestezjologia Intensywna Terapija”, 2014, 46 (4), s. 229-234.

<sup>192</sup> *Ibidem*, s. 230.

Działaniem sprzeciwiającym się daremności — jest troska oraz bliskość, ale być blisko nie oznacza, że jest się w niewielkiej odległości od kogoś drugiego.

### Uporczywość

Daremność zawiera się w uporczywości, stanowiąc jej nadmiar. Zbyt wiele niedostatków sprawia, że wyznaczamy sobie nieosiągalny cel, chybiamy i nie dostrzegamy rozsądnego rozwiązania. Trudno przyjąć, że daremna terapia ujawniana jest w konkretnych sytuacjach, a jeszcze trudniej przyznać, jak swobodnie przechodzi w terapię uporczywą<sup>193</sup>.

Zapętlenie, zwłoka, uporczywość (ang. *tenacity* lub *persistence*); nie muszą być kojarzone z negatywnie rozumianym uporem. Uporczywość, na co mogą wskazywać przykłady językowe, bywa wyrazem wytrwałości. Lub, jak powiedzą inni, dzielności. Co sprawia, że dzielność przechodzi w uporczywość, udaremniając cnotę dojście do głosu?

Kłopot zdaje się tkwić w przekonaniu, iż poniechanie, które miałoby zakończyć działanie — nie każde, lecz jedynie działanie daremne — nadal jest pojmowane pejoratywnie. Wbrew intencji, aby nie doprowadzać do stanu daremności lub uporczywości, poniechanie rozumiane jest jako poddanie się, zaprzestanie leczenia, jakby istniała jeszcze możliwość poprawy kondycji zdrowotnej pacjenta i ocalenia go przed śmiercią. Zaprzestanie, jak proponują lekarze specjaliści, wymaga od nas wzięcia pod uwagę więcej niż mogą przedstawić dane diagnostyczne dotyczące poszczególnej kondycji zdrowotnej. Prócz oczywistej z medycznego punktu widzenia skończoności życia — tego, co trwa i co badane jest przez bioetykę — proponujemy, aby wziąć pod uwagę to, co dotyczy poszczególnej kondycji moralnej. Mamy możliwość wydłużyć ludzkie życie, co dzięki rozwojowi nauk i medycyny nie jest już tak trudne, jak dawniej. Z tego jednak powodu, nie zawsze jest to tak doniosłe. Wydłużając życie, oczekujemy czasu, nie wypełniając go obecnością tak, jak powinniśmy, zważywszy na ideę leczenia i niesienia pomocy cierpiącym osobom. Nie poświęciliśmy zbyt wiele czasu na wyznaczenie stosownych granic między wydłużaniem a przedłużaniem życia, doprowadzając do załamania kondycji zdrowotnej, co z kolei uniemożliwia rozwój — poszczególnej, wspólnej? — kondycji moralnej. Nie są one wobec siebie obojętne. Mamy na myśli konkretne kondycje moralne, które wpływają na inne, kształtując postawy wobec umierających osób czy samej śmierci. Miejmy w pamięci rozróżnienie między wydłużaniem a przedłużaniem życia.

Obecnie analizy kryteriów dla ograniczenia terapii daremnej i uporczywej nasiliły się, stawiając wysokie wymagania dla badań medycznych i bioetycznych w wieku XXI. Zmienia to

---

<sup>193</sup> *O godności i jej praxis*, s. 166.

nasze podejście do problematyki i zbliża do siebie perspektywy badawcze. To nie stanowiska, lecz perspektywy badawcze pozwalają dostrzegać więcej i odczytywać dane, wyniki analiz w kontekście, do jakiego przynależą. Nie ma innej drogi dla interpretacji; adekwatność odczytania ma zbliżać nas do prawdy, rzeczywistego stanu i realnych rozwiązań, podczas gdy nasz stosunek do prawdy nie jest dla ocen naukowych obojętny, nie jest jednak przedmiotem tych ocen. Dla przykładu, działania podjęte przez SOR (Szpitalny Oddział Ratunkowy) mogą być uznane w późniejszej diagnostyce pacjenta jako daremne<sup>194</sup>. Mimo to, praca SOR-u służy pacjentom w nagłych zagrożeniach zdrowia i życia, wymagamy więc szybkiej reakcji na zagrożenie, usunięcia zagrożenia lub jego zminimalizowania, a dopiero po pracy oddziału dysponujemy czasem na ocenę tego, czego dokonano. Ocena ta, we właściwym kontekście i historii zdrowotnej, może nie przystawać do naszej lub pacjenta interpretacji jego dobra, co pokazuje rozbieżność między wstępną oceną stanu a oceną późniejszą. Możemy ujemnie oceniać zastane przez nas sytuacje pacjentów, co więcej, możemy zawsze oceniać je ujemnie, lecz oceny nie są tożsame z leczeniem i poprawą komfortu pacjenta. Oceny służą leczeniu i poprawie komfortu, dlatego warto być świadomym własnego sądu, jednak jest to element analiz, tymczasowy punkt odniesienia. W badaniach sądy również podlegają analizie, a ich zmiany pomagają prześledzić koordynowanie działań w pracy z pacjentem.

Zwykle intuicyjnie wskazujemy, że terapia uporczywa następuje po terapii daremnej, lecz ich zależność i chronologia współwystępowania nie jest ścisła. O dynamice przechodzenia z jednej terapii w drugą lub o obecności jednej z nich decyduje kilka czynników, a zwłaszcza agresja towarzysząca podejmowanym działaniom. Za uporczywą terapią pogłębiającą ból pacjenta, stoi agresja, która odwraca swą pierwotną intencję, ponieważ niczego i nikogo nie chroni. Agresywna uporczywość, gdy tylko się pojawia, doprowadza do zaprzepaszczenia tego, co miało podlegać ochronie. Dlatego o terapii uporczywej mówimy, że jest terapią agresywną<sup>195</sup>. Jest kontynuowana mimo, że nie daje sygnałów o poprawie stanu pacjenta i coraz trudniej znaleźć dla niej medyczne uzasadnienie, aż do chwili, gdy medycznego uzasadnienia nie ma. Między innymi, na kontynuację leczenia, mimo, iż jest ono daremne, często nalegają bliscy pacjenta<sup>196</sup>. Prośba, aby raz jeszcze podjąć

---

<sup>194</sup> Zob. L. Šarić, I. Prkić, M. Jukić, *Futile Treatment — A Review*, [w:] „Bioethical Inquiry”, 2017, 14, s. 330.

<sup>195</sup> K. Szewczyk, *Decyzje krytyczne w neonatologii i standardy ich podejmowania*, [w:] „Diametros”, 2010, 26, s. 102, zob. również P.R. Duberstein, R.L. Kravitz, J.J. Fenton, G. Xing, D.J. Tancredi, M. Hoerger, S.G. Mohile, S.A. Norton, H.G. Prigerson, R.M. Epstein, *Physician and Patient Characteristics Associated With More Intensive End-of-Life Care*, [w:] „Journal of Pain and Symptom Management”, 2019, 58, 2, s. 209.

<sup>196</sup> *O godności i jej praxis*, s. 164.

walkę o dalsze życie *odchodzącego*, kieruje się jednym kryterium — czasu. Lecz — czyjego? Czy jest właściwy moment na śmierć?<sup>197</sup>

Przedstawiamy umieranie w określony sposób: osoba umierająca traci życie w chwili śmierci. Spójrzmy na umieranie z innej strony — co zostaje utracone, gdy umieramy? Jeżeli oczywista wydaje się nam neutralność śmierci, to kiedy obserwujemy śmierć złą lub niegodną? Jeśli własna śmierć jest dla *odchodzącego* godna, to co odbiera mu godność śmierci, jednocześnie godząc w majestat życia? Dla klarowności analiz zaakcentujmy dwie kwestie: kiedy *odchodzący* umiera i jak umiera. Dla badań nad godnością obie są istotne, choć w niniejszej rozprawie skupiamy się na tym, jak umiera *odchodzący*, ponieważ o godnej śmierci ostatecznie nie decyduje czas, a miejsce, jakie zachowało *odchodzącego* od utraty innego rodzaju niż utrata życia. Jak wspomnieliśmy, miejscem tym jest relacja. To, jak umiera *odchodzący*, jest sposobem wzrastania lub wygaszania relacji, załamывania nie kondycji zdrowotnej, lecz moralnej. Nie mówimy o tym, jak pacjent doświadcza śmierci, ponieważ śmierć kończy dla niego możliwość doświadczenia, jaką badamy. Umieranie, trwając długo, niesie ze sobą doświadczenia, z powodu których — śmierć przynosi ulgę. Lecz nie szukamy w śmierci ulgi z powodu końca doświadczenia życia. Szukamy tego, czego pod osłoną śmierci nie możemy doświadczyć. Tym jest godność jako wartość i miejsce, jakie wartości jej przynależne budują między zaangażowanymi osobami. O tej przynależności decyduje charakter relacji, której jesteśmy częścią.

Szukamy innego, gdy go tracimy. Śmierć zamyka naszą drogę do innego, stąd jego umieranie jest ostatnim momentem, w jakim możemy do niego dotrzeć i postąpić właściwie na rzecz jego godnej śmierci. Godna śmierć, gdy *odchodzący* umiera w określonych okolicznościach, w szpitalu, hospicjum, karetce, domu — wymaga obecności i zaangażowania innych. Dlatego graniczność śmierci ma przynajmniej dwie warstwy znaczeniowe. Pierwsza warstwa dotyczy granicy między życiem a śmiercią, natomiast druga dotyczy granicy obecności — i to obecność decyduje o tym, czy umieranie jest granicznym cierpieniem. Cierpienie, nie mając żadnego wyjaśnienia i celu, nie jest konsekwentną karą, a jedynie konsekwencją decyzji podjętej przez osobę postronną. Decyzji o byciu obecnym lub nieobecnym. *Odchodzący* umiera, niezależnie od tego, czy jest objęty opieką terminalną, czy podlega terapii daremnej. Jednakże to, kiedy i jak umrze, nie przestaje mieć dla niego znaczenia, ponieważ to on umiera. Terapia daremna — po przedłużeniu cierpienia, stanu zawieszenia, załamania — kończy życie pacjenta w określony sposób. Umiera jedna osoba. Terapia uporczywa przeczy neutralności, naturalności śmierci i sposób terapii daremnej

---

<sup>197</sup> *Ibidem*, s. 166.

radyalizuje, sprawiając, że w leczeniu *odchodzący* jest najmniej istotny. Umiera jedna osoba, lecz wraz z nią odchodzi coś, co tracimy zapewne bezpowrotnie, a co należało do nas, ponieważ było w naszej mocy, aby zostać uczynione. Ocalone.

Uporczywość terapii tkwi w zachwianiu równowagi dotyczącej tego, co konieczne w postępowaniu wobec pacjenta. Od momentu, gdy zdamy sobie sprawę, że odpowiadamy już przed *odchodzącym*, czasu na odpowiedzialne odpowiadanie jest coraz mniej, lecz nie jest mniej ważne. Nieodzowny ból można minimalizować, łagodząc cierpienie. Dla przykładu, podawanie morfiny będącej niebezpiecznym lekiem jest obciążone konsekwencjami, podobnie, jak stosowanie innych leków<sup>198</sup>. Morfina nie znosi bólu całkowicie, a w zależności od dawki, doprowadza do stanu zapętlenia, jaki umysł pacjenta próbuje — daremnie — uczynić czytelnym. Środki i leki uśmierzające ból są podawane w konkretnym celu, by pacjent nie odczuwał bólu. Sedacja lub analgezja mają zapobiec bólowi, a idąc dalej, nadmiernemu cierpieniu; pomijając sedację głęboką, która już dotyka kwestii bliskich eutanazji<sup>199</sup>, sedacja ma ukoić i wyciszyć *odchodzącego*. Ma przynieść ukojenie, jednocześnie nie przyspieszając nadejścia śmierci. Towarzyszymy w naturalnym procesie umierania, odchodzenia, wyciszania się, nie przyjmowania pokarmów. Jeśli uznajemy, że obowiązuje nas zasada, aby nie przyspieszać śmierci, równie istotna jest zasada mówiąca, że nie należy nadmiernie oddalać śmierci od umierającego człowieka.

Do problematyki terapii daremnej i uporczywej należy dołączyć kolejną, ważną kwestię stanu pacjenta, a ściślej ujmując, stanów wegetatywnych. Czy stan wegetatywny potwierdza, że doprowadzono do terapii uporczywej? Z pewnością nie wyklucza takiego ryzyka, ponieważ stan wegetatywny niesie ze sobą wiele negatywnych konsekwencji, a wyprowadzenie z niego pacjenta, jeśli jest możliwe, jest złożone i trudne. Kiedy podtrzymywanie funkcji życiowych jest tym samym, co wydłużanie życia, a kiedy — jego przedłużaniem? Podtrzymywanie funkcji życiowych nie jest leczeniem, tylko próbą zapewnienia komfortu oraz stabilizacji, choć chwilowej. Nie zmieni tego ani publiczna opieka zdrowotna, ani prywatna, ponieważ pacjent w stanie wegetatywnym, niezależnie od miejsca, w jakim się znajduje, jest nadal bliski śmierci. Oddalenie od śmierci zapewnia właściwa terapia, lecz proces ten nie jest nieskończony. Niepokojące nie jest to, że pacjenci mogą być długo podłączeni do aparatury podtrzymującej życie, lecz pytania o to, co realnie podtrzymywać, gdy stan wegetatywny jest już nieodwracalny.

---

<sup>198</sup> *Ibidem*, s. 160.

<sup>199</sup> Zob. J. Harris, *Filozoficzny argument przeciwko filozoficznemu argumentowi przeciwko eutanazji*, przeł. A. Tomaszewska, [w:] *Antologia bioetyki*, t. I: *Wokół śmierci i umierania*, s. 199-210.

Do tej pory napisano wystarczająco wiele o relacji lekarza i pacjenta, aby wiedzieć, że musi ona opierać się na obustronnym szacunku i zaufaniu. Autonomia *odchodzącego* jest decydująca, obok niej istnieje decyzyjność postronna, lekarska, zależna od stopnia przejawiania się świadomości pacjenta. Jeśli *odchodzący* utracił świadomość, nie można ignorować jego dotychczasowych deklaracji oraz — sugestii czy decyzji? — jego bliskich. Należy podkreślić, że jego deklaracja powinna wybrzmieć. Personel medyczny zaznajamia się z deklaracjami w każdej rozmowie z pacjentem, jego rodziną, osobami uprawnionymi do udzielania informacji, lub świadkami jego wypadku, opierając się dodatkowo na dotychczasowej dokumentacji medycznej.

Istnieje odpowiedni czas na odpowiednie działania i tylko wtedy będą one skuteczne, a zatem miały właściwy cel, gdy będą podejmowane ze względu na dobro *odchodzącego*. Tylko w tym znaczeniu czasu jest tyle, ile trzeba — istnieje właściwy moment dla właściwego działania. Przeciwnieństwem dla uporczywości jest ustąpienie we właściwym momencie. Po przekroczeniu miary tego, co jest właściwe, wszystko staje się eksperymentem. A eksperymenty, jak terapie, również wymagają zasadności medycznej.

## Utrata

„Chcę już umrzeć”<sup>200</sup>.

Dla ochrony oraz realizacji dobra *odchodzącego* istnieje wiele czynności, jakie należy podjąć, co nie wyeliminuje śmierci; zagrożeniem nie jest śmierć, lecz oddalenie nas od próby, jaka stoi za spotkaniem z drugim, cierpiącym człowiekiem. Zgadza się, że należy uczynić wszystko, aby ratować pacjenta, jednakże nie za cenę jego życia. Gdy pacjent nadmiernie cierpi, traci życie. Tak zacierą się różnica między pacjentem a *odchodzącym*. Umierającego człowieka nie uratuje ani uporczywość rozumiana jako wytrwałość, ani uporczywość rozumiana jako agresja. O ile cierpienie jest częścią życia, o tyle nadmiar cierpienia odbiera nam nie czas, lecz właściwe życie. Pozostałe, liczące się życie — przestaje się liczyć dla tego, który umiera nadmiernie długo. Przedłużanie czasu, gdy nie ratujemy życia, nie jest miłosierdziem. Przedłużanie życia, gdy nie szanujemy danego nam czasu — jest uporczywością. Kontynuowanie leczenia po przekroczeniu granicy załamania ujawnia, że jesteśmy w stanie poświęcić wszystko na rzecz wyznaczonego celu, niezależnie od tego, czy ma on dla pacjenta sens. Niestety, to nie tylko rozważania oraz hipotezy, jeśli lekarze sami

---

<sup>200</sup> *O godności i jej praxis*, s. 162.

przyznają, iż byli świadkami, gdy przekraczano granicę załamania, kontynuując terapię daremną i doprowadzając do terapii uporczywej<sup>201</sup>.

Zatrzymajmy się na chwilę przy zjawisku utraty. Pojawiała się w naszych rozważaniach kilkakrotnie, akcentując przy tym odpowiadającą na nią godność. Czy rzeczywiście odpowiedź na utratę leży w naszej mocy? Podążamy w ślad za tym, co utracone. Utracie podlega zdrowie i życie, co wpływa na klasycznie odczytaną godność jako wartość. Jednak interpretacja godności jako dyspozycji zmusza nas do zawężenia badań i koncentracji na wymykającym się — słowom, obrazom? — doświadczeniu wartości w relacji, a dokładniej, doświadczeniu odpowiedzialnej troski, chroniącej przed utratą wszystkiego, co ważne dla człowieka zanim umrze, pogłębiając poczucie straty, nieważności i niegodnej śmierci.

Cytat, od jakiego zaczynamy niniejszą część, powinien zwrócić naszą uwagę na coś, co zwykle gubimy w debatach. Gdy *odchodzący* wypowiada zdanie, iż chce już umrzeć, nie mówi tego, aby prowokować dyskusję nad zasadnością swoich słów. To ostanie, co może zachować nas — *odchodzącego* i osoby postronne — od niekoniecznej utraty. Słowa osoby umierającej. *Odchodzący* umiera, co zatem stoi za wyrażeniem przez niego pragnienia śmierci? Po rozmowach, które pomogły w pracy nad rozprawą, nasunął się jeden, dość oczywisty wniosek. Pragnienie śmierci towarzyszy poczuciu i rozpoznaniu, że czegoś zabrakło, gdy można było temu zaradzić, uczynić coś jeszcze dla osoby umierającej. Dla moralnego świadka również. Osadzenie indywidualnego wyrażenia woli śmierci w badaniach bioetycznych kontynuuje istotną problematykę świata przeżywanego. Gdy odczytamy wolę śmierci jako wskazanie, nie życzenie, zbliżymy się do opisu własnej śmierci (*odchodzącego*), a więc również wyzwania, jakie stoją przed osobami towarzyszącymi *odchodzącemu*. Osoby te — lekarze, personel medyczny, opiekunowie — uzupełniają kontekst dla badań bioetycznych. To ujawnia kolejną cechę projektu bioetyki refleksyjnej, czyli nasycenie projektu krytyczną refleksją i rozległym opisem zjawisk. Fenomenologiczny rys projektu staje się wyraźny. Sytuujemy opis w miejscu, jakim jest relacja, ponieważ to ona narażona jest na uszczerbek i utratę, przekraczającą ludzką zdolność i możliwości radzenia sobie ze stratą. Ile może utracić *odchodzący*, aby mimo to, nazwać śmierć własną? Utrata życia, w obliczu śmierci, jest konieczna i naturalna. *Odchodzący* umiera, odchodzi z życia, aby móc nazwać śmierć własną. Nie posiadamy śmierci, a nie posiadając życia, oddajemy je, powierzając w miejscu, w relacji,

---

<sup>201</sup> *Ibidem*, s. 161-162, 166. W rozmowach wskazywano na przypadki terapii daremnej i uporczywej, które dotyczyły głównie leczenia onkologicznego i geriatrycznego oraz przypadków poważnych wad letalnych, ujawnionych po porodzie. Jednak zarówno daremność, jak i uporczywość, może dotyczyć każdego rodzaju leczenia.

swój los i swoje odejście innej osobie. Utrata zachodzi, gdy nikt nie przyjmuje tego, co powierzone. Dlatego godzenie się ze śmiercią oraz umieranie jest złożonym procesem. Opisuując sytuację *odchodzącego*, od momentu diagnozy do jego umierania, wymienia się kolejno etapy: wyparcia lub zaprzeczenia, gniewu, negocjacji, depresji (reaktywnej i przygotowawczej) oraz pogodzenia się z tym, co nieuchronne<sup>202</sup>. Intensywność i przebieg etapów zależy nie tylko od stanu osoby; wyrażenie pragnienia, aby już umrzeć, albo nie należy do żadnego z nich, albo należy do wszystkich. Prócz stanu zdrowia *odchodzącego*, istotne jest jego miejsce. Nie jest to szpital czy mieszkanie. Tym miejscem dla osoby zarówno żyjącej, jak i umierającej, są inni.

Wyróżniamy kilka sposobów radzenia sobie z chorobą, obok etapów godzenia się z diagnozą i nadchodzącą śmiercią. Należy do nich konfrontacja pozytywna (aktywna walka z chorobą), fatalizm (przyjęcie, że los jest w rękach innych), oddanie się poczuciu beznadziei lub zaprzeczenie<sup>203</sup>. To również dość intuicyjne rozróżnienie, mające pomóc w prawidłowym dopasowaniu terapii do potrzeb pacjenta. Podkreśla, że do opieki nad terminalnie chorym pacjentem powinna dołączyć opieka psychologa lub terapeuty. Uogólniając, każda osoba bliska śmierci, niezależnie od powodu tej bliskości, może potrzebować opieki ze strony specjalistów z dziedziny psychologii lub psychiatrii.

Umieranie jest stopniowe, co nie zawsze możemy opisać linearnie jako świadkowie. Wyróżnia się siedem etapów umierania:

„(1) życie zredukowane — obniżenie fizjologicznych czynności podstawowych układów; (2) życie minimalne — dysregulacja ważnych czynności i dalsze obniżanie przejawów życia; (3) śmierć pozorna — okres życia minimalnego stwarzający pozory śmierci; (4) śmierć kliniczna — ustanie czynności podstawowych układów; (5) życie pośrednie — okres w którym można wywołać właściwe dla danej tkanki reakcje interletalne; (6) śmierć osobnicza — stan uważany za decydujący o uznaniu za zmarłego; (7) śmierć biologiczna — wygasanie wszystkich życiowych czynności tkanek i komórek”<sup>204</sup>.

---

<sup>202</sup> E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, przeł. I. Doleżał-Nowicka, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1979, s. 230.

<sup>203</sup> N. Ulaniecka, *Doświadczenie choroby nowotworowej. Aspekty psychospołeczne*, Seria Psychologia i Pedagogika nr 351, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2021 (DOI: 10.14746/amup.9788323240174), s. 32.

<sup>204</sup> S. Raszeja, *Refleksje na temat tanatologii – klasycznego działu medycyny sądowej*, [w:] „Annales Academiae Medicae Gedanensis”, 2005, 35, s. 165-172.

Do chwili śmierci mózgu i jego pnia<sup>205</sup> możliwe jest podtrzymanie funkcji życiowych, a dokładniej, jest zasadne, ponieważ to mózg odpowiada za przechowanie świadomości, działanie pozostałych układów. Nie serce, lecz mózg decyduje o śmierci ciała, choć warto nadmienić, że serce jest niedocenianym przez badaczy organem. Opis biologicznego procesu nie zawiera interpretacji umierania. Niemniej, gdy mówimy o tym, co godne, natychmiast wdramy narrację o charakterze normatywnym. Przestrzeń możliwie słusznym decyzji moralnych nakreśla się w połączeniu wiedzy natury medycznej i wiedzy natury etycznej. Stąd podejmowanie ryzyka, aby eksperymentować z przesuwaniem granicy ludzkiej wytrzymałości jest wątpliwe — powinno być dyskutowane niezależnie od postępu medycyny i rosnących możliwości wydłużania życia. Decyzje powinny być podejmowane za porozumieniem, czytelnym dla wszystkich stron, a przede wszystkim, dla samego *odchodzącego*.

Dla wielu pacjentów, to nie utrata zdrowia i bliskość śmierci jest najtrudniejszym doświadczeniem, z jakim przychodzi się im zmierzyć. Utrata zawiera się we wszystkim, co jest w posiadaniu człowieka; nieodzowność utraty niczego nie unieważnia, uwypukla jedynie, iż to, co utracone, miało wartość. Nie można stracić czegoś, co nie jest w naszym posiadaniu, a gdy coś zostaje nam powierzone, znajduje się w naszym posiadaniu tymczasowo. Niekiedy, aby zachować coś innego, istotniejszego, chronimy zarówno to, co nam powierzono i to, co posiadamy, godząc się na utratę. Utrata odtwarza ruch przyjmowania i oddawania. Unieważnienie nie pojawia się przypadkowo. To, co nieważne skrywa wzajemność swojego przeciwieństwa. W rozpoznaniu tej wzajemności nadajemy napotkanym zjawiskom znaczenie, przeżywamy je, znajdując miejsce w międzyosobowej relacji. Zajęcie właściwego miejsca wymaga czasu. Jak — kiedy — pogodzić się ze śmiercią, gdy czasu jest niewiele? Niemniej, *odchodzący* godzą się na wiele, jednak nie dla zajęcia miejsca, a na rzecz ustąpienia z życia.

Zdarza się, że pacjenci terminalni, jak na przykład pacjenci onkologiczni, nie przywiązują wagi do długości pozostałego życia. Znów zatrzymujemy się przy pytaniu: jaka śmierć jest godna? Jeśli godna znaczy przede wszystkim — relacyjna, to umieranie śmiercią nieważną jest niemożliwe. Niegodna śmierć odbywa się w oddaleniu od innych, gdy w osamotnieniu nie wydarza się nic innego niż umieranie. I tutaj możemy zaproponować model bólu totalnego, jaki wyjaśniłby ciężar spoczywający na *odchodzącym*, niekiedy wybrany przez niego. Wybrany wtedy, gdy nikt nie odwołuje *odchodzącego* od odmówienia wartości zarówno własnemu życiu, jak i własnej śmierci. Na ciężar składa się wiele

---

<sup>205</sup> O śmierci mózgu jednomyślnie orzeka komisja. Dopiero punkt (6) dotyczy tego momentu.

elementów: środowisko niesprzyjające zapewnianiu komfortu i pogodzeniu się z nadchodzącą śmiercią, przebieg choroby, ujemna ocena własnego życia, dotycząca całości lub części — jego zakończenia. Tak między *odchodzącym* a otaczającymi go osobami pogłębia się przepaść; pierwszym oddaleniem się jest realna odległość od innych osób i wykluczenie wzajemności, uczestniczenia w relacji międzyosobowej; drugim oddaleniem, istotnym również dla badaczy, jest dystans wobec wartości. Wraz z rosnącym dystansem, oddalenie rzutuje na ocenę sytuacji, przeżywanie jej i osobowe doświadczenia w kontakcie oraz relacji z *odchodzącym*. W takich okolicznościach praca z *odchodzącym* jest wyzwaniem, jakie trudno porównać z innymi wyzwaniami o charakterze naukowym i prywatnym. Tym samym, powracamy do pojęcia daremności — jeżeli uda się uobecnić wartości relacyjne dla umierającej osoby, to mimo wszelkich trudności, podjęte staranie nie jest daremne. Nie darujemy czasu *odchodzącemu*, gdyż nie osłoniemy go przed śmiercią. Niemniej, mamy wpływ na jego doświadczenie czasu. To, czy *odchodzący* umrze, doświadczając troski i przyjmując śmierć jako własną — zmienia dla niego wszystko. Usytuowanie tych indywidualnych przeżyć w badaniach naukowych nie powinno zostać pominięte, gdy w znaczącym stopniu wpływa na interpretowanie wartości moralnych i związanych z nimi moralnie słusznych czynów. Dlatego poświęcimy chwilę kwestii nieważności.

Podczas rozmów, poczucie nieważności wydało się dominującym nastrojeniem wśród *odchodzących*. Nie mamy na myśli dwóch czy dziesięciu osób<sup>206</sup>, lecz całe ośrodki, w których atmosfera utrudniała kontakt z pacjentami. To pokazywało, że pacjenci potrzebują rozmowy i relacji. Przeglądając literaturę dotyczącą problematyki śmierci z punktu widzenia bioetyki i psychologii odnosi się wrażenie, że zapominamy o różnicach między interpretacjami zachowań obronnych ujętymi przez teorię, a indywidualnymi interpretacjami osób, które zachowania te przejawiają. Sposób odpowiadania na wydarzenia wiąże się z interpretacją i niekoniecznie jest ona bezwiedna. Nastrojenie przyjmujące własną nieważność świadczy o dominacji nie tylko zachowań autodestrukcyjnych, lecz i o otoczeniu osoby chorej, charakteryzującym się, co najmniej, obojętnością na jej stan. Analiza dotyczy sytuacji *odchodzących*, ale może obejmować szerszy kontekst ze względu na moralne znaczenie relacji i odpowiedzi na ludzkie cierpienie.

Obecnie prowadzone są badania, między innymi, nad powstałym w XX wieku modelem Eriksonowskim. Model przedstawiony przez Erika Eriksona cieszy się dużą popularnością i jest wdrażany przez psychologów i psychiatrów w prowadzonych przez nich

---

<sup>206</sup> Własne badania obejmowały rozmowy w kilku małych grupach, w tym niewielką grupę stanowili pacjenci, lecz rozmowy celowo odbywały się w aktualnym środowisku rozmówców.

badaniach oraz terapiach. Wspominamy o tym, ponieważ w ramach tego modelu trafnie wyjaśniano mechanizmy i style obronne, kształtujące się w obliczu śmierci (czy, ujmując szerzej, zagrożenia) —

„Mechanizmy obronne ego, leżące u podłoża stylów obronnych, pogrupowane zostały hierarchicznie na czterech poziomach: (i) obrony psychotyczne, czyli »narcystyczne«; (ii) związane z zaburzeniami osobowości i nastroju, czyli niedojrzałe lub nieadaptacyjne; (iii) neurotyczne, czyli pośrednie; oraz (iv) dojrzałe mechanizmy obronne, czyli mechanizmy adaptacyjne lub zaradcze”<sup>207</sup>.

Wymienione mechanizmy, przejawiające w zachowaniach i działaniach pacjentów, odpowiadają w mniej lub bardziej adekwatny sposób na to, co indywidualna psychika może rozpoznać jako zagrożenie. Bardziej adekwatne sposoby pozwalają na adaptację i znalezienie określonej dla siebie równowagi, zarówno wewnętrznej, jak w odniesieniu do otoczenia. Mniej adekwatne sposoby oddalają konfrontację, unikając zagrożenia, lecz nie rozwiązując problemów z nim związanych. Zachowania autoagresywne uniemożliwiają adaptację, jaką nazwalibyśmy zdrową i właściwą. Poddanie się nieważności zawiesza obronę i nie należy do żadnego z wymienionych stylów. Podkreślamy to na wstępie, aby wiedzieć, czym nie jest popadanie w nieważność. Badania na rzecz niniejszej rozprawy doprowadziły do wniosku, że nastroszenie przyjmujące własną nieważność nie jest wśród umierających pacjentów jedynie oczywistym spadkiem nastroju, dlatego zarysowujemy kontekst, w jakim ich kondycja, zdrowotna i moralna, nie jest nieczuła wobec napięć, z którymi psychika może sobie radzić na wiele sposobów, właściwych oraz niewłaściwych. Praca z *odchodzącym*, gdy ten poddaje się nieważności, należy do niełatwych, ponieważ rezygnuje on z obrony i manifestowania zachowań obronnych. Wtedy, jako osoby w relacji z pacjentem, przyjmujemy odpowiedzialność i wspieramy go w odzyskaniu zdolności do obrony lub przejmujemy odpowiedzialność całkowicie, uobecniając na drodze dyspozycji — jego ochronę. Ochrona *odchodzącego* ma w tym znaczeniu wartość moralną.

Co niniejsze badania mogą powiedzieć o fenomenie nieważności? *Odchodzący* zdają się dostrzegać powiązanie między nieważnością i umieraniem. Oczekują śmierci, aby pozbawienie ważności dobiegło końca. Kłopot polega na tym, że dotyczy to pacjentów, którzy nie doświadczają bycia w relacji i nie są zdolni do samodzielnej ochrony przed innym

---

<sup>207</sup> M. Sękowski, *Postawa wobec śmierci w cyklu życia człowieka*, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2019, s. 57. Autor odnosi się pokrewnych badań, m.in. do pracy z 1971 r. — G.E. Vaillant, *Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: A 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health*, [w:] „Archive of General Psychiatry”, 24, 107-118.

zagrożeniem niż śmierć. Jak ich ochronić przed pogłębieniem bólu totalnego, jeśli nikt przy nich nie czuwa? Umierający pacjent negatywnie interpretuje swoją obecność, na swoje osamotnienie odpowiadając podjęciem nieważności. Zapytajmy, ile powinna znaczyć nieważność, aby zająć miejsce relacji?

## O nieważności

Czy można człowieka unieważnić?

Jeśli *odchodzący* nie pogodzi się z tym, co go czeka, lub pogodzi się pozornie, nie będzie gotów przyjąć swojej śmierci jako własnej. Gotowość, wynikająca zarówno z afirmacji, jak i z negacji znaczenia własnego życia, wiąże się z uznaniem, czy śmierć jest godna, czy nie. Jeśli terminalnie chory pacjent myśli, że jest nieważny, jego stosunek do swojej śmierci to odzwierciedli<sup>208</sup> — jest istotna tylko na tyle, aby nadejść, nie czyniąc pacjenta ważnym dla siebie.

Aby wiedzieć, czy pacjent jest na ostatnim etapie — zgody — nie wystarczy próba oszacowania. Nie należy ustawiać w dążeniu do rozmowy z pacjentem. Jednocześnie, powinniśmy pozwolić mu milczeć wtedy, gdy nie będzie w stanie wyjaśnić tego, co czuje, ani wypowiedzieć na głos swoich myśli. Dotyczy to pracy lekarzy, opiekunów i badaczy zajmujących się problematyką umierania. Słowo „etap” ma charakter pomocniczy, nie jest dokładnym wyznacznikiem, jak postępować, rozmawiać, okazywać wsparcie. Lub, jak przyznawać, iż nie wiemy, jak postąpić — że sami, jako świadkowie, opiekunowie, personel medyczny — mamy kłopot z tym, aby pogodzić się ze śmiercią nachodzącą w ten właśnie sposób. Problemy nie wiążą się ze śmiercią, ponieważ jej nadejście jest oczywiste; kłopoty dotyczą życia. Pozostały czas dla umierającej osoby będzie ważny, o ile nie sprowadzi się do tkwienia w tych kłopotach i przekonaniu, że to śmierć do nich doprowadza, doprowadzając tym samym do powstania sporów, których nie będzie już sposobności rozwiązać. „Etap” służy jedynie rozpoznaniu, czego może w danej chwili potrzebować pacjent, ale wyrażanie potrzeb należy zostawić jemu. Potrzeby nasze oraz potrzeby pacjenta nie będą do siebie przystawać, ze względu na czas i siły, jakie pozostały, aby ten czas wypełnić<sup>209</sup>. W praktyce zauważamy, że etapy nie zawsze następują w konkretnej kolejności. Nie wiemy, czy pacjent przejdzie je wszystkie i czy potrafimy przewidzieć jego reakcje na zmiany lub postęp choroby. Czas, zanim *odchodzący* pogodzi się ze śmiercią — jeśli to uczyni — jest

---

<sup>208</sup> Zob. S. Głuszek, *Zapis umierania. Refleksje lekarza o śmierci i umieraniu*, Wydawnictwo Pirmavera, Warszawa 2012, s. 89.

<sup>209</sup> P. Ricoeur, *Śmierć* [w:] P. Ricoeur, *Życie aż do śmierci oraz fragmenty*, s. 78 — „Nasz osąd — ludzi zdrowych — przeżywania choroby nie jest adekwatny i w całości nie przystaje do potrzeb chorego”.

wyjątkowy, nie tylko dla niego. Lecz przez to, że jest trudny dla *odchodzącego*, staje się trudny dla świadków jego umierania<sup>210</sup>. Jeżeli pacjent odmawia lub zaczyna odmawiać sobie ważności, co często ma miejsce, należałoby upewnić się, jakie są przyczyny tej odmowy i czy nie wiąże się z tym sposób, w jaki pacjent doświadcza opieki, lub też, czy nie doświadcza jej braku. Czy wtedy kłopoty nadal dotyczyłyby śmierci? Rozważmy taką odmowę w sytuacji, gdy terminalnie chory pacjent uznaje, że jest nieważny z powodu swojej choroby. Poznanie przekonań pacjenta to jedna kwestia, pomoc w radzeniu sobie z konsekwencjami tych przekonań — to druga. Z tego powodu wiele zależy od osób towarzyszących *odchodzącemu*. Jeśli pacjent jest w ciężkim stanie i nie otrzymuje właściwej pomocy, wkrótce zapyta o to, na co właściwie zasługuje. Niniejszy rozdział nie ma na celu udowodnić, że pacjenci nie otrzymują właściwej opieki; rozważania dotyczą sytuacji, gdy w opiece czegoś zabrakło, ale nie stanowią one normy.

Nieważność pojawia się wraz z brakiem; coś, co nie jest ważne, było takie od zawsze lub od chwili utraty znaczenia. Między tym, co zostało utracone, a tym, co można jeszcze odzyskać, ujawnia się złożoność translacji. Każdy z *odchodzących* inaczej odczuwa stratę, inaczej choruje, inaczej umiera. Nadanie lub odkrywanie sensu doświadczeń umacnia przekonanie, że jest on współdzielony (lub chęć jego posiadania jest współdzielona), ale gdy *odchodzący* umiera sam, co najwyżej jest się obecnym przy jego osamotnieniu. Translacja to myślenie na tyle uważne i obecne, aby dotykało przyszłości, umożliwiając jej nadejście dla każdej żyjącej osoby niezależnie od tego, jak bliska jest ona śmierci. Nie wiąże się to z oczekiwaniem przyszłości, a z przekonaniem, aby pozostały czas liczył się dla *odchodzącego*. W bioetyce, równowartościowość sposobów przeżywania świata nie wyklucza translacji, tylko podkreśla potrzebę jej podjęcia — próby dotarcia do języka pacjenta, gdy różni się od naszego. Gdy *odchodzący* uznaje, że jest nieważny, wyklucza się na podstawie doświadczonego braku — i doprowadza do kolejnego.

Umieranie w chorobie zawsze wiąże się z pewną stratą, ale to tylko jedna strona granicznego doświadczenia. Śmierć naznaczona jest brakiem, jeśli nie potwierdza dla pacjenta sensu jego życia<sup>211</sup>, nie tylko ze względu na utratę życia, lecz na wątpliwości — czy

---

<sup>210</sup> Zob. S. Głuszek, *Zapis umierania. Refleksje lekarza o śmierci i umieraniu*, s. 44 — „Śmierć pozbawiająca człowieka godności. Ten sam człowiek, homo sapiens — rozumny, rozważny, estetyczny — czeka na ostateczność w ogromnym cierpieniu fizycznym”.

<sup>211</sup> V.E. Frankl, *Wola sensu. Założenia i zastosowanie logoterapii*, przeł. A. Wolnicka, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2018, s. 72 — „sens nie może pokrywać się z byciem”; s. 71 — „Być człowiekiem to znaczy być skierowanym na coś innego poza sobą”, oraz na s. 72 — „(...) co potwierdziłaby prawdziwie fenomenologiczna analiza, że nie istnieje coś takiego, jak procesy poznawcze poza biegunowym polem napięć pomiędzy podmiotem poznającym a obiektem świadomości. Autorzy ci zwykli mówić o »byciu w świecie«, tymczasem aby właściwie zrozumieć ów termin, należy przyjąć, że bycie człowiekiem oznacza

to życie miało miejsce. Sens śmierci nie jest, ostatecznie, sensem życia. Sens, mimo różnorodnych interpretacji jego treści, nie jest sprawą błahą. Konsekwencje rozumienia miejsca jako relacji międzyosobowej, miejsca darowanego oraz przyjmowanego, kulminują w poczuciu utraty prawa do jego zajmowania. Tego prawa nie nadaje żadne pismo, żaden obyczaj, żaden z bogów, co jednak nie czyni umierającego i cierpiącego człowieka demiurgiem, tylko rzemieślnikiem niszczącym każde ze swoich dzieł. Niewiele więcej można powiedzieć o osobistej stracie, ponieważ poddamy się kolejnym uogólnieniom, oddalającym nas od osobowego stosunku do czasu ludzkiego trwania. Jeśli *odchodzący* umiera cierpiąc, nie ma mowy o żadnej afirmacji, zgodzie, przyjęciu śmierci. A gdy mówimy o życiu jako wartości wymagającej ochrony, mamy na myśli wartość pozytywną<sup>212</sup>. Dlatego potrzebne jest uobecnienie tego, co nadaje wagę doświadczeniom *odchodzących* — uobecnienia ją po raz ostatni. To nie uznanie, że jesteśmy dłużni innym pewną należność, bo ta jest czymś minimalnym w obliczu śmierci. Afirmacja znaczenia życia i śmierci, gdy nie jest pozorna, potwierdza przekonania *odchodzącego* na temat tego, na co już się zgodził, gdy przestrzeń dla jego zgody była otwarta. Niewiele to odrobina braku lub nadmiaru; niewiele może zdecydować o godnej śmierci. Gdy znajdujemy niewiele dobrego w życiu, to wystarczy, aby śmierć była upragniona, a mimo to, nie była godna. Można sądzić, że niewiele to zbyt mało, jednak niewiele więcej potrafi decydować o tym, czy reakcja jest afirmującym, czy negującym wyborem na rzecz odpowiadania moralnego, wobec innego i wobec śmierci. Niewiele może przybliżyć do śmierci lub od niej oddzielić. A przynajmniej, od śmierci nieważnej.

Nieważny nie znaczy — nieistniejący. Pacjent uznający się za nieważnego twierdzi, że nie zasługuje na zajmowane przez siebie miejsce lub, w skrajnych przypadkach, na życie. Zarówno przed, jak i po takim stwierdzeniu, pacjent cierpi. Nie wszystko musi znaleźć się w przestrzeni ważnych spraw, niemniej warto, aby znaczenie tego, co istotne, było głównym kierunkiem dla aktów i działań. Pacjent ulegający swojemu cierpieniu podwaja je. Wie, że nie uniknie cierpienia, istnieje jednak różnica między doświadczaniem bólu a utkwieniem w nim. Myśl, że jest się zbędnym, samotnym, niezasługującym na zaangażowanie opiekunów, nie

---

przede wszystkim bycie zaangażowanym i uwikłanym w pewną sytuację oraz konfrontację ze światem, którego obiektywności i autentyczności w żaden sposób nie umniejsza subiektywność owego »bycia«, które istnieje »w świecie«.

<sup>212</sup> Pojmowanie zależności między życiem a czasem włącza je w poczet wartości, niekiedy nawet instrumentalnych. Zob. Z. Pucko, *O utracie. Szkice filozoficzne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2021, s. 22 — „Czas włączony do panteonu wartości instrumentalnych może też uchronić byt ludzki przed trwonieniem energii w zgiełku spraw miałych, przypadkowych, a nieraz żałosnych”.

oznacza, że istnieją określone warunki dla poczucia sensu życia dla pacjenta<sup>213</sup>. Nieważny nie znaczy również — bezwartościowy. Doświadczenie braku ważności nie decyduje o utracie znaczenia czy wartości, jedynie zawiesza naszą dyspozycję, aby je chronić. Wtedy *odchodzący* pozostaje nieosłonięty przed pogłębieniem utarty, my pozostajemy bezradni<sup>214</sup>, a sens opieki — zatracony. Obecność przy nim powinna przejawiać się w opiece, zapewniając mu tym samym ochronę przed stanem zawieszenia. Odchodzący nie zapewni sobie tego samodzielnie. W oddaleniu od innych popada on w nieważność i to, czego doświadcza, sprowadza się do utraty.

Czego mogą oczekiwać od przyszłości, od siebie i od innych, osoby terminalnie chore? Tego samego, czego oczekują osoby z łagodniejszymi schorzeniami, jak i osoby zdrowe — o jakości pozostałego czasu nie decyduje jego długość, a to, co go wypełni. W poczuciu nieważności strata odczuwana jest jako przemoc; podobnie, jak uporczywość miałyby agresywnie odpowiadać na utratę, tak poczucie nieważności przywołuje i wydaje cierpiącego człowieka na niegodną śmierć. Myślenie pogłębiające utratę naśladuje fizyczną agresję<sup>215</sup>, ponieważ w unieważnianiu tym, co przychodzi człowiekowi najłatwiej, jest wrogość. Dotyczy to wszystkich grup chorujących osób, nie tylko terminalnych pacjentów onkologicznych lub pacjentów oddziałów geriatrici. Choć pierwotnie agresja wiąże się z przemożną chęcią ochrony, to gdy ochrona zawodzi, a agresywne zachowanie nie przynosi skutku czy ulgi w postaci wyładowania emocjonalnego, zostaje skierowana do wewnątrz w postaci autoagresji.

Powodów dla nasilenia się poczucia nieważności jest wiele i są one indywidualne. W zależności od czynników wewnętrznych (pacjenta) oraz zewnętrznych (otaczających go osób), pod naporem agresji, niekiedy pacjent dąży się do tego, aby cierpienie nie ustało, ponieważ twierdzi, że zasługuje na to, by cierpieć. W końcu pacjent popada w bezsilność. Dzieje się tak pod nieobecność woli<sup>216</sup>, gdy człowiek jest bezsilny i niezdolny do

---

<sup>213</sup> Zob. M. Sękowski, *Postawa wobec śmierci w cyklu życia człowieka*, s. 43 — „Tworzenie sensu opisywane jest jako proces aktywnego budowania znaczeń w oparciu o społeczne interpretacje, tworzenie narracji, dążenie do celów i osobisty rozwój. Zachodzi ono głównie w ramach siedmiu obszarów, które Wong (1998: 131) określa mianem «siedmiu królewskich dróg poszukiwania sensu». Są to: (i) dążenie do osiągnięć i celów, (ii) bliskość i rodzina, (iii) relacje z innymi, (iv) samotranscendencja, (v) religia, (vi) samoakceptacja i (vii) uczciwe traktowanie”. Autor odnosi się do publikacji — P. Wong, *Implicit theories of meaningful life and the development of the Personal Meaning Profile (PMP)*, s. 111-140, [w:] P.T.P. Wong, P.S. Fry, *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*, Mahwah, Erlbaum 1998.

<sup>214</sup> M. de Hennezel, *Śmierć z bliska*, przeł. A. i J. Brzozowscy, Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, Kraków 1998, s. 84 — „Ta bezradność, do której (...) musimy się przyznać, jest naszą siłą. Paradoksalnie, robienie dalej tego, co robić można, daje w sytuacji całkowitej bezradności nadszpiezwane efekty”.

<sup>215</sup> N. Ulaniecka, *Doświadczenie choroby nowotworowej. Aspekty psychospołeczne*, s. 32.

<sup>216</sup> J. Améry, *Podnieść na siebie rękę. Dyskurs o dobrowolnej śmierci*, przeł. B. Baran, Wydawnictwo Aletheia, Warszawa 2018, s. 70.

jakiegokolwiek wyboru. Umrze, ale śmiercią nieistotną, co nie zależy od jej świadków, a od własnego sumienia<sup>217</sup>. Nie do nas należy ocena, powinniśmy jednak skonfrontować się z oceną dokonaną przez pacjenta. Przekonywanie go, że jego ocena jest bezpodstawną niczego nie zmienia, jeżeli nie doświadczy on czegoś przeciwnego nieważności. Dlatego kolosalne znaczenie ma rozmowa z pacjentem; poświęcenie mu czasu, uwagi, dotarcie do ważnych dla niego sposobów uobecniania się drugiego człowieka. Nie chodzi tutaj tylko o pomoc w spożyciu posiłku czy wykonanie telefonu do jego bliskich. Są to konkretne czynności, wyrażające przy tym konkretne wartości i dostęp do nich wpływa na odczytywanie przez pacjenta swego stanu. Wypowiedzi *odchodzących* sugerują, gdzie najpierw doświadczamy wartości. Czy nie w obecności innych osób? Gdy rozmowa z pacjentem jest trudna, znaczy to, że tym bardziej jest potrzebna. Jednakże wsparcie dla niego okazujemy nie tylko w rozmowie. Dla przykładu, czytamy książkę osobie, gdy ta już nie czyta samodzielnie. Wspólnie milczymy, gdy nie można już nic poradzić. W pewnym momencie, nawet drobne czynności zaczną przeważać nad wrogością. Decydujemy o nich spontanicznie, poważniejsze poświęcenie wymaga jednak przemyślanych działań. Z drugiej strony, gdy prośba o pomoc nie spotyka się z odpowiedzią, *odchodzącemu* nie pozostaje wiele; najwyraźniej, prośba nie ma znaczenia lub sam *odchodzący* nie jest ważny — czy jest *mniej, niż kimś*<sup>218</sup>? Doświadczenie wartości relacyjnych rodzi się we wzajemności; bez bliskości popadamy w nieważność. Zawieszając narrację pytań jesteśmy zdani na powszechność utraty, niezależnie od danego nam czasu. Stąd tak ważne jest mówienie „my”; docieramy do drugiego człowieka nie przez powtórzenie, tylko przez każdorazowe podjęcie ryzyka utraty. A ofiara, poświęcenie, choć niesie ze sobą stratę, zakłada *więcej, niż kogoś*. Nieważność dotycząca osoby chore i bezsilne zazwyczaj pojawia się, gdy mogą one najmniej. Czy przez to znaczą najmniej? Umniejszanie siebie w umieraniu lub nawet doprowadzenie do śmierci poprzez unieważnianie stanowi wystraszający powód dla rozważań o nieważności, choćby dotyczyła niewielkiej liczby osób wśród *odchodzących*.

Jeśli życie traci na znaczeniu, traci również jego kres; utrata znaczenia staje się granicą między nieuniknioną a nieważną śmiercią. Wobec nieuniknionej możemy docenić życie, natomiast wobec nieważności — wszystko staje się daremne.

---

<sup>217</sup> W rozumieniu łac. *conscientia*, sumienia szczegółowego, odpowiadającego na konkretne wydarzenia.

<sup>218</sup> Odnosząc się do słów „Nie jest się żadną z tych postaci; jest się może mniej niż »kimś«”, [w:] J. Brodski, *Mniej niż ktoś*, przeł. K. Tarnowska, A. Konarek, s. 5-32, [w:] *Mniej niż ktoś*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2006, s. 17.

## Doświadczenie troski

Myślenie o godności człowieka wykracza poza samo stawianie pytania o jej ideę — gdy wynika z troszczenia się. Jedność bycia i myślenia w odniesieniu do wartości moralnych odsłania się w działaniu wobec drugiej osoby oraz w trosce o jej godne życie i godną śmierć.

Etyczność, zazwyczaj nieodłączna w postępowaniu wobec innych osób, charakteryzuje się praktykowaniem — świadomie lub nie — troski. W badaniach naukowych troska powinna być uświadomiona i rozwijana. Jednak, czy troszczymy się o siebie, innych, świat? Czy ulegamy zatroskaniu i gubimy swoją drogę do innego? Docieranie do innego wiąże się translacją. Słowa ujawniają kierunek naszych dążeń do innego, lecz nie tylko to, co wysłowione czyni nas bliskimi, doświadczającymi wzajemności na wszystkich jej poziomach, od relacji profesjonalnych po zażyłość i miłość. Translacja, jak już wspomnieliśmy, jest myśleniem obecnym, uobecniającym, próbą dotarcia do pacjenta za pośrednictwem jego języka. Najpierw musimy nauczyć się go rozumieć, ponieważ podobnie, jak nie jesteśmy użytkownikami godności, nie jesteśmy też użytkownikami języka, gdy troska wprawia w ruch nasze działania, jeszcze zanim wybrzmia nasze słowa. Chodzi o mowę; gdy ta wybrzmiewa, uobecnia dla *odchodzącego* wartości moralne. Zarówno godność jako wartość dla osoby umierającej, jak i godność jako dyspozycja osoby podejmującej moralne — oby słuszne — czyny, na tyle zacieśnia bliskość obu stron, iż mówimy o relacji. Do pokonania dystansu między wartością a czynem potrzebna jest troska; aby czyn uobecniał wartość, w okolicznościach, gdy ta wymaga ochrony, troska buduje naszą relację z *odchodzącym* oraz ze światem, który *odchodzący* opuszcza. Obie strony, obie osoby budują dla siebie ten świat i język, w jakim ten świat opiszą, zapytają o niego, dzięki jakiemu dotrą do drugiej osoby. Łagodzą ból na tyle, by jedna z nich mogła godnie odejść. To zarówno ból dotyczący życia, jak i z życia odchodzenia.

Translacja nie obejmuje dwóch, obcych języków, gdy nie reprezentują współdzielonego sensu. Nie jest tłumaczony tekst, a mowa bycia, czyny doprowadzające nas do drugiej osoby, dzięki której nasze działania mogą otrzymać kierunek, siłę ciążenia ku czemuś innemu niż tylko śmierć.

Uobecnienie troski o *odchodzących* nie dopuszcza, aby umieranie zbliżające nas do oczywistej granicy życia było doświadczeniem granicznie krzywdzącym<sup>219</sup>. Troszczenie się o innych to również odpowiedzialność za nich, zdolność do odpowiadania wobec nich, nawet wtedy, gdy nie umiemy niczego wysłowić w obliczu nadchodzącej śmierci. Mimo to, nasza

---

<sup>219</sup> A. Wierzbą, *Ochrona pacjenta jako dyspozycja bioetyczna: o powtórzeniu odpowiedzialności w projekcie bioetyki refleksyjnej*, s. 219.

obecność nie dopuści do utraty poczucia, że życie znaczyło na tyle, aby mieć miejsce i że uczyniło się świat miejscem — relacji. Obecność przy narodzinach jest oczywista, dlatego więc obecność przy odejściu, zwłaszcza wtedy, gdy jest oczekiwana, nie jest dla nas wystarczającym wezwaniem innego, drugiego człowieka? Przygotowujemy się do analizy odpowiedzialnej troski, podczas gdy oba te pojęcia — odpowiedzialności oraz troski — niosą ze sobą wiele interpretacyjnych trudności. Troska dopiero od niedawna, bo w XX wieku, wzbudziła zainteresowanie badaczy. A obecna jest od początku powstawania relacji międzyludzkich i wszelkich nauk. Troska nie stanowi pretekstu dla uprzedmiotowienia *odchodzącego*. Za odpowiedzialną troską stoi pytanie o moment „teraz”, gdy to, co jest do uczynienia dla *odchodzącego*, zostaje podjęte.

„W rzeczywistości pojęcie troski, jak dowodzi historia, nawet w przeszłości nie miało ścisłego sensu. Nikomu nie udało się uchwycić kwintesencji troski w jednorazowym akcie percepcji i określić raz na zawsze w niezmienionej postaci. Zwykle jej znaczenie było zlepkiem rozmaitych wartości zogniskowanych wokół jednego nadrzędnego problemu”<sup>220</sup>.

Określenie „raz na zawsze” wydaje się niemożliwe, ponieważ troszcząc się, wypełniamy sens troski w indywidualny sposób, każdorazowo podejmując ryzyko, że troska może upaść, dotykając krawędzi daremności. Bez troski, jak czytamy u Nel Noddings, „every depravity conceived and yet to be conceived is a real possibility”<sup>221</sup>.

Odpowiedzialna troska należy do głównych walorów dyspozycji, ponieważ obok godności jako wartości i jej statusu w hierarchii wartości etycznych oraz moralnych, to troska nadaje właściwy, moralny ton czynom podjętym wobec *odchodzących*. Czy jesteśmy odpowiedzialni, gdy nie troszczymy się o innych? Jeśli tak, to do jakiego stopnia? Wiemy już, że gdy nie wykraczamy poza wypełnianie obowiązków, nie dopełnimy głębokiego sensu odpowiedzialności. A ostateczność, jaką jest bliskość śmierci, wymaga pogłębionych analiz i czynów precyzyjnie odpowiadających na potrzeby umierających osób. Śmierć nie rozwiąże problemu braku godności dla *odchodzącego*. Wraz z jego śmiercią nie zniknie fakt, że odpowiedzialności nie podjęto. Nie mamy na celu budowania poczucia winy, lecz budowania wrażliwości moralnej w odczytywaniu potrzeb *odchodzących* i odpowiadania na nie. Budujące jest to, że doświadczenia troski istnieją i są liczne. Doświadczenia troski i troszczenia się umożliwiają dotarcie do fundamentu godności rozumianej powszechnie jako

---

<sup>220</sup> Z. Pucko, *Idea troski w pielęgniarstwie inspirowana myślą filozoficzną*, s. 11.

<sup>221</sup> N. Noddings, *Caring. A Relational Approach to Ethics and Moral Education*, University of California Press, Los Angeles 2013, s. 107.

człowieczeństwo. Ten fundament umożliwia translację i zapewnia ciągłość w budowaniu interpretacji godności, a tylko tak, istnienie godności jest możliwe.

Przejawianie troski ma inną postać w pracy lekarza, opiekuna, bioetyka, lecz od każdego wymaga tego samego starania, aby czyn miał właściwy kierunek. Ukierunkowanie na dobro — własne, innego oraz dobro wspólne — towarzyszy trosce i aktom interpretacji w przejściu od ogólnej, teoretycznej propozycji do szczegółowego, indywidualnego rozpoznania dobrego czynu;

„Troska niesie z sobą pewne powinności jako konstytuujące ją elementy. Wymaga odpowiedzialności, a w przypadku troski o wielu [a także przypadku gdy wielu może i powinno się o kogoś lub o coś troszczyć — M.U.] wypracowania adekwatnych kryteriów jej sprawiedliwego świadczenia”<sup>222</sup>.

Doświadczenie troski przez *odchodzącego* poprzedza nasze rozpoznanie, kim on jest, co zakreśla obszar naszych obowiązków i możliwych działań. Bycie pacjentem bliskim śmierci mieści w sobie dwie problematyki o charakterze pojęciowym: bycie osobą oraz bycie pacjentem, czyli osobą chorą, objętą opieką zdrowotną. Co podkreślają badacze, przypisanie statusu moralnego można traktować oddzielnie od kwestii stanu zdrowia pacjenta<sup>223</sup>, ale czy to oznacza, że tak jest? Medycyna i moralność to nie dwa odrębne zbiory; dla leczenia i moralnych czynów punktem zbieżnym (jeśli można sobie pozwolić na taki skrót myślowy) — jest pacjent. Wątpliwości dotyczące statusu moralnego osób w stanie trwale wegetatywnym, osób z zaburzeniami świadomości w końcowych stadiach demencji lub dzieci przed ich narodzinami pokazują, że mamy kłopot nie tylko z definiowaniem, lecz i z konsekwentnym stosowaniem się do przyjętych definicji. Czy troszczenie się o każdego pacjenta, niezależnie od jego statusu moralnego i stanu zdrowia, godzi w ideę troski i uchybia interpretacji godności? Nie, ponieważ troszczymy się o każdą żyjącą istotę. Dyskusje na temat pojęć dotyczą pierwszego etapu badań nad problemem, na późniejszych etapach pojęcia, terminy i przedmioty nie mogą zastępować istnień. Mówimy, że opieka jest świadczona, lecz nie zawsze towarzyszy jej troska. Sprawiedliwe świadczenie troski nie wyklucza naszego osobistego stosunku do innych lub do poruszanych problemów, lecz wymaga zawieszenia tego, co osobiste, na rzecz tego, co otwarte — na inne istnienie. Niniejsze rozważania dotyczą sytuacji umierających osób, a nie wszystkich istot, jesteśmy

---

<sup>222</sup> M. Uliński, *Etyka troski i jej pogranicza*, s. 23. Rozważania autora w tym rozdziale dotyczą prac Milтона Mayeroffa.

<sup>223</sup> M.B. Mahowald, *Bioethics and Women. Across the Life Span*, Wydawnictwo Oxford University Press, New York 2006, s. 40.

jednak świadomi, że analizy nie mogą wykluczać tego, czego dotyczą, czyli życia. Wymagając od siebie sprawiedliwości, nie pozbywamy się własnej interpretacji dla uczestniczenia w dialogu o godnej śmierci, ale uzupełniamy ją, ponieważ jedna interpretacja to jedna warstwa, a pełen obraz stanowi dopiero konfrontacja dostępnych nam interpretacji. Tylko na poziomie relacji i interpretacji nasze doświadczenia pokazują, że mówimy o przestrzeni wspólnej. Niemniej, śmierć jednej osoby nie jest doświadczeniem wspólnym, choć jej oddziaływaniu nie sposób zaprzeczyć.

Pisząc o opiece i trosce, nie można zapominać, że podobnie jak dialog, godność, odpowiedzialność — zakładają dwoje. Przynajmniej dwie osoby, dwie strony. Odpowiedzialna troska o pacjenta w każdym jego stanie pomaga uchwycić moment istotny dla relacji. Nawet gdy pacjent w stanie trwale wegetatywnym nie może przejawiać własnej godności, w relacji nadal jest druga strona, która troszczy się o jego godną śmierć. Przejawiamy tę troskę, w odniesieniu do konkretnej osoby. Przejawiamy ją, ze względu na konkretną osobę. Nie troszczymy się o śmierć, lecz o osobę, która z powodu śmierci nie doświadczy i nie przejawia troski o nas. Co innego jest do uczynienia przez osobę umierającą, a co innego — po stronie świadków jej umierania, tj. lekarzy, personelu medycznego, opiekunów i badaczy. Poważny stan pacjenta nie wygasza obu godności; godność osoby nie musi być przejawiana, aby „działać”, natomiast dyspozycja przyjmuje — na nas — ciężar odpowiedzialności za *odchodzącego*. Jeden warunek wart jest wzmianki: relacja musi mieć miejsce, inaczej nie ma stron i nie możemy niczego ochronić dla *odchodzącego*. Troska nie pojawia się w języku procedur, zwykle nie widniejąc w dokumentach koordynujących pracę szpitali i ośrodków. W języku angielskim troska (ang. *care, health care*) podkreśla objęcie pacjenta opieką, co nie oznacza, że opieka ta będzie troskliwa. Opieka to zbyt mało, wkroczenie troski jest konieczne dla zaistnienia relacji z pacjentem. Dlatego w projekcie bioetyki refleksyjnej podkreślimy rolę odpowiedzialnej troski.

Intuicyjnie, dla umierającego pacjenta, dzielimy przestrzeń na dwie strony, śmierć umiejscawiając pośrodku. „Nadzieja »bezbolesności« ciągnie się do drugiego świata, ale ów świat jest bez spotkań z drugim człowiekiem”<sup>224</sup>. Umieranie nie sprawia, że spotkanie drugiego człowieka stanie się mniej ważne.

Gdy nie doświadczamy godności, czy mówimy wtedy o jej braku, czy nieobecności? Godność jako dyspozycja, aby być, musi działać. Troska pozwala wypełnić ten brak, ukierunkowując dyspozycję. Działanie dyspozycji obserwujemy w konkretnej sytuacji, gdy *odchodzący* doświadcza uobecnienia wartości relacyjnych, a nie ich zaniku, negacji.

---

<sup>224</sup> S. Głuszek, *Zapis umierania. Refleksje lekarza o śmierci i umieraniu*, s. 44.

Łagodzenie bólu towarzyszącemu umieraniu oraz godna śmierć, czyli przyjęcie śmierci jako własnej — to dwa istotne przykłady ochrony, gdy dyspozycja działa. *Odchodzący* nie doświadczy pełni troski, jeśli nie będziemy przy nim obecni. Obecność ostatecznie potwierdza nasze zaangażowanie i czyni nas opiekunami. W godności nie pytamy o to, kim jesteśmy, lecz o to, co robimy, aby stawać się — godnymi.

### III. Projekt bioetyki refleksyjnej. O postawie bioetyka

W świetle tego, co zostało napisane na poprzednich stronach, należy podjąć kolejny krok i przedstawić projekt bioetyki refleksyjnej. Obecnie dla projektu fundamentem jest myśl filozoficzna, a sam projekt stanowi zaczyn dla dalszych, szczegółowych analiz i działań naukowego zespołu badawczego zajmującego się problematyką opieki paliatywnej oraz terminalnej. W niniejszym rozdziale proponujemy to, co było w mocy jednej osoby, pracującej nad autorskim projektem przez ponad cztery lata. Ponadto, wyjaśnimy refleksyjny charakter projektu, wymienimy postulaty, które są konieczne dla jego realizacji oraz wyznaczymy kierunek, w jakim projekt powinien być rozwijany, aby zachować wartość badawczą. Dlatego w trzecim rozdziale wymienione zostaną również potrzeby pacjentów paliatywnych i terminalnych, jakie zwykle zostają uwzględnione przez procedury towarzyszące opiece zdrowotnej oraz potrzeby pacjentów rozpoznane przez środowisko medyczne. Obie grupy wskazywanych potrzeb różnią się, część z nich wymaga opisu, aby pewniej odpowiadać na to, czego procedura naturalnie nie może przewidzieć. Nie zagwarantujemy sobie jednak gotowych scenariuszy odpowiedzi moralnych, ponieważ do wyzwań stawianych przed projektem oraz przed zainteresowanymi badaczami należy kształtowanie wrażliwości moralnej i odpowiedzialnej postawy. W tym miejscu musiało dojść do spotkania wielu języków: naukowego, medycznego, prawnego i etycznego. Ten ostatni, co wcale nie jest oczywiste, powinien być znany każdemu człowiekowi, choć każdy mówi w nim w innym nastrojeniu. Własne obserwacje także uzupełnią wymienione grupy potrzeb, język etyczny sytuując obok mowy bycia; translacja jako dotarcie do drugiego człowieka wymaga nie tylko znajomości jego języka, lecz także umiejętności przemówienia w nim.

Umieszczenie projektu we właściwym kontekście, jaki zarysowano — bycia wobec pacjenta paliatywnego oraz pacjenta terminalnego — niesie ze sobą szansę, aby zaproponować jak najpełniejszą interpretację godności, mającej służyć zarówno badaczom, jak i pacjentom oraz środowisku medycznemu. O ile interpretacja godności jako dyspozycji służy teorii, o tyle sama dyspozycja przejawia się już w leczeniu za sprawą zaangażowanych lekarzy, personelu medycznego, opiekunów oraz za sprawą kompetencji bioetyków.

Bycie wobec pacjenta, choć dla każdego wiąże się z inną odpowiedzialnością, w niniejszej rozprawie dotyczy bycia moralnego świadka odchodzenia oraz, jeśli tak wskazuje zdanie, uściśła, jaka jest lub jaka powinna być postawa bioetyka. Bycie dopiero staje się — na drodze słuchania i odpowiadania — odpowiedzialne wobec *odchodzącego*. Tak budujemy postawy

moralne oraz formułujemy oczekiwania, wymogi wobec poszczególnych osób, zgodnie z ich rolą i kompetencjami. Proponujemy niniejszą interpretację jako uzupełnienie — nie przedkładając kompetencji bioetycznych nad wiedzę lekarską, czy indywidualne przeżycie *odchodzącego*. Przeżycie, wiedza i kompetencje traktowane są jako równie istotne dla wyróżnienia warstw, wartości oraz celów projektu.

### **Wzajemne oddziaływanie teorii i praktyki**

Do celów projektu należy zaakcentowanie roli bioetyka, gdy bada on problematykę opieki paliatywnej i terminalnej. Chcąc wyrazić szacunek dla majestatu życia i majestatu śmierci, podkreślamy ich obecność w naukowej narracji. Zwłaszcza, gdy mowa jest o ochronie wartości oraz osób, mówienie o dobrej śmierci jest tak samo istotne, jak mówienie o dobrym życiu. Nawet w obrębie narracji naukowej nie mamy żadnej przewagi nad życiem oraz śmiercią. Przewaga ta nie jest konieczna. Prócz ochrony pacjentów zapewnianej dzięki specjalistycznym umiejętnościom, chronimy innych poprzez naszą obecność, wejście w relację. To, czego potrzebujemy, aby w wystarczający sposób kogoś chronić, budujemy na gruncie relacji. Zaistnienie relacji, doświadczenie innego — pochylamy się nad niniejszym projektem wiedząc, że bez drugiego człowieka jakakolwiek narracja pozostaje bezradna i chybiająca.

Nie unikniemy przedstawienia kilku radykalnych tez dotyczących służby drugiemu, umierającemu człowiekowi. Metodologie i rozstrzygnięcia na rzecz ochrony życia nie mogą tego życia wykluczać, nie mogą też przeoczyć lub niweczyć dążeń do godnej śmierci. Postawa, jaką projekt zarysowuje, jest zdystansowana wobec stanowisk stron zaangażowanych w problematykę, lecz nie jest daleka od narracji i dobra osoby, której mamy pomóc. Twierdzenie, czym jest dobro pacjenta, nie jest zamkniętą kwestią. Nigdy taką nie będzie, ponieważ wymaga osobistych rozstrzygnięć i każdorazowego ich podjęcia w postaci moralnych czynów, aż do momentu, w jakim możemy mówić o edukacji oraz obserwowanych praktykach moralnych. Dystans pomaga uniknąć przeoczenia dobra pacjenta, gdy poszukujemy sposobów, jak ochronić go przed tym, czego nie musi i nie powinien doświadczać. Tym samym, chronimy siebie przed doświadczeniem własnego niedostatku o charakterze moralnym. Ponieważ współtworzenie z *odchodzącym* narracji o tym, co godne, uzupełnia interpretację godności i godnej śmierci, nie sposób pominąć, iż do postulatów projektu należy dążenie do dialogu. Nie tylko dialog między bioetykiem, lekarzem i pacjentem, lecz interdyscyplinarny dialog między badaczami ma potencjał do rozwoju umiejętności oraz dyscyplin (bioetyki, medycyny, prawa, psychologii, etc.), a nie — do ich

zatarcia czy zaniku. Przez umiejętności rozumiemy nie tylko złożone analizy, ważne dla badań, lecz także wysokie umiejętności interpersonalne, gotowość do podjęcia odpowiadania na potrzeby umierającej osoby — nadal obecnej, choć bliskiej śmierci.

Wiemy, jak zmienia się sama bioetyka, co dekadę prezentując nowe badania naukowe. Nie mówimy już o etyce aplikowanej, skupiającej się jedynie na teorii, lecz etyce praktycznej i o działach samej bioetyki: historii bioetyki, metodologii w bioetyce, bioetyki globalnej, edukacji bioetycznej, relacji bioetyki i prawa oraz licznych specjalizacji bioetycznych. Obecnie bioetyka staje się dyscypliną projektów, ich ton zaczyna dominować, realnie wpływając na badane środowisko. Zarówno bioetycy, lekarze, jak i reprezentanci innych dyscyplin naukowych nie mogą negować rosnącej potrzeby interdyscyplinarnej współpracy<sup>225</sup>. Spotykają się nie tylko na naukowym gruncie, gdy potrzebna jest zarówno teoria, jak i kształcenie postaw moralnych — w momencie spotkania umierającego człowieka. Konieczności niesienia pomocy również nie sposób negować. Problematyka pozostaje ta sama, badamy postawy i działania wobec zjawisk choroby oraz śmierci, jednakże nasze możliwości odpowiadania na te zjawiska dynamicznie rosną, co wpływa na złożoność problemów, przed jakimi stajemy. Dialog pozwala dostrzec, że interpretacje łączą w sobie teorię i praktykę. Zdobywamy wiedzę oraz kształtujemy postawy moralne; interpretowanie zasad etycznych wymaga właściwej edukacji, a przyjęcie ich jako osobiste zasady moralne, uświadomione w pełni dopiero w obliczu zagrożenia i konieczności dokonania wyboru, ma na te zagrożenia odpowiedzialnie — odpowiadać. Indywidualna interpretacja nie ma swojego ekwiwalentu, ponieważ przekłada się na mowę bycia; w tej mowie chcemy dotrzeć do innego i usłyszeć wezwanie do bycia we właściwym miejscu. Kto jednak wzywa — inny, wartości, własne sumienie? Człowiek może umierać w milczeniu, także wartości milczą, gdyż potrzebują człowieka, aby się uobecnić. Sumienie zdolne jest wzywać, jednak wydaje się, że najpierw pozwala usłyszeć. Zanim będziemy uczyć o mowie (bycia), uczymy się słuchać. Dlatego słyszenie, o czym mówiliśmy już we wstępie, pozwala podejmować innego, współbyć z nim. Śmierć może nas od niego odsunąć, natomiast nieobecne wartości i nasza nieobecność jest niedopuszczalna. Z tego powodu poruszyliśmy kolejno problem nieobecności godności, a następnie niedostatku, daremności, uporczywości, utraty i nieważności. Dopiero troska pomaga je przezwyciężyć, wskazując na miejsce, od którego

---

<sup>225</sup> Co wybrzmiało na konferencjach: 1) „Etyka, moralność i przestrzeń publiczna” (26-27.10.2018, miejsce: Uniwersytet Warszawski, organizator: Zakład Etyki Uniwersytetu Warszawskiego); 2) „Opiniowanie etyczne projektów badań naukowych z udziałem człowieka” (26-27.11.2021, online, organizatorzy: Uniwersytet Warszawski, PAN, Wydział Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego); 3) „Bioetyka partycypacyjna” (16-17.12.2021, online, organizatorzy: Centrum Bioetyki i Bioprawa oraz Zakład Etyki Wydziału Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego).

należy rozpocząć badania, a raczej, od kogo — od osoby chorej i umierającej. W ten sposób wskazaliśmy na główne problemy, do jakich projekt ma się odnieść: terapię daremną, terapię uporczywą, bezosobowe traktowanie pacjentów, ich poczucie nieważności, rozłączność opieki i troski, brak odpowiedniego wsparcia dla lekarzy<sup>226</sup>.

Przestrzeganie zasad nie może wiązać się z negacją wartości, które początkowo mieliśmy za zadanie chronić. Czy miało miejsce właściwe odczytanie zasad — aby nie szkodzić i kierować się poszanowaniem autonomii, dobroczynnością oraz sprawiedliwością — okazuje się dopiero w chwili spotkania z innym i w konfrontacji z rzeczywistością naszej wiedzy o wartościach. Przestrzeganie zasad, ich wdrażanie i kształtowanie w prowadzeniu badań naukowych polega także na uzasadnianiu projektu. Wtedy sięgamy znacznie dalej niż poza własny warsztat pracy. Badania naukowe, w tym przypadku medyczne i bioetyczne, mając wartość społeczną, powinny odznaczać się etyką badawczą, współpracą oraz uzasadnioną solidarnością względem środowiska naukowego, jak i wszystkich pozostałych osób, których badania dotyczą<sup>227</sup>. W podstawowym sensie uzasadnianie dotyczy też, podjętych środków, wyznaczonych celów, logicznego związku między nimi, zgodności z wiedzą naukową. Spełnienie standardów naukowych to zaledwie minimum dla funkcjonowania projektu i nie jest wystarczające do rozwoju badań, ponieważ wciąż uczymy się sytuowania własnych badań względem wspólnych celów. Innym, istotnym uzasadnieniem dla niniejszego projektu jest troska, aby cele projektu miały związek z osiągalnym dobrem osób; jeżeli nie mamy możliwości troszczyć się o każdego z osobna, to niech bezwzględny minimum będzie budowanie porozumienia w trosce o cele, które nie przeoczą lub nie wykluczą dobra poszczególnych osób. Słowo „troska” nie musi wybrzmiewać, ale projekt bioetyczny nie może jej w żaden sposób negować. Niniejszy projekt przejmując podjęte w rozprawie pytania o godność. Jeżeli na gruncie bioetyki mamy interpretować godność jako dyspozycję do ochrony osób, to zarysowujemy już pierwszy punkt, zarazem cel projektu. Dlatego wymienimy kolejno jego cele, elementy i warstwy.

Zacznijmy od celów projektu, do których należy pozytywny wpływ na poprawę stanu *odchodzących*, ich poczucia i doświadczania wartości w relacji z zaangażowanymi osobami, lekarzami oraz personelem medycznym. Przedstawiona dyspozycja ma odpowiadać na potrzeby *odchodzących*, umożliwiając im doświadczenie troski, godności jako wartości.

---

<sup>226</sup> *O godności i jej praxis*, s. 165.

<sup>227</sup> Zob. P. Łuków, *Solidarity and the ethics of exposing others to risk in medical research*, [w:] „Bioethics”, 2022, 36, s. 821-828. Autor skupia się na wybranym przykładzie — „A rich comprehensive doctrine, which included commitment to shared political principles and values, would not provide universally compelling reasons to justify the intentional exposure of others to risks of participation in medical research”, s. 827.

Doświadczamy wartości relacyjnych dzięki obecności innych osób, dlatego ważne jest docenienie pracy medyków i ich specjalistycznych, medycznych kompetencji oraz podkreślenie znaczenia moralnych kompetencji wszystkich zaangażowanych stron. Dlatego do celów projektu należy również: 1) dialog w sferze relacji — czyli kształtowanie umiejętności interpersonalnych oraz praktyk moralnych stron zaangażowanych w opiekę nad *odchodzącym*, poprzez łączenie opieki i troski w leczeniu oraz zapewnianiu komfortu; 2) dialog w sferze nauki i edukacji — czyli oferowanie naukowych badań przyczyniających się do rozwoju dyscypliny, lecz przy zachowaniu warunku, że badania te mają realnie pomóc osobom, do których projekt jest adresowany.

Każdy ze wspomnianych dialogów kształtuje moralną postawę wobec umierających i cierpiących osób. Kluczowe jest osobowe traktowanie *odchodzących*, lecz sedna nie stanowi definicja osoby, tylko szacunek dla treści relacji z poszczególnym światem przeżywanym. Nasze spotkanie ma miejsce z powodu doświadczeń, przeżyć pacjenta, dlatego dialogi mają za zadanie budować narrację o godnym życiu i godnej śmierci. Ważne jest, abyśmy w ramach tej narracji uczyli się opisywać i opowiadać w naukowy sposób o przeżyciu osobowym, osobistym, indywidualnym. Osobowe traktowanie *odchodzących*, inicjujące relację, ujawniające kompetencje do opieki, zmniejsza ryzyko wdrażania terapii daremnej oraz terapii uporczywej, ponieważ włączamy pacjentów do rozmowy i dialogu o tym, co ich bezpośrednio dotyka.

Mamy na uwadze warunki, w jakich lekarze, personel medyczny i opiekunowie pracują z pacjentami. Warunki te bywają różne, od znakomitych po trudne. Lecz to nie warunki są jedynymi decydującymi czynnikami. Na przykład, opieka zdrowotna nie powinna kierować się czynnikami ekonomicznymi, lecz potrzebami chorujących i umierających pacjentów oraz umożliwiać opiekę nad nimi. Zdajemy sobie sprawę z utopijnego tonu tego twierdzenia. Choć finansowanie opieki zdrowotnej, edukacja przyszłych medyków, doksztalcanie pracowników medycznych, zapewnianie specjalistycznego sprzętu i środków leczniczych wiąże się z określonym, zwykle zbyt małym budżetem, to nie czynniki ekonomiczne decydują o tym, czy i w jaki sposób będziemy obecni przy *odchodzących*. Obecność stanowi rdzeń leczenia, ale nie można na niej poprzestać.

Czy potrzebujemy refleksyjnego projektu? Tak, ponieważ należy uczyć właściwych postaw moralnych — jak ponawiać odpowiedzialność i jak dotrzeć do drugiego człowieka. W jakich okolicznościach projekt jest potrzebny? Gdy zawodzą nasze nawyki, podstawowe zalecenia i stosowanie się do procedur nie rozwiązuje problemu, potrzebujemy już nie tyle odpowiednich kompetencji, co doświadczenia lub dostępu do doświadczenia kogoś, kto wie,

jak kompetencje przełożyć na postępowanie wobec *odchodzących*. Zachowanie zasad, procedur i norm, przy rozumieniu, czemu służą, jest równoczesnym wykraczaniem poza nie dla uobecnienia godności. Jest ponawianiem wagi odpowiedzialności za innego, a nie powielaniem norm. Norma to zbyt mało, aby odpowiadać przed osobą umierającą. Tak wracamy do mowy bycia — słuchania i odpowiadania. Potrzebujemy badań, rozmów, chwil zawahania. Sytuacja graniczna jak bliska śmierć wybija nas z rytmu, jaki znamy za sprawą naszych nawyków, standardowego zakresu obowiązków, toku codzienności. Jak zatem realizować wymienione cele? Łącząc w badaniach naukowych teorię oraz praktykę. Dlatego rozwijamy projekt bioetyczny w trzech sferach: dialogu, tekstu i edukacji.

Oczekujemy, aby odpowiedzialna troska była czymś możliwym do doświadczenia oraz możliwym do opisanie w naukowy sposób. Idąc tym tropem, wymienimy elementy projektu bioetyki refleksyjnej:

- 1) tekst — przygotowanie publikacji naukowych wydaje się oczywiste, ponieważ praca naukowa podlega ocenie i powinna spełniać odpowiednie kryteria. Praca w tekście także stanowi dowód na to, że badacz podjął samodzielnie szereg działań i uczynił swój warsztat — miejscem rozważań o innych. Z perspektywy bioetyki przyjmujemy, że inni są obok nas i ich obecność nie jest dla nas obojętnym stanem rzeczy. Ich obecność tworzy świat, który obserwujemy i interpretujemy w tekście. Na podstawie obserwacji, znajomości literatury oraz przedstawienia jej syntezy, wyjaśnienia terminów, przeprowadzone analizy krytyczne powinny zostać uzasadnione, w znaczeniu naukowego i etycznego uzasadniania projektów;
- 2) praca w środowisku *odchodzących* (praca w terenie) — część (minimum 1/3, optymalnie 1/2) pracy bioetyka lub bioetycznego zespołu badawczego powinna mieć miejsce w środowisku, w jakim *odchodzący* umiera. Wskazania te są również istotne dla pozostałych, pokrewnych badań bioetycznych. Praca w terenie stanowiła 1/3 badań dla niniejszej rozprawy, opierając się na konsultacjach akademickich, rozmowach, wywiadach szczegółowych z lekarzami i personelem medycznym oraz na metodzie obserwacji w środowisku *odchodzących*. Powtórnie podkreślamy, iż rozmowy z *odchodzącymi* nie stanowią materiału badawczego, choć zaliczamy rozmowy do obecności w środowisku pacjenta;
- 3) dialog<sup>228</sup> — włączenie pacjenta, osoby chorej i umierającej do narracji — łącząc narrację osobistą z narracją naukową. Wyróżnijmy dialog z *odchodzącym* oraz interdyscyplinarny dialog. Wejście w którykolwiek z dialogów wymaga od badacza przygotowania pod

---

<sup>228</sup> Por. z debatą bioetyczną w: *Edukacja bioetyczna na uczelniach medycznych*, red. P. Łuków, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2022, s. 18.

względem merytorycznym (kompetencje naukowe dotyczące bioetyki, otwartość na wiedzę z zakresu medycyny, psychologii i prawa), wdrożenia metody obserwacyjnej, w tym uczestniczącej w celu zdobycia naukowego doświadczenia oraz wysokich umiejętności interpersonalnych (jak i intrapersonalnych);

4) metoda dysonansu — tworząc projekt bioetyki refleksyjnej jesteśmy świadomi, iż dialog dotyczący godnego życia i godnej śmierci nie należy do rozmów łatwych. Dlatego jako metodę wspierającą proponujemy metodę dysonansu, mającą pomóc w rozważnym rozwiązywaniu napotkanych konfliktów<sup>229</sup>. Zaobserwowane różnice, niezgodności i spory traktowane są jako wskazówki, gdzie należy — wspólnie — wyznaczyć ramy działania o charakterze medycznym, nie naruszając granic o charakterze moralnym. Zakres dysonansów wyznacza sferę, w jakiej oczekujemy już nie tylko rozmów, lecz interdyscyplinarnego dialogu. Dysonanse można wyróżnić na poziomie teoretycznym (różnice między koncepcjami), praktycznym (konflikt między osobami) oraz teoretyczno–praktycznym (spory w sytuacjach nagłych, granicznych, również spory wewnętrzne, osobiste);

5) edukacja — związana zarówno z przygotowaniem publikacji naukowych, jak i z pracą w środowisku *odchodzących*. Przygotowanie tekstu przedstawiającego koncepcję odpowiedzialnej troski jest znacząco inne od kierowania się odpowiedzialną troską w praktyce. Dlatego proponujemy, aby do badań naukowych prowadzonych przez zespół badawczy włączyć określoną formę wolontariatu. Wspólna edukacja, obserwacja i kształtowanie właściwych postaw oraz praktyk moralnych, rozwijanie koncepcji odpowiedzialnej troski — to realny wpływ na kształtowanie wysokich umiejętności interpersonalnych oraz postaw wobec *odchodzących*. Wolontariat wiąże się z poprawą stanu pacjentów oraz z kształtowaniem różnorodnych umiejętności wolontariuszy<sup>230</sup>. Wsparcie personelu medycznego przez wolontariuszy, w porozumieniu z zespołem badawczym, jest z wielu powodów korzystne, jednak nie podkreślamy indywidualnych korzyści, tylko znaczenie wspólnej pracy, jakiej można się podjąć w towarzystwie i wspieraniu *odchodzących*.

Zatrzymajmy się na chwilę przy tym, jaką rolę miałyby pełnić wolontariat. W ramach projektu bioetyki refleksyjnej na początek wolontariat obejmowałby niewielką grupę (od

---

<sup>229</sup> A. Wierzbą, *Ochrona pacjenta jako dyspozycja bioetyczna: o powtórzeniu odpowiedzialności w projekcie bioetyki refleksyjnej*, s. 219-221.

<sup>230</sup> Zob. L. Selli, V. Garrafa, J.R. Junges, *Beneficiaries of volunteering: a bioethical perspective*, [w:] „Rev Saúde Pública” 2008, 42 (6), s. 1 — <https://www.scielo.br/j/rsp/a/FzqLrcnZkgL5ypgXTNfwnZB/?lang=en&format=pdf> (dostęp: 20.01.2023).

trzech do dziesięciu osób). Po zakwalifikowaniu się do pracy przy projekcie<sup>231</sup>, każdy z wolontariuszy miałby za zadanie być obecnym przy *odchodzącym*, po otrzymaniu stosownej zgody. Podczas pierwszego etapu (do dwóch tygodni) wolontariusz pracowałby z jedną osobą, mając za zadanie zapisywanie swoich obserwacji. Podczas drugiego etapu wolontariusz mógłby pomagać przy podstawowych czynnościach (podawanie posiłków, czynności higieniczne, wspólne spędzanie czasu). Na tym jego ingerencja w wykonywane prace kończyłaby się, ponieważ wolontariusz nie ma kwalifikacji do wykonywania trudniejszych czynności pielęgnacyjnych. W porozumieniu z lekarzami i personelem medycznym, zespół badawczy może ustalić, jak długo ma trwać praca wolontariuszy. Dla przykładu, okres od miesiąca do trzech miesięcy zapewnia obszerny opis wykonywanych czynności, lecz zauważmy, że interesują nas zasadne czynności o charakterze moralnym. Dlatego zaleca się, aby jeden wolontariusz był obecny przy jednej osobie *odchodzącej* tak długo, jak będzie to możliwe. Warto uzależnić czas trwania wolontariatu od czasu, jaki dany jest *odchodzącemu*.

Skoro wspominaliśmy o wolontariacie, warto nadmienić, iż sam zespół badawczy powinien składać się z kilku osób (minimum trzech). Prócz bioetyków, w skład powinien wejść również psycholog, który oferowałby wsparcie dla wolontariuszy pracujących w szpitalu, ośrodku czy hospicjum. Preferowane naukowe kompetencje są zależne od problematyki podjętej przez zespół, zatem mogą do niego dołączyć także lekarz, prawnik, czy socjolog.

Praca wolontariuszy zależna jest od ich własnych zapatrywań, czy chcą się realizować na drodze badań bioetycznych, czy jedynie medycznych. Prowadzenie przez wolontariuszy obserwacji podporządkowane byłoby następującym zadaniom i pytaniom: 1) rozbudowanie koncepcji odpowiedzialnej troski — jakiej troski oczekują *odchodzący*? Jaką opiekę jesteśmy w stanie im zapewnić?; 2) sporządzenie indywidualnej dystynkcji między ważnością i nieważnością — co jest dla *odchodzącego* ważne (na każdym z etapów godzenia się ze śmiercią oraz chorowania)? Czy *odchodzący* odmawia sobie ważności (jeśli tak, to w jakich sytuacjach)?; 3) wskazanie fundamentalnych cech terapii właściwej (przeciwstawianej terapii daremnej oraz uporczywej) — jak należy *być* przy *odchodzącym*, gdy nie możemy już poprawić jego stanu?

---

<sup>231</sup> Warto, aby przy kwalifikacji brano pod uwagę: stopień rozwoju naukowego, doświadczenie, zainteresowanie podjętą problematyką bioetyczną oraz posiadane cechy charakteru (dojrzałość, cierpliwość, opanowanie, taktowność, uważność, łatwość w nawiązywaniu kontaktów, zaradność).

Założeniem stojącym za terapią właściwą (nie jest to w tym przypadku termin medyczny, a pojęcie z zakresu bioetyki) jest teza, iż każdy z etapów umierania ma swój indywidualny „środek”. To, co właściwe dla *odchodzącego*, nie powinno dotyczyć skrajności rozumianej jako daremność oraz uporczywość. Daremność wskazuje, że czegoś — jak próbowaliśmy pokazać — zabrakło. Uporczywość wskazuje, że mamy do czynienia z nadmiarem. Podczas terapii właściwej osoba towarzysząca *odchodzącemu* powinna być obecna na tyle, by móc ocenić, w którym miejscu leży granica między bólem nieuniknionym a naddanym. Zwykle tą osobą jest lekarz, stąd istotne jest, aby projekt realnie wspierał lekarzy i personel medyczny w służbie, jaką pełnią. To również określa charakter i znaczenie pracy bioetyków. W miejscu, w jakim przebiega ta granica, także spotykamy się z innym, drugim człowiekiem. Albo pozwolimy mu odejść i żadna ze stron nie doświadczy godności, albo będziemy prowadzić *odchodzącego* tak długo, aż nasza ochrona będzie już służyć tylko nam, gdy przyjdzie nam się zmierzyć z konieczną utratą.

Rozwój bioetyki jako dyscypliny nie należy do głównych celów projektu. Należy do nich pomoc pacjentowi, osobie chorej i umierającej. Dlatego dla uzupełnienia niniejszej propozycji uwzględnijmy warstwy projektu, tworzące przestrzeń dla jego funkcjonowania: 1) narracja i przeżycia *odchodzącego*; 2) narracja i przeżycia osób reprezentujących środowisko medyczne; 3) narracja i przeżycia badacza. Za tak rozumianą narracją, o której już wielokrotnie wspominaliśmy, stoi osoba.

Osobowy charakter narracji sprawia, że to, czego narracja dotyczy, o czym opowiada, ma znaczenie osobiste i zlekceważenie tego znaczenia czy pominięcie jego interpretacji doprowadzi do straty, osobistej lub badawczej. Bioetyk nie może doprowadzać do strat tego rodzaju. W obszarze nauk nie jesteśmy uprawnieni do nadawania znaczenia rzeczom, które go nie posiadają. W doświadczeniu codzienności zdarza się nam to robić, co, gdy staje się dominującą tendencją, ma niekiedy katastrofalne konsekwencje. Powinniśmy dostrzegać lub pomagać dostrzec znaczenie rzeczy, zjawisk, natomiast obecność osoby stanowi jej wystarczające znaczenie — nie może go utracić, choć w braku przytomności, w roztargnieniu, zapominamy o tym. Dlatego praca w języku, w tekście, jest pracą pamięci. Niniejsza rozprawa jest pracą żałoby, lecz chodzi o ton zawartej myśli filozoficznej, nie o osobistą stratę. Projekt fenomenologiczny, a takim jest proponowana bioetyka refleksyjna, pomaga odsłonić znaczenie, lecz znaczenia nie nadaje. Jako badacze odpowiadamy za odczytanie świata, za usytuowanie świata przeżywanego w badaniach naukowych — za interpretowanie obecności oraz podejmowanie jej własnym byciem, własną obecnością.

Skończoność i śmierć nie zajmują centralnego miejsca w analizie obecności, lecz są dla obecności przejściem. Czuwamy przy *odchodzącym* jako istoty skończone, w obliczu tego, co nie jest dla nas jako skończone — dostępne. Śmierć rozcina obecność, niemniej, nie redukuje istnienia — chociaż jest o kogoś mniej, nie znaczy to, że ktoś znaczy mniej. Bycie obecnym po śmierci *odchodzącego* sprowadza się do zachowania o nim pamięci. Do rozcięcia dociera myślenie<sup>232</sup> i, gdy nie pozostaje już nic do uczynienia, tylko ono może ocalić nas przed podwojeniem utraty, przy zachowaniu szacunku do *odchodzącego* i rytuałów żałoby. W śmierci nie mówimy już o byciu, o prześwicie, lecz byciem podejmujemy prześwitu — będącego spotkaniem z innym — wygaszenie. Nie odpowiemy na obecność *odchodzącego*, niezależnie od tego, czy odszedł pacjent, ktoś dla nas obcy czy ktoś bliski, najbliższy. Spójrzmy na to z dystansu. Gdy myślimy *memento mori exhortations incerta mortis hora*, czy oczekujemy upomnienia, czy zapewnienia, że w śmierci nie zostanie zatarte to, co ma dla nas fundamentalne znaczenie? Znaczenie własnej śmierci oraz śmierci innego?

Zatrzymajmy się przy rozcięciu, ponieważ pojęcie to ma znaczenie dla opisu fenomenologicznego, postawy refleksyjnej, a zbliżamy się do wyjaśnienia, czym właściwie ma się ona stawać. Tu splot refleksji i sfery *praxis*, myślenia i bycia, powinien być gęsty, powinien zbliżać je do siebie.

„Rzecz myślenia pozostaje nie-wypowiedziana, co ufundowane jest zresztą w samej strukturze rozcięcia, której jest źródłem: skrywającej się nieskrytości i nieskrytego skrywania się, odkrywającego przechodzenia i skrywającego się nadejścia”<sup>233</sup>.

Możemy dostrzec rozcięcie, gdy umieramy<sup>234</sup> oraz rozcięcie, jakie myślenie podejmuje, gdy jesteśmy obecni. W myśleniu rozcięcie to także prześwit, w nim uchwycona zostaje różnica między byciem a bytem, nie dla ich oddzielenia, a zespojenia. W przechodzeniu lub nadchodzeniu skrytość ocala nie to, czego człowiek nie może wiedzieć, ale do czego człowiek dociera nie inaczej niż istniejąc. Współprzynależność bycia oraz bytu to jednoczesna różnica i jedność, nazwana przez Heideggera „wyróżnią”<sup>235</sup>. Nie są tym samym, ciężąc ku sobie stają się miejscem „pomiędzy”, w którym człowiek podtrzymuje ich wzajemność swoją obecnością. Chwilowość prześwitu nie odbiera doświadczeniu godności znaczenia — wagi odnalezienia brakującego fragmentu, własnego od początku do końca. W prześwicie bycia,

---

<sup>232</sup> C. Wodziński, *Heidegger i problem zła*, s. 335.

<sup>233</sup> *Ibidem*.

<sup>234</sup> Może dlatego myślenie, jak dowodzi znakomita literatura, potrafi podjąć żałobę i śmierć na tyle doniosłych sposobów.

<sup>235</sup> C. Wodziński, *Heidegger i problem zła*, s. 334.

człowiek staje w świetle — na polanie<sup>236</sup>. Widzi, że w byciu potrzebuje innego. Do prześwitu docieramy na drodze wydarzania się; chronimy i znajdujemy schronienie w mowie, której wydarzanie się jest źródłem<sup>237</sup>. Z tego powodu mowa bycia nie przestaje mieć znaczenia, gdy jako bioetycy nabieramy dystansu wobec opisywanej problematyki i śmierci *odchodzącego*. Dystans nie powinien doprowadzać do sytuacji, w jakiej przeżycie poprzedzające własną śmierć *odchodzącego* zostałyby przeoczone.

Mówiąc o przeżyciach *odchodzącego* mamy na myśli jego doświadczenie choroby, skończoności, doświadczenie troski. Wspólna dla niego i dla pozostałych osób, medyków i badaczy, jest troska, choć ich role w znacznym stopniu decydują o jej nakierowaniu. Warstwy, osobowe perspektywy nie są jedynie technicznym udogodnieniem dla budowania projektu. Tym, co łączy warstwy i pozwala im się w widzeniu świata nałożyć — a nam, porozumieć, dotrzeć do siebie nawzajem — jest dyspozycja, dlatego stanowi tak ważny punkt projektu. Warstwy, jeżeli przenika je ludzka obecność, opowiadają o tym, co w człowieku godne zapamiętania i powtórzenia na drodze aktu. Uczynienia wspólnym. Zapytajmy o nasz dostęp do świata przeżywanego. Nadmienmy, że świat przeżywany jest budowany myślowo; „Jest »ukonstituowany«, czy może skonstruowany, przez czynną myśl”<sup>238</sup>. Nasz dostęp również musiałby opierać się na czynnej myśli, spotykającej drugą myśl innego człowieka. Czy mamy więc dostęp do przeżycia *odchodzącego*? Wydaje się, że jest możliwy w momencie docierania do innego. Jest to jednak chwila. Światy przeżywane, choć możemy uogólniać ich opisy, nie są tożsame. Czy są tożsamościowe?<sup>239</sup> Mimo to, tak, jak obecność jest współbyciem, pewne myśli mogą być współdzielone. Czy zawsze mamy pełen dostęp do przeżyć innego? Nie, ponieważ nasz dostęp jest tożsamy z uobecnieniem się i tak, jak w przypadku wglądu, można je pogłębić lub stracić. Nasza wiedza o innym nie obejmuje go w całości. I tracimy dostęp, możliwość współdzielenia myśli, współobecności, wraz z odejściem innego. Możemy wyróżnić, czym jest dostęp poprzez metody naukowe oraz dostęp w byciu w relacji. Dostęp „poprzez” oraz „w” wskazuje na istotną różnicę w naszym podejściu do innego. Jak dotąd, nauka proponuje wiele sposobów, aby dotrzeć do innego i do jego przeżycia — w efekcie poprzez naukę opowiadamy o nim. Będąc w relacji z innym

---

<sup>236</sup> P. Korobczak, *Skryty wymiar etyczności w myśli Martina Heideggera*, s. 188.

<sup>237</sup> C. Wodziński, *Heidegger i problem zła*, s. 337.

<sup>238</sup> J. Patočka, *Filozofia kryzysu nauki według Edmunda Husserla i jego koncepcja fenomenologii «świata przeżywanego»*, przeł. J. Zychowicz, [w:] *Świat przeżywany. Fenomenologia i nauki społeczne*, oprac. Z. Krasnodębski, K. Nellen, Biblioteka Myśli Współczesnej, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1993, s. 37.

<sup>239</sup> W odniesieniu do książki — M. Żarowski, *Tożsamość. Problem skażenia natury ludzkiej w filozofii Kartezjusza*, Acta Universitatis Wratislaviensis No 1638, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1994.

mamy nie tyle dostęp, co jesteśmy przy źródle indywidualnego przeżycia, indywidualnej myśli. Nasza obecność umożliwia doświadczenie innego oraz, chwilowo, jego przeżycie czyni dla nas znajomym.

Fenomenologia daje taką szansę, aby opis, redukcja<sup>240</sup> i analiza refleksyjna<sup>241</sup> pomogły nam dotrzeć do tego, który się uobecnia oraz do tego, co uobecnione. Kwestie jawiącego oraz jawienia były i są opisywane przez wielu filozofów, od zjawisk ujmowanych klasycznie, po fenomenologię niezjawiskową<sup>242</sup> i fenomenologię uposażającą<sup>243</sup>. Dlaczego powołujemy się na fenomenologię? Ponieważ w znacznej mierze decyduje o postawie, w oparciu o którą proponujemy bioetykę refleksyjną. Dlatego powoli przejdźmy do zagadnienia postawy refleksyjnej, jaką mogą przyjąć inne, filozoficzne i bioetyczne projekty.

### Bioetyka refleksyjna

„(...) Nauka jest prawdziwie nauką, wiedzą racjonalnie ugruntowaną i jasną samą w sobie tylko wtedy, gdy pozostaje w ścisłym kontakcie z filozofią, która jest jej pierwotnym podłożem i jej podstawą. Filozofia jest niczym innym jak życiem (poświęconym myśleniu) odpowiadającym zasadzie całkowitej odpowiedzialności myśli”<sup>244</sup>.

Z jakiego powodu to właśnie refleksyjność ma opisywać projekt bioetyczny? Czy sama etyczność nie wskazuje już na charakter prowadzonych badań i nie decyduje o próbie przyjęcia odpowiedzialnej postawy wobec osób, których projekt dotyczy, w przestrzeni decyzji natury moralnej, medycznej? Zastanówmy się nad refleksją, ale nie będącą analizą własnej aktywności, myśleniem myśli. Chodzi o zwrot, nakierowanie, lecz nie na siebie. W bioetyce nie kieruje nami zainteresowanie własnymi aktami refleksji, ich poznawczym potencjałem, czy kwestią wtórności wobec doświadczenia, danych empirycznych. Refleksja towarzysząca prezentowaniu rezultatów swoich badań również nie jest tą, o którą pytamy. Doświadczenie obecności innego stawia nas w nieco innym położeniu, stąd układ, w jakim

<sup>240</sup> Redukcja transcendentálna oraz ejdetyczna. Zob. również M. Waligóra, *Wstęp do fenomenologii*, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2013. Do klasycznych narzędzi w fenomenologii autor zalicza *epoché* i redukcję transcendentálną oraz redukcję primordialną (zob. rozdział 2.).

<sup>241</sup> Zob. L. Embree, *Analiza refleksyjna. Wprowadzenie do badań fenomenologicznych*, przeł. A. Łagodzka, Biblioteka Towarzystwa Fenomenologicznego, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2006. Zwróćmy uwagę, że tytuł oryginału to *Reflective Analysis. A First Introduction into Phenomenological Investigation*, do czego nawiążemy przy analizie pojęcia refleksyjności, ponieważ np. J. Ives tytuł swój tekst: *A Method of Reflexive Balancing in a Pragmatic, Interdisciplinary and Reflexive Bioethics*. Różnica między słowami *reflexive* i *reflective* jest nie tyle kwestią stylu estetycznego, co filozoficznego. Dlatego wskazaliśmy, że słowo *reflective* lepiej oddaje sens niniejszego projektu i nakierowanie na inny świat przeżywany.

<sup>242</sup> W nawiązaniu do publikacji — J. Migasiński, *W stronę fenomenologii niezjawiskowej. Fragmenty pewnej historii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2019.

<sup>243</sup> W badaniach skupiającą się na właściwościach, wartościach uposażających podmiot w jego poznaniu, doświadczaniu.

<sup>244</sup> J. Patočka, *Filozofia kryzysu nauki według Edmunda Husserla i jego koncepcja fenomenologii «świata przeżywanego»*, s. 29.

mamy się poruszać, odpowiada układowi, w jakim pojawiają się przeżycia *odchodzącego* i są dla nas, badaczy i moralnych świadków, w pewnym stopniu dostępne. Tak pytamy o refleksję inicjującą konkretne doświadczenie. Powiedzieliśmy już, że godność należy do porządku refleksji i przeżycia duchowego; to dzięki refleksji godność ujawnia się jako dyspozycja, pozwala na jej uobecnienie, zarazem naszą obecność przy umierającej osobie, gdy w mowie bycia pozostaje niewiele do powiedzenia, lecz wiele do utraty — przez bycie. Nie stanowi to już tezy, ponieważ wysiłki i praca wielu medyków udowodniły, że obecność wymaga więcej niż odtworzenie podstawowych czynności przy pacjencie. Obecność może przejawiać się w podstawowych czynnościach, jeśli w swojej uważności, przytomności dostrzegamy, że tego właśnie potrzebuje pacjent. Dotarcie do potrzeb pacjenta nie jest tak oczywiste. Praca badacza, jeśli sam nie dokona takiego wyboru, nie polega na czuwaniu przy *odchodzącym*. Co ważne, czwanie przy *odchodzącym* powinno być umożliwione dla osoby, której to obecności *odchodzący* będzie potrzebować. Do zadań badacza należy pomoc we wskazaniu tego, co pozostaje do uczynienia, powinien zatem znać umiejętności zaangażowanych osób, ich możliwości oraz potrzeby *odchodzących*.

„Kierkegaard czyni zdecydowane rozróżnienie między obiektywną i subiektywną refleksją i obiektywną i subiektywną prawdą. Jeżeli ktoś dąży do znalezienia obiektywnej prawdy, interesuje go wyłącznie niezależna od podmiotu rzeczywistość. Nie zajmuje się on wówczas stosunkiem podmiotu do przedmiotu. Refleksja subiektywna natomiast nie oddziela przedmiotu od podmiotu, jako że subiektywna prawda polega na relacji pomiędzy podmiotem a przedmiotem. Prawdy obiektywnej poszukujemy stosując metody nauk przyrodniczych, prawda subiektywna wymaga zastosowania metody hermeneutycznej, tzn. interpretacji i refleksji”<sup>245</sup>.

Układ, w jakim pojawiają się przeżycia *odchodzących*, odpowiada odchodzeniu; umieranie decyduje o dynamice wydarzeń. Refleksja inicjująca doświadczenie obecności — naszej obecności przy *odchodzącym*, doświadczanej przez niego — zmierza ku innemu, pomimo uległości wobec śmierci. Zwracamy się nie ku sobie, nie ku śmierci, lecz ku innemu. W obecności i zwrocie oddajemy to, co nie podlega utracie, ponieważ trwa tak długo, jak długo trwa współobecność, współbycie. W bioetyce postawa — podobnie, jak troska — decyduje o kierunku badań, a dotyczą one życia innych osób. Postawa refleksyjna, jaka inicjuje bioetykę refleksyjną, wymaga od nas właściwego usytuowania wobec obecności

---

<sup>245</sup> H.R. Wulff, S.A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filozofia medycyny. Wprowadzenie*, przeł. Z. Szawarski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993, s. 168. Akapit wcześniej autorzy piszą, iż „nauki przyrodnicze są podporządkowane refleksji hermeneutycznej”, ponieważ „hermeneutyczna analiza osoby jest niezbędnym warunkiem badań empirycznych”.

innych, zwłaszcza *odchodzącego*. Czym zatem jest dla badacza współdzielenie myśli, jeżeli nie uobecnianiem refleksji decydującej o pełnionej przez niego służbie? W tym miejscu postulujemy, aby bioetyka wymagała od reprezentujących ją badaczy służby innemu, nakierowania ku temu, którego obecność i stan uzasadniają pracę badawczą. Czym podszty jest projekt, jakim oczekiwaniem, jeżeli w rozprawie rekonstruujemy powiązania między godnością i bioetyką refleksyjną? Wezwaniem do obecności. Lecz — jakiej dokładnie?

Ponownie zapytajmy o postawę refleksyjną i sięgnijmy do literatury filozoficznej;

„Postawą odpowiedzialną jest taka postawa, w której pogląd stosuje się do wyglądu rzeczy, a nie odwrotnie. Jak widać, już sama postawa odpowiedzialna umożliwia życie w prawdzie, czyni możliwą istotę filozofii i całej nauki, która nie utraciła z nią kontaktu. Z drugiej strony życie w prawdzie to racjonalność. Otóż owo życie w prawdzie jako charakterystyczny *bios* było pomysłem starożytnych Greków. Ugruntowali je oni jako tradycję ciągłą, której znaczenie można stale na nowo odnajdywać, odnawiać i wzbogacać dzięki samej tej możliwości odnajdywania”<sup>246</sup>.

Czy potrafimy wskazać różnicę między postawą refleksyjną a odpowiedzialną? W niniejszym projekcie są one tym samym. Dla bioetyka odpowiedzialna postawa to taka, w jakiej widzenie stosuje się do przeżyć *odchodzących* lub szerzej — stanów osób wymagających zaangażowania opieki medycznej, obecności. Obecność ma znaczenie moralne, kontekst służby zdrowotnej jest niewielkim wycinkiem ze spektrum ludzkich działań. Niemniej, w opiece nad *odchodzącym* jest konieczna, jednocześnie możemy podać ją za przykład dla innych postaw etycznych.

Postawę refleksyjną, mającą charakteryzować bioetyka, powinny cechować m.in.:

- 1) otwartość, aby wejść w dialog, a na poziomie akademickim — dialog interdyscyplinarny;
- 2) zdystansowanie, by subiektywnej oceny żadnej ze stron w dialogu, stanowisk w analizowanej problematyce — nie wyznaczać jako celu badań, tylko koncentrować się na właściwym, bezstronnym opisie;
- 3) wrażliwość badawcza, aby na podstawie opisu wskazać to, co jest do uczynienia;
- 4) uważność, by nie dzielić zjawiska na aspekty, lecz zbliżyć się do ujęcia całości, umożliwiając właściwe działanie i akty moralne;
- 5) sumienność, aby prawdy nie traktować jako racji, lecz jako wartość, dzięki której mamy się nawzajem porozumieć i odnaleźć, zarówno w świecie przeżywanym, jak i chwilach, gdy świat ten rozpada się w granicznych sytuacjach.

---

<sup>246</sup> J. Patočka, *Filozofia kryzysu nauki według Edmunda Husserla i jego koncepcja fenomenologii «świata przeżywanego»*, s. 29-30.

Postawa refleksyjna przypomina postawę filozoficzną, opisywaną przez Edmunda Husserla<sup>247</sup>, W bioetyce, a dokładnie w badaniach nad godną śmiercią *odchodzących*, zajmuje nas ukierunkowanie refleksji. Nasze poznanie jest w znacznej mierze zależne od postawy, jaką przyjmujemy wobec *odchodzących*, co pokazuje choćby model bólu totalnego — mamy konkretną wiedzę i dzięki niej staramy się działać w określony sposób. Poznanie to jest zależne od stopnia kwalifikacji; czym innym są kwalifikacje medyczne pozwalające na diagnostykę, a czym innym kwalifikacje moralne, pozwalające dotrzeć do innego i być przy nim, gdy umiera. Gdy pytamy bioetyka, czy dana terapia była daremna, nie oczekujemy jego medycznej oceny, tylko wglądu natury moralnej. Wgląd ten ma wesprzeć badaczy i medyków w ich przyszłej pracy, aby refleksja pomogła budować „gdzie indziej”, czyli w konkretnym byciu. Wymaga to pewnej wiedzy medycznej, lecz nie — medycznych umiejętności. Natomiast ukierunkowanie medycznych umiejętności jest dla nas istotne.

Czym są akty refleksji i jaki mają związek ze światem przeżywanym? A, idąc dalej, jaki mają związek z bioetyką?

„Wśród najogólniejszych szczególnych zjawisk istotnościowych czystej sfery przeżyć na pierwszym miejscu rozważamy refleksję. Czynimy to ze względu na jej uniwersalną funkcję metodologiczną; metodyczne postępowanie fenomenologiczne obraca się wyłącznie w aktach refleksji”<sup>248</sup>.

Przeżycie, widziane przez myśl, staje się aktem refleksji; „Każde przeżycie nie znajdujące się w zasięgu spojrzenia może, zgodnie z »idealną« możliwością, stać się »zobaczonym« (...)”<sup>249</sup>. Przyjmując, że o nakierowaniu aktu refleksji decyduje postępowanie fenomenologiczne, powinniśmy przyjąć do wiadomości, iż umieszczenie refleksji w czystej sferze przeżyć pomoże nam w dokonaniu analiz, co dotyczy analiz także w bioetyce, lecz już nie pomoże odpowiedzieć na nurtujące nas pytania, gdy spotkamy innego, *odchodzącego* — twarzą w twarz. Nie porzucamy jednak rygoru dla metodologii i postawy badawczej, jaką opisywał Husserl, tylko pozwalamy jej się kształtować. W bioetyce metodologia zaczerpnięta z fenomenologii powinna uwzględniać, obok analizy rzeczy i zjawisk, analitykę przeżyć

<sup>247</sup> E. Husserl, *Idea fenomenologii. Pięć wykładów*, przeł. J. Sidorek, Biblioteka Klasyków Filozofii, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1990, s. 28. W wykładzie pierwszym czytamy: „Skontrastujmy teraz tę naturalną postawę myślową, resp. naturalne motywy, z postawą filozoficzną. Wraz z przebudzeniem się refleksji nad stosunkiem poznania do przedmiotu otwierają się przepastne trudności. Poznanie, w myśleniu naturalnym rzecz najbardziej ze wszystkich sama przez się zrozumiała, od razu staje się tajemnicą. (...) Dla naturalnego myślenia zrozumiała sama przez się jest możliwość poznania”.

<sup>248</sup> E. Husserl, *Idee czystej fenomenologii i fenomenologicznej filozofii*, t. I, przeł. D. Gierulanka, Biblioteka Klasyków Filozofii, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1967, s. 241.

<sup>249</sup> *Ibidem*, s. 242.

drugiej osoby, umożliwiając tym samym właściwą postawę badawczą, odpowiedzialną już nie wobec podmiotu czy przedmiotu, a wobec osoby. Postawa lekarza i opiekuna wobec *odchodzącego* wiąże się z inną odpowiedzialnością, ponieważ pełnią oni inne role w jego otoczeniu. Jednak to obecność *odchodzącego* — osoby bliskiej śmierci, lecz nadal obecnej — sprawia, że wszystkie te role, czynności, akty — mają sens w tym właśnie otoczeniu. Świat przeżywany, należąc w pełni do osoby, jest światem osobowym. Nie powinno się uzależniać znaczenia świata przeżywanego od definicji osoby, ponieważ kondycja człowieka jest w pewnym stopniu zmienna, natomiast życie, niezależnie od tej kondycji — rozświeśla jego egzystencję do momentu wygaszenia przez śmierć. Życie nie traci na znaczeniu z powodu tej czy innej przyjętej definicji osoby oraz uznania, że ktoś nie jest wcale lub nie jest w pełni osobą — sprawną, świadomą, zdrową. Dlatego znaczące jest przeżycie *odchodzącego*, do którego nie mamy pełnego dostępu, doświadczamy jednak obecności innego i zapowiedzi jej wygasania. To zobowiązuje nas w wystarczającym stopniu, aby podczas prowadzenia badań, leczenia, pamiętać o akcie refleksji — zadaniu pytania, czy to, co robimy, jest dla *odchodzącego* konieczne.

Co wiemy o świecie — nie napotykanym rzeczy, lecz o przeżywanym świecie innej osoby? Świat naturalny, jak rekonstruował Jan Patočka, jest czymś więcej niż światem doświadczanym w jakiegokolwiek intuicji. Uznaje, że jest to, przede wszystkim, świat dobra i zła<sup>250</sup>. Tak uzyskuje on miano świata konkretnej ludzkiej egzystencji, a dalej, świata przeżywanego;

„Ale konkretna ludzka egzystencja jako bycie w świecie nie jest nigdy uchwytana sama dla siebie, w oderwaniu od ruchu, który ją umieszcza pośród rzeczy i nawiązuje kontakt między nią a nimi. Subiektywność zatem to właśnie świat przeżywany w swojej konkretnej całości. A subiektywność ta jest ze swej istoty skończona (...)”<sup>251</sup>.

Jak twierdził Patočka, subiektywności tej nie możemy uchwycić oddzielnie za pomocą obiektywizującej refleksji. Jeżeli świat naturalny, miejsce wspólnego życia, jest światem dobra i zła, podążamy wzdłuż granicy między jedną subiektywnością a drugą, między subiektywnością widzenia świata naturalnego a subiektywnością pierwotnego świata przeżywanego, wyrastającego z konkretnej ludzkiej egzystencji. Oba światy mogą ulec unicestwieniu, lecz to nie w ich unicestwieniu, zarazem naszej śmierci, upatrujemy tego, co

---

<sup>250</sup> J. Patočka, *Filozofia kryzysu nauki według Edmunda Husserla i jego koncepcja fenomenologii «świata przeżywanego»*, s. 43.

<sup>251</sup> *Ibidem*, s. 43-44.

własne. Gdy mowa jest o trwaniu życia, znanego nam czasu nie sposób sprowadzić do analiz służących poznaniu. Czas jako przedmiot refleksji pojawia się w różnorodnych badaniach, lecz refleksja ukazuje coś jeszcze. Czas, którego znaczenie chcemy uwypuklić, jest doświadczeniem, zwykle doświadczeniem nietożsamości. „Owo prerefleksyjne posiadanie siebie jest w stosunku do świata codziennej krzątany tak oczywiste i niezauważalne, że owo bycie sobą dzieje się jako swoiste zapomnienie, opuszczenie, samowyobcowanie”<sup>252</sup>. Nietożsamość jako przeżycie, następstwo doświadczenia wyobcowania i samowyobcowania, jest czymś innym, gdy mówi o tym filozof — a gdy mówi o tym *odchodzący*. Refleksja oraz przeżycie nie są pojęciami nadto odległymi od kategorii bycia i czasu. Życie codzienne ujawnia się w akcie refleksji i to w niej rodzi się pytanie o możliwość własnej śmierci. Śmierć nadejdzie, lecz — czy zostanie przyjęta?

Należałoby mówić nie o świecie naturalnym<sup>253</sup>, lecz o świecie przeżywanym, w jakim skrywane są wszelkie uzasadnienia dla indywidualnego nastawienia, nastrojenia, postawy. „Prawdą jest zarazem, że świat jest *tym*, co *widzimy* i że musimy wszelako uczyć się go widzieć”<sup>254</sup>. Uczymy się widzieć, tak, jak uczymy się słuchać. Dlatego, zdobywając wiedzę o świecie, zdobywamy także wiedzę o świecie innego. Jeśli nie przeoczmy przeżywającego, uprawnii nas to do mówienia „my”, ponieważ tylko w ten sposób wiążemy światy ze sobą. Badając świat przeżywany kierujemy się zasadą, by najpierw obserwować, następnie opisywać, a na końcu podawać wnioski i rezultaty badań. Świat przeżywany nie powinien dopasowywać się do narzędzi badacza, tylko badacz powinien decydować na każdym z etapów swej pracy dobierać narzędzia i metody tak, ażeby nie pominąć w nich tego, który świat przeżywany uobecnia. Zwykle *odchodzący* czyni to autentycznie i bezwiednie, uobecnia to, co możemy widzieć i słyszeć. Sposoby uobecnień zależne są od *odchodzącego*, lub szerzej, od osoby i roli, jaką przyjmie w konkretnej sytuacji bądź jaka zostanie jej przydzielona. Ważny jest pierwszy wgląd badacza, ponieważ zależy od tego dobór metod, pojęć i odpowiedni dystans, aby prowadzone przez niego obserwacje wiernie oddawały stan rzeczy — zaistniałe okoliczności, obecne osoby i relacje między nimi, uobecnione wartości, przeżycia i postawa *odchodzącego*. Mamy na myśli postawę wobec śmierci, lecz *odchodzący* może chcieć nazwać ją postawą wobec życia — nie mamy prawa decydować w jego imieniu.

---

<sup>252</sup> D.R. Sobota, *Narodziny fenomenologii z ducha pytania. Johannes Daubert i fenomenologiczny rozruch*, Biblioteka Polskiego Towarzystwa Fenomenologicznego, t. X, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2017, s. 344.

<sup>253</sup> Kwestią odrębną jest odróżnienie świata naturalnego i nastawienia naturalnego od nastawienia naturalistycznego, charakteryzującego nauki przyrodnicze.

<sup>254</sup> M. Merleau-Ponty, *Refleksja i zapytywanie*, przeł. J. Migasiński, [w:] *Widzialne i niewidzialne*, oprac. J. Migasiński, Fundacja Aletheia, Warszawa 1996, s. 18.

Wróćmy jeszcze do aktu refleksji. Aby rozważyć coś, oddać się myśleniu, należy zachować dystans, oddalić od świata rzeczy. W mowie potocznej dopuszczalne jest tak zawężone znaczenie refleksji. Lecz, radykalne wycofanie się ze świata, o jakim wspomniała Arendt, pozwala myśleć o tym, który jest nieobecny<sup>255</sup>. Autorka wskazała inne, ludzkie aktywności;

„Mowa była dotąd o szczególności myślenia, polegającej na radykalnym wycofaniu się ze świata. Rzecz się ma jednak inaczej z wolą i sądzeniem, które, choć zależne od wstępnej myślowej refleksji dotyczącej ich przedmiotów, nie dają się jednak do niej ograniczyć”<sup>256</sup>.

Refleksja jest dla osoby czymś własnym, niezależnie, czy oddajemy się refleksji *a priori* czy *a posteriori*. Szukamy dla refleksji momentu „teraz”, nie dla jej wyrazu, lecz dla wyrazu nas, naszej obecności<sup>257</sup>.

„Czy refleksja warta jest refleksji? Poza wszystkim innym, zarówno nauka, jak i filozofia po większej części były i nadal są uprawiane w sposób nierefleksyjny czy wprost, i tak samo w sposób nierefleksyjny przebiega większość codziennego życia, chociaż akademicy mogą o tym zapominać. W pewnych dyscyplinach naukowych obserwacja refleksyjna jest zupełnie nieodpowiednia, na przykład w chemii. W innych naukach obserwacja refleksyjna uzupełnia metody nierefleksyjne. W jeszcze innych jest lub powinna być metodą podstawową. Błędne natomiast jest przekonanie, że refleksyjna odmiana obserwacji teoretycznej jest podstawową metodą wszelkich dążeń poznawczych”<sup>258</sup>.

Widzimy, że należy odróżnić od siebie refleksję jako myśl i refleksję jako metodę, uniwersalną funkcję metodologiczną, ponieważ metody są skrojone na miarę danej nauki. Niedopuszczalnym byłoby twierdzenie, że źródłem nauki jest postawa bezrefleksyjna. Wątpliwe byłoby również sądzenie, że znaczące dla nauk są wyłącznie dążenia poznawcze. Wiedza i poznanie są dla nauk priorytetowe, głównie z powodu dominujących modeli kształcenia, co sprowadza nas ponownie na grunt dysputy o charakterze nauk przyrodniczych i humanistycznych. Ograniczmy się do uwagi, iż refleksja jako myśl i postawa, nie jako metoda refleksyjna, jest konieczna dla budowania oraz rozwoju każdej naukowej dyscypliny.

---

<sup>255</sup> H. Arendt, *Myślenie*, s. 120.

<sup>256</sup> *Ibidem*, s. 137.

<sup>257</sup> W podobnym kierunku zmierzał H. Schmitz, gdy proponował koncepcję ja-tu-teraz. Zob. *Wykład czwarty* [w:] H. Schmitz, *Nowa fenomenologia. Krótkie wprowadzenie*, przeł. A. Przyłębski, Wydawnictwo Aletheia, Warszawa 2015, s. 91-120.

<sup>258</sup> L. Embree, *Analiza refleksyjna. Wprowadzenie do badań fenomenologicznych*, s. 79-80.

Każda nauka zainicjowana przez człowieka mówi o jego stosunku do świata, jaki za sprawą nauk kształtuje. Niemniej, analiza, jak pouczył nas Lester Embree, wymaga naukowej ścisłości i na początkowych etapach badań naukowych nie mamy do czynienia z analizą o charakterze aksjotycznym, czy z interpretacją; „Jedną z technik analizy jest: zadać pytanie, a następnie po to, by na nie odpowiedzieć, obserwować rzecz i jej determinacje, o które się pyta”<sup>259</sup>. Jednakże, skąd wiemy, jakie zadać pytanie, jeśli nie wykażemy się refleksyjnością, gdy przystępujemy do badań bioetycznych oraz w analizach z zakresu bioetyki? Aby zadać właściwe pytania, analizę powinna poprzedzać obserwacja. Obserwacje następujące w trakcie i po analizie, mają inny charakter. Jeżeli pierwszy wgląd będzie błędny, nietrafny, to przeprowadzone na jego podstawie analizy również okażą się nietrafne. Oczywiście, wyciągamy wnioski z błędnych analiz i one także powinny znaleźć się w naukowym sprawozdaniu, jednak nie powinno doprowadzać się do daremnych przedsięwzięć, nawet gdy dotyczą one tylko pojedynczego warsztatu badawczego. Bioetyka wymaga od nas rozwagi, aby badania nie były jedynie eksperymentalne. Przy dokonywaniu selekcji, jakie badania prowadzić, mijemy na uwadze czas, jakim dysponujemy i na co dokładnie powinien być on poświęcony.

„Analiza refleksyjna sprawdzająca uzasadnienie nastawień (...) wykazuje znaczące powinowactwo ze współczesną filozofią i można ją postrzegać jako prowadzącą do tego, co można by nazwać »fenomenologią krytyczną«”<sup>260</sup>.

Filozofia (zatem i fenomenologia) krytyczna nie poprzestaje na sceptycyzmie, musi wykroczyć poza niego. Uchwytując moment kryzysu, stopniowo pozwala na konfrontację w analizie fenomenów pochodzących ze sfery, jaką filozofowie chętnie nazywają „czystą” oraz ze sferą świata przeżywanego i naszych przeżyć. Czy to nie przeżycia — nasze, niekoniecznie „czyste” — nie zostały odseparowane dzięki aktom refleksji? Po analizach, przeżycia powinny powrócić na swoje miejsce, abyśmy kontynuowali badania, wciąż o charakterze refleksyjnym.

Dla zachowania jasności wymienimy, że w fenomenologii znajdujemy kilka odniesień do refleksji: (1) refleksję charakteryzującą filozoficzny namysł (pogłębione rozważania, medytacje); (2) to, co prerefleksyjne lub przedrefleksyjne (poprzedzające doświadczenie

---

<sup>259</sup> *Ibidem*, s. 47.

<sup>260</sup> L. Embree, *Analiza refleksyjna. Wprowadzenie do badań fenomenologicznych*, s. 218. Inaczej: „Fenomenologia jest podejściem, które najzwięźlej można opisać jako analizę refleksyjną”, s. 217.

i refleksję nad nim); (3) to, co jeszcze nierefleksyjne (załączek istnienia podmiotowego)<sup>261</sup>; (4) analizę refleksyjną; (5) metodę refleksyjnego wczucia (w przeżyciu estetycznym)<sup>262</sup>; (6) ogólną nierefleksyjność (brak potrzeby refleksji w trakcie badań) oraz (7) bezrefleksyjność (pozbawienie refleksji na którymkolwiek z etapów działania lub badań). To tylko kilka przykładów z myśli niedawnej i współczesnej. Bioetyka refleksyjna stanowi kolejne podejście, aby zobaczyć to, co było, jak się zdaje, przez wybitnych filozofów i fenomenologów, badaczy bycia — antycypowane.

„Fenomenologia jest badaniem esencji i według niej wszystkie problemy sprowadzają się do określenia istoty: na przykład istoty percepcji, istoty świadomości. Ale fenomenologia jest również filozofią, która osadza esencje w egzystencji, w istnieniu, i sądzi, że człowieka i świat można zrozumieć tylko w ich »faktyczności«. Jest to filozofia transcendentna, która zawiesza, aby je zrozumieć, twierdzenia właściwe nastawieniu naturalnemu, ale jest to również filozofia, dla której świat jest zawsze dany przed refleksją, »tu oto«, jako nieusuwalna obecność i której wysiłek zmierza do odnalezienia tego naiwnego kontaktu ze światem i do nadania mu wreszcie statusu filozoficznego. Jest to filozofia mająca ambicje bycia »nauką ścisłą«, ale zarazem filozofia zdająca sprawę z przestrzeni, czasu, świata w ich kształcie »przeżywanym«»<sup>263</sup>.

Akt refleksji jako przeżycie umożliwia nam wgląd nie tylko w wydarzenie, jakie ma miejsce, lecz pozwala także to miejsce tworzyć, wskazać jego konstytucję. Zmierzenie do innego jest tym, co napędza i kierunkuje analizy, opisy, pomaga ocenić rezultaty badań. Badanie jest również sposobem zamieszkiwania świata, doświadczenia wchodzenia w relacje oraz doświadczenia ich rozpadu. Rozproszenia. Możliwość utraty świata nie jest możliwością jedynie abstrakcyjną, stąd refleksyjny charakter projektu wymaga analiz, prób uchwycenia — by odpowiedzieć na to, co słyszymy z ust *odchodzącego* i co mówi bycie odczytywane filozoficznie. Nie unikniemy utraty i nie podejmiemy jej przedwcześnie. Naszym zadaniem jest obecność. Refleksja mająca zdyscyplinować nas na tyle, aby nie doprowadzać do śmierci będącej jedynie utratą. Przyjęcie postawy moralnej, także w obrębie naukowego języka, to nic innego, jak nauka obecności<sup>264</sup>.

---

<sup>261</sup> J. Migasiński, *W stronę fenomenologii niezjawiskowej. Fragmenty pewnej historii*, s. 112.

<sup>262</sup> D.R. Sobota, *Narodziny fenomenologii z ducha pytania. Johannes Daubert i fenomenologiczny rozruch*, s. 340. Dalej, analizując transkrypcje podane przez Autora, czytamy o refleksyjnej fenomenologii, mającej odkryć konstytucję bytu — s. 656.

<sup>263</sup> M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia percepcji*, przeł. M. Kowalska, J. Migasiński, Fundacja Aletheia, Warszawa 2001, s. 5.

<sup>264</sup> Czy wolno nam zaproponować, obok *ars moriendi* — *ars praesentiae*?

„Dzięki refleksyjnemu zwrotowi postrzeganie i wyobrażanie stają się już tylko dwoma rodzajami *myślenia*. Z widzenia i z odczuwania zachowuje się już tylko to, co je niepowątpiewalnie ożywia i podtrzymuje — czysta myśl widzenia czy odczuwania — i możliwe jest opisanie tej myśli, pokazanie, że składa się ona ze ścisłej korelacji pomiędzy moim zagłębieniem w świat i sensorycznymi odpowiedziami, które ono wzbudza”<sup>265</sup>.

Dzięki refleksji widzimy zarówno to, co przezeń ujmowane, jak i sposoby ujmowania, przypisując je poszczególnym dyscyplinom naukowym. Refleksja kształtuje nasze nastawienie, odczytując i modyfikując przeżycia oraz nasycając interpretacje. Cóż znaczyłyby interpretacje bez świata, do którego przynależą? Stosując analizę refleksyjną nie zastępujemy cudzego przeżycia własnym, nie przejmujemy również narracji w świecie przeżywanym innego<sup>266</sup>. Co najwyżej, możemy nabyć prawo do włączenia narracji innego do własnej, jednakże analizy, nawet najgłębsze, są przejawem naszej obecności i pochodzą od nas. Analizy życia codziennego, mniej lub bardziej trafne, spotykają się z tymi samymi wymogami nauk i filozofii, jakim muszą sprostać. Lecz, czy chodzi tylko o prawdziwość? Bernhard Waldenfels wskazywał za Husserlem na uwikłanie w analizach trzech elementów. Jest to „wiedza potoczna (*doxa*), rozum naukowo-metodyczny (*episteme* 1) i rozum uniwersalno-filozoficzny (*episteme* 2)”<sup>267</sup>. Wyjaśnił, iż „Naukowe rugowanie subiektywności przekształca się w zagłębienie w subiektywności, dzięki któremu wiedza zyskuje jakby trzeci wymiar”<sup>268</sup>. Transcendentalna subiektywność przeciwstawiona jest w ten sposób fizykalnemu obiektywizmowi. Dodajmy również, że tak ujęty subiektywizm trafnie uchwytuje to, co wymyka się relatywizmowi. Niemniej, nawet słuszne mniemanie nie stanowi jeszcze potwierdzonej wiedzy, dlatego *orthe doxa* nie pozwala na sobie poprzestać — podobnie, jak na innych etapach badań, metodach, czy punktach krytycznych — jak wątplenie. W badaniach bioetycznych refleksja także ma poddawać się próbie wątplenia, próbę tę sytuując po stronie metod<sup>269</sup>.

---

<sup>265</sup> M. Merleau-Ponty, *Refleksja i zapytywanie*, przeł. J. Migasiński, [w:] *Widzialne i niewidzialne*, s. 41. Zwrot, o jakim mowa, jest odpowiedzią na naiwność oraz niezgodność między tym, co pochodzi ze świata, a tym, co pochodzi od nas w aktach percepcji.

<sup>266</sup> M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia percepcji*, s. 314.

<sup>267</sup> B. Waldenfels, *Pogardzana doxa. Husserl i trwający kryzys zachodniego rozumu*, przeł. D. Lachowska, [w:] *Świat przeżywany. Fenomenologia i nauki społeczne*, s. 104.

<sup>268</sup> *Ibidem*, s. 112.

<sup>269</sup> Por. E. Husserl, *Idee czystej fenomenologii i fenomenologicznej filozofii*, t. I, s. 95.

„Pojęcia: Ja i świat otaczający nierozdzielnie do siebie nawzajem się odnoszą. Przy tym do każdej osoby należy jej świat otaczający, natomiast wiele komunikujących się równocześnie ze sobą osób posiada wspólny świat otaczający”<sup>270</sup>.

Istnienie wspólnego świata zakłada więc równoczesność komunikujących się ze sobą osób, niemniej, w niniejszej rozprawie zależy nam na uwypukleniu relacji i tego, co Emmanuel Lévinas rozpoznał w niej jako nieprzechodnie, uzasadniając substytucję. Rozpoznając własną odpowiedzialność wiem, że nikt nie odpowie przed Tobą w moim imieniu, nie w sensie moralnym. Nie w sensie egzystencjalnym. Z nikim innym nie przemówię w języku, jaki tworzy naszą relację, a jaki ustanawia nasza obecność i otwarta postawa wobec siebie nawzajem. Relacje mogą mieć różne stopnie, jednak to, co warto nazwać relacją, ustanawia obecność co najmniej dwóch osób i wykracza poza wymianę przez nie komunikatów. To, co sprawia, że komunikaty są znaczące, zawiera się w osobistym uobecnienu. W każdym (elastycznym) scenariuszu rozmów prowadzonych w ramach rozprawy padało to samo pytanie: co jest dla Pana, Pani, Ciebie — ważne<sup>271</sup>? Dla filozofa to wskazówka w poszukiwaniach godności, dla rozmówcy jest to wskazanie na niego — na osobę, dzięki której wspólnota jest w ogóle możliwa. Kierując pytanie o ważność, zwracam się do innego, ponieważ to on jest dla mnie ważny. Umożliwia moje zwracanie się — moje dysponowanie, pozostawanie w dyspozycji. Pytanie jest w tej sytuacji tylko narzędziem, podczas analizy refleksyjnej pozwala odnaleźć łączące się elementy — dopiero wtedy można wykazać, że od początku pytanie przenikało postawę badacza. Moja postawa oraz trwanie w pytaniu ujawnia charakter mojego świata przeżywanego, świata badacza, zewnętrznego wobec świata *odchodzącego*. Świat zewnętrzny nie jest światem zwierzchnika czy rywala. Pytanie zadane mojej mowie bycia oraz zadane innemu z wdzięczności, pozwala dostrzec moment daru w wydarzaniu się, aby znaczenie obecności wprowadzić do naukowego namysłu. „Czy nazwa dla zadania myśli nie brzmi w takim razie: »prześwit i obecność«, a nie bycie i czas? (*Sein und Zeit*)? Skąd jednak i jak jest (*gibt es*) prześwit? Co można usłyszeć w tym *Es gibt*?”<sup>272</sup>.

Refleksyjność jako postawa decyduje o podejściu badacza do wybranej problematyki. Podejście to niekiedy wymaga radykalnego ruchu. Nasz świat przeżywany, wyrastający na

---

<sup>270</sup> *Ibidem*, s. 262.

<sup>271</sup> A. Wierzbą, *O zapominaniu i przypominaniu — utrata pamięci i odpowiadanie moralne*, [w:] „Obraz – pamięć – media”, red. P. Greń, K. Morawski, Zeszyty Wydziału Humanistycznego KPSW XVIII, Jelenia Góra 2020, s. 115.

<sup>272</sup> M. Heidegger, *Koniec filozofii i zadanie myślenia*, przeł. K. Michalski, [w:] *Ku rzeczy myślenia*, przeł. K. Michalski, J. Mizera, C. Wodziński, Fundacja Aletheia, Warszawa 1999, s. 99.

znanych nam wartościach, powinien otworzyć się na świat innego, lecz to nie otwartość ma być radykalna, tylko ustąpienie, odpowiedzialność. Jeśli odpowiedzialność nas wiąże i nie odnajdziemy drogi do *odchodzącego* oraz sposobu, aby mu pomóc w godnym umieraniu, wtedy nasz świat traci status własnego, pozostaje jedynie wątpliwy. Wobec kogo świat miałby być własny, jeśli nasza postawa nie zakłada obecności innego, zwłaszcza wtedy, gdy powinniśmy do niego dotrzeć? Obecność nie jest stwierdzeniem „on jest”, oczekujemy raczej obecności będącej odpowiedzią na prośbę — zawartą nie w pytaniu rozumianym jako narzędzie, lecz w pytaniu o mowę bycia. To byciem udzielamy odpowiedzi. Godność odpowiada na utratę, także poprzez odpowiedź na własną śmierć innego. Uczynienie śmierci własną wymaga innych aktów niż uczynienie własnym — świata. Niemniej, zarówno świat, jak i śmierć, mogą kształtować nasz stosunek do utraty. Nie tracimy tego, co nie ma dla nas znaczenia. Raczej, tracimy, gdy ktoś jest nam bliski.

Refleksja określająca projekt bioetyczny nie może poprzestać na bierności. Wiemy o sobie o tyle, o ile jesteśmy i działamy wobec innych. Jesteśmy wewnątrz swojego świata o tyle, o ile możemy z niego wychodzić, wycofywać się oraz oddawać miejsce. Aktywność wobec innego, gdy spieszymy mu z pomocą i otaczamy opieką, odrywa nas od bierności znanej z życia codziennego. To, czego doświadczamy w życiu codziennym, staje się niezwykle dopiero wtedy, gdy uświadomimy sobie, że każdy skrawek znajomego oraz wspólnego świata — podlega utracie. Tych kilka uwag pomoże nakreślić, jak daleko powinna sięgać radykalność bioetyka, aby uczynił swój warsztat miejscem rozważań o innych. Refleksja, wyrastająca z relacji z innymi, wydaje go na świat, gdy utrata jest zaledwie pierwszą konfrontacją — nie ze śmiercią, lecz z życiem i zadaniami obecności.

„Nie ustanawia się jako opanowane i rozpoznające siebie, lecz spala się i oddaje, wywłaszcza się, *traci swoje miejsce*, wypędza się i odsuwa od siebie. Jak gdyby sama skóra była jeszcze sposobem chowania się w bycie, jest otwarte na zranienie i krzywdę, pozostając w sobie tylko niczym w śladzie własnego wygnania. Porzuca samo siebie w bez-miejscu, posuwając się aż do substytucji innego. Wszystko, co mogłoby sugerować swoją formą zwrotną czasowniki takie jak »oddawać się«, »spalać się« czy »wypędzać się«, nie oznacza aktu refleksji nad sobą czy troski o siebie. W żadnym razie nie chodzi tutaj o akt, lecz o modalność bierności, która w substytucji jest ponad wszelką biernością. Być w sobie niczym w śladzie swojego wygnania znaczy być jako czyste oderwanie się od siebie. Na tym polega wewnętrzność”<sup>273</sup>.

---

<sup>273</sup> E. Lévinas, *Inaczej niż być lub ponad istotą*, przeł. P. Mrówczyński, Fundacja Aletheia, Warszawa 2000, s. 232.

Na podstawie tego, co powiedzieliśmy do tej pory, przyjmijmy, iż kształt bioetyki refleksyjnej zawdzięczamy głównie filozofii. Bioetyczna część projektu obejmuje zadania i cele związane z właściwym środowiskiem, w jakim bioetyk jest lub powinien być obecny. To otoczenie *odchodzącego*, czyli środowisko medyczne uwzględniające szpitale, hospicja, domy opieki, domy prywatne — oraz osoby, które te miejsca tworzą. Mówiliśmy o celach, elementach i warstwach projektu, natomiast rozważania o refleksji mają pomóc w wyjaśnieniu, jak je łączyć oraz uzupełniać. Znajome są nam także zasady wpływające w znacznym stopniu na rozwój samej bioetyki. Od nich rozpoczniemy kolejną część rozdziału, aby zaakcentować bioetyczną część projektu i zadania stojące przed bioetykiem.

### **Interdyscyplinarny dialog dotyczący godności i metoda dysonansu**

Co z zadaniami stojącymi przed lekarzem? Z pewnością nie są one mniej wymagające. W literaturze medycznej i etycznej znajdujemy wiele odniesień do zasad, jakimi powinien kierować się lekarz, gdy praktykuje swą sztukę. Zwykło się przytaczać, że przysięga Hipokratesa<sup>274</sup> jest pierwszym zbiorem takich zasad oraz powinności. Ze względu na swą formę, przysięga w ogólnym stopniu zarysowuje, jak istotne znaczenie ma dla lekarza sprawiedliwość, dobroczynność, szacunek dla pacjenta oraz staranie, aby pacjentowi nie zaszkodzić<sup>275</sup>. Przypomnijmy, że w przysiędze Hipokrates, a za nim przysięgający, zwraca się do bogów oraz swoich nauczycieli, którym zawdzięcza naukę sztuki medycznej — ponieważ talentu i wiedzy nie zawdzięcza sobie — obiecując, że przekaże swą wiedzę kolejnym adeptom związanym przysięgą. Obiecuje pomagać pacjentom zgodnie z własną wiedzą i osądem, kierując się korzyściami pacjentów oraz odstępując od tego, co może być dla nich szkodliwe. Wstąpi do domu chorego tylko ze względu na jego dobro, powstrzyma się od występków oraz zachowa tajemnicę lekarską. Wiedza i osąd nie pozwalają na kierowanie się prośbami ze strony pacjentów lub ich bliskich, co, jak pozwalamy sobie twierdzić, zostało we współczesnych opracowaniach złagodzone uzupełnieniem w postaci poszanowania dla autonomii pacjenta. Uściślanie, jak praktykować, towarzyszyło narodzinom bioetyki i od

---

<sup>274</sup> Zob. Hippocrates, *Hippocratic Writings*, przeł. F. Adams, [w:] *Hippocratic Writings. On the Natural Faculties by Galen*, przeł. F. Adams, A.J. Brock, Encyclopaedia Britannica, W. Benton, The University of Chicago 1952, s. xiii. Słowa przysięgi zostały spisane najprawdopodobniej przez uczniów Hipokratesa, wywodzących się z kręgu pitagorejczyków. Pitagorejski model medycyny, podobnie, jak orficki, znacznie różni się od prometejskiego. Pitagorejczycy stawiali na złożoną diagnostykę, obserwację, pomiary, odczytanie symetrii w funkcjonowaniu ciała, bez inwazyjnej ingerencji, zob. — Hippocrates, *On Ancient Medicine*, przeł. i oprac. M.J. Schiefsky, „Studies in Ancient Medicine” vol. 28, Brill, Leiden – Boston 2005, s. 49 (przypisy we wprowadzeniu). Zwolennicy prometejskiego modelu afirmują dynamiczny postęp technologiczny, są otwarci na metody bardziej inwazyjne, to znaczy ingerujące w ludzkie ciało, jak zabiegi chirurgiczne.

<sup>275</sup> Por. z obecnym Kodeksem Etyki Lekarskiej, <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej> (dostęp: 15.02.2023). W ogólnym wymiarze postulaty się nie różnią. Sprawa ma się inaczej, gdy dołącza do niej interpretacja prawna wraz z określonymi uchwałami.

tamtej pory zaowocowało wieloma debatami na temat postawy lekarza wobec swego pacjenta.

Hipokrates wymaga od adeptów medycyny, aby cechowała ich wytrwałość, by podjęli naukę możliwie wcześniej, posiadali warunki i czas na kształcenie, zamięłowanie do pracy oraz naturalną dyspozycję<sup>276</sup>. Uczeń powinien przejawiać naturalny talent, aby — na drodze refleksji — uczynić naukę odpowiednią dla siebie, gdyż występowanie wbrew naturze i własnej dyspozycji udaremnia wszelkie starania. Uczeń powinien być świadom przyjmowanych obowiązków, dlatego znaczenie ma wypowiedzianie przez niego słów przysięgi i akt dawania słowa<sup>277</sup>. W samej przysiędze Hipokrates deklaruje, że nie poda pacjentowi śmiertelności lekarstwa, gdy zostanie o to poproszony, ponieważ chce z czystością i świętością praktykować swą sztukę. Możemy wywnioskować, iż własny osąd stawiany jest przez lekarza wyżej niż ewentualne prośby ze strony pacjenta. Osąd ten, zgodnie z wiedzą medyczną, dotyczy zdrowia pacjenta. Obie strony — lekarz i pacjent — ujmują zdrowie jako pewne dobro dla chorego, jednakże lekarz dysponuje wiedzą medyczną i działa w wąskim, określonym przez medycynę zakresie, natomiast pacjent ma dostęp — do usytuowania własnego zdrowia jako dobra względem całości, jaką tworzy jego świat przeżywany. Niezależnie od stopnia wglądu w ten świat, strony mogą mieć rozbieżne sądy na temat obecnej w nim hierarchii wartości, odnosząc się do jej cech (zaburzenia, stałości, itd.) i argumentując na rzecz własnej interpretacji dobra. To, że pacjent chce być zdrowy, nie zawsze jest tak oczywiste.

Podsumowując, kwestie wpływu nauk i praw Hipokratesa na kolejne pokolenia medyków oraz na interpretacje bioetyków przenoszą nas na grunt współczesnej problematyki. Analiza wpływu na dzisiejszą medycynę oraz etykę lekarską pozwalają na poczynienie uwagi, że pojęcie etyki, które zawdzięczamy Arystotelesowi, nie jest obecne w naukach Hipokratesa<sup>278</sup>. Na myśl przychodzi stwierdzenie, iż medycyna, siłą rzeczy, kształtowała się w odpowiedzi na późniejsze problemy, wyzwania i narracje. Również znaczenie słów przysięgi poddawano próbie czasu. Czy obecnie młodzi lekarze są świadomi wiążącej

---

<sup>276</sup> Hippocrates, *Hippocratic Writings*, s. 144 — „(...) but when Nature leads the way to what is most excellent, instruction in the art takes place, which the student must try to appropriate to himself by reflection, becoming an early pupil in a place well adapted for instruction”.

<sup>277</sup> Hippocrates, *On Ancient Medicine*, s. 37 — na tej stronie wstępu autor powołuje się na Von Standena oraz Van der Eijka uzasadniając, że wypowiedź pierwszoosobowa ma podkreślić własną, wiążącą odpowiedzialność, ponadto ten sposób wypowiedzi zwykle używany jest do wspierania twierdzeń empirycznych poprzez odwołanie do osobistej obserwacji.

<sup>278</sup> K.–H. Leven, *Ethics and Deontology*, [w:] „The Cambridge Companion to Hippocrates”, red. P.E. Pormann, Cambridge University Press 2018, s. 154.

odpowiedzialności? Z drugiej strony, jaka przysięga miałaby wiązać bioetyka, aby jego i pacjenta wolność oraz odpowiedzialność — nie wykluczały się?

Obecność wartości w danym świecie przeżywanym odpowiada nam, jakie dobro w nim znajdziemy oraz jakiego dobra w nim brakuje. Braki są nieuniknione. Medycyna jako wiedza odpowiada na niedostatki i brak określonych dóbr (np. zdrowia, substancji, elementów). Mając w pamięci, że nie tylko medycyną się leczy<sup>279</sup>, wysuwamy wniosek, że leczenie wykracza poza samo posiadanie wiedzy, wchodzimy bowiem w sferę uzasadnionych działań — nie na rzecz dobra w ogóle, tylko na rzecz dobra, a zatem zdrowia i życia konkretnej osoby. Leczenie może uobecniać różne wartości, zależnie od naturalnej dyspozycji lekarza i od indywidualnych potrzeb pacjenta. Istotne jest, aby spotkali się, co najmniej, w połowie drogi. Tylko obecność obejmuje wszystkie konieczne znaczenia, jakie zawiera w sobie leczenie. Nie stanowi analityki świata przeżywanego, niemniej, leczenie nie może wykluczać istnienia i ważności tego świata.

Jeżeli jesteśmy świadkami sytuacji konfliktowej, powinniśmy dążyć do dialogu, co jest uzasadnionym działaniem na rzecz dobra pacjenta — mównie o korzyści pacjenta, choć powszechne, nie zawsze jest trafne. Ważne, by pacjent nie stracił niczego ponad miarę naturalnej utraty. Budowy dialogu o godnej śmierci nie zaczynamy od zebrania osób wypowiadających ten sam sąd. Zauważmy, że dobro nie musi wykluczać śmierci, pod warunkiem, że jest ona godna. Należy więc zacząć od zebrania osób reprezentujących narracje, które pojawiły w trakcie danego leczenia i jakie mogą przynieść rozwiązanie — gdy omawiamy nie przypadek<sup>280</sup>, lecz sytuację *odchodzącego*. Polegamy na wypowiedziach opartych na wiedzy z zakresu kilku dziedzin, zatem prócz medyków i specjalistów, angażujemy w dialog prawnika, psychologa lub psychiatrę, bioetyka oraz *odchodzącego*, który nie musi reprezentować żadnej naukowej dyscypliny. Jego obecność ma unaocznić znaczenie narracji dotyczącej konkretnego życia i świata przeżywanego. Jeżeli *odchodzący* nie jest w stanie wyrazić swoich potrzeb, reprezentować go powinna wyznaczona do tego osoba, znająca jego stanowisko wobec podejmowanych kwestii. Nie chodzi nam o sądy, lecz

---

<sup>279</sup> *O godności i jej praxis*, s. 164-165.

<sup>280</sup> Wiele razy słyszałam, jak studenci medycyny i lekarze mówią o przypadkach zamiast o osobach, a w ostatnich latach, w pracy w laboratorium — o preparatach. Nazywanie ludzkiej tkanki preparatem nie byłoby niczym niestosownym, gdyby studenci mieli świadomość, iż pracują przy diagnostyce nie materiałów, lecz osób. Ich praca nie wymaga identyfikowania się z pacjentem lub głębokiej empatii. Niemniej, obowiązuje ich (i nie tylko ich) zasada okazywania szacunku wobec drugiej osoby, jej stanu oraz w uogólnieniu — szacunku do życia. Badania medyczne nadal dotyczą kwestii leczenia. Jeżeli w badaniach język specjalistyczny, nawet najbardziej naukowy, pomija konfrontowanie się z tym, o czym lub o kim ma właściwie opowiadać, znaczy to, że jest nietrafny.

raczej o wybrane wartości i akty preferencji<sup>281</sup>, jakie pomogłyby uchwycić różnice między poszczególnymi sądami.

Zostańmy jeszcze chwilę przy wartościach i zasadach. Obecnie badacze odnoszą się do tych samych czy pokrewnych wartości budujących teorię bioetyki, na przykład, do autonomii, godności, integralności i podatności (w sensie wrażliwości, bezbronności)<sup>282</sup>. Jak wiemy, w naukach medycznych zasady etyczne wtórują wartościom, do których nawiązują. Wielokrotne powtarzanie twierdzeń na temat wartości przyjętych w Europie, powszechnych i klasycznych, nie sprawi, że dołączające do nich zasady faktycznie zbudują wspólnotę zespoloną przez akty. Nadal będzie to wspólnota wartości, lecz uobecnianie wartości pozostaje problematyczne. Pytania o wspólnotę aktów, uobecnień, jak dotąd wybrzmiały na tyle, aby nakierować uwagę badaczy na właściwe obszary i zagadnienia. O odpowiedzi jest znacznie trudniej. Wspominaliśmy o aktach — akcie moralnym, akcie refleksji — starając się opowiedzieć o postawie badacza, lekarza, opiekuna, wreszcie samego *odchodzącego*. Pytając o akty, tak naprawdę pytamy o osoby, które miałyby odważyć się na akt uobecnienia. Zamiana idei na wartości w prezentowanych badaniach z zakresu teorii nie rozwiązało problemu uobecniania godności. Nie uczyni tego również sprowadzenie indywidualnych, moralnych czynów do kwestii relatywności wartości. Podobnie będzie z ingerencją pozostałych narracji w narrację bioetyczną, gdy problem, z jakim się borykamy, jest bioetycznej — medycznej i etycznej — natury. Bioprawo i biopolityka to kolejne próby ujęcia znanych nam konfliktów. To pokazuje, że jeśli oczekujemy rozwiązań ważnych dla wspólnot i pojedynczych osób, to muszą one wynikać z pracy opartej na dialogu. Narracje, choćby różnorodne, nie mogą się wykluczać, negować, narzucać własnego języka i przyjęcia zasad doprowadzających do krzywdy lub jej eskalacji. Interdyscyplinarny dialog obejmuje narracje uwzględniające mowę bycia. Bycia w miejscu, jakim są inni ludzie. Dotarcie do innego, doświadczenie obecności innego i przez niego, jest dla narracji osobistych i naukowych — w okolicznościach umierania *odchodzącego* — priorytetowe. Żadna z narracji nie może zastąpić innej, a ich wielogłosowość może na początku brzmieć niespójnie. Dlatego wiele oczekujemy od bioetyka, ponieważ to na gruncie bioetyki chcemy stopniowo przewyżczać wszelkie napotkane trudności podczas towarzyszenia *odchodzącemu*.

---

<sup>281</sup> Zob. uwagi na temat preferencji oraz wartości — M. Magdziak, M. Stabrowski, *Przedmioty, preferencje, wartości*, [w:] „Prace Kulturoznawcze IX. Aksjotyczne przestrzenie kultury”, red. R. Tańczuk, D. Wolska, Acta Universitatis Wratislaviensis No 2745, Wrocław 2005, s. 145-164.

<sup>282</sup> Zob. J.D. Rendtorff, *Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability — Towards a foundation of bioethics and biolaw*, [w:] „Medicine, Health Care and Philosophy”, 2002, 5, s. 235-244, DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1021132602330> (dostęp: 13.03.2023).

Istotne jest, aby bioetyk był obecny nie tylko jako członek komisji etycznych, lecz żeby był, jak mówiliśmy wcześniej, w terenie, czyli w środowisku, w którym pacjent otaczany jest opieką medyczną. Budujemy dialog mając pośredni i bezpośredni wpływ na życie pacjenta; w obszarze nauk, uczymy się współpracy z innymi badaczami, natomiast w otoczeniu *odchodzącego* nasza praca przekłada się na współbycie z nim oraz z osobami z jego otoczenia, zaangażowanymi w proces leczenia i zapewniania komfortu. Zwykle konieczność nawiązania dialogu widoczna jest dopiero wtedy, gdy mierzymy się z trudnościami mogącymi nas przerastać. Warto kształtować kompetencje do prowadzenia dialogu — zanim pojawią się trudności wynikające z braku rozmów budujących zaufanie, czy wzajemne zrozumienie. Rozmowa, świadcząca o równie ważnej umiejętności personalnej oraz zręczności naukowej — dopiero inicjuje dialog, który etapami przygotowuje nas do współpracy i współbycia. Wiele oczekujemy, ale też wiele tracimy, gdy w żadnym z obszarów dialog nie zostaje nawiązany. Gdy czas nagli i nie potrafimy się porozumieć, sytuacja konfliktowa wydaje się czymś powszechnym. Dla *odchodzącego*, w przeciwieństwie do wyspecjalizowanych badaczy, konflikt nie jest ćwiczeniem i nie musi okazać się jego żywiołem. Jak zatem pomóc sobie i innym w budowaniu dialogu — w obliczu konfliktu?

Wskazaliśmy, że do elementów projektu bioetyki refleksyjnej należy metoda dysonansu. Nie skupiamy się na tym, co różnice wykluczają, raczej wsłuchujemy się w wielogłos, aby znaleźć punkty wspólne w różniących się narracjach. Wyznaczając ramy działania o charakterze medycznym, nie naruszając granic o charakterze moralnym, dotykamy sfery, w jakiej mamy się uobecnić, usłyszeć nawzajem. Różnice będą niewielkie lub ogromne, ponieważ mamy porozumieć się w sferze wielu doświadczeń i mówić będziemy w języku naukowym, specjalistycznym, lub codziennym. Będziemy także milczeć i słuchać. Interdyscyplinarność włącza do dialogu badaczy z wielu różnych obszarów naukowych, pozostawiając przestrzeń dla bioetyka, osoby mediującej, będącej *inter*, między dialogującymi. Bioetyk jest odpowiedzialny za usłyszenie każdego głosu w dialogu oraz sprawienie, aby głos ten wybrzmiał dla każdego uczestnika. Tak budujemy świadomość o indywidualnym powołaniu i pracy, której nie jest w stanie wykonać jedna osoba. Bioetyk jest także odpowiedzialny za stworzenie wiernego opisu na podstawie obserwacji i kompetencji bioetycznych. Opis ten nie musi mieć charakteru fenomenologicznego, niemniej do tej tradycji pragniemy nawiązać, proponując szkice opisów w rozdziale czwartym. Bioetyk może również zaproponować przebieg dalszych zadań dla badaczy zaangażowanych w daną problematykę, np. poprzez wskazanie normy, którą należy doprecyzować lub ponownie zweryfikować. Jednakże dla bioetyka reprezentującego bioetykę

refleksyjną celem nie jest doskonalenie języka norm. Naszej uwagi domaga się problem obecności, godnej śmierci, odpowiedzi na utratę — temu ma sprostać godność będąca dyspozycją. Zapewnienie interdyscyplinarności ma pokazać, jak istotną rolę spełnia wspólnota aktów, łączenie sił i perspektyw w celu zupełnych, komplementarnych odpowiedzi na potrzeby *odchodzącego*. Podejmujemy wyzwanie, jakim jest budowanie dialogu; słuchamy, aby zrozumieć oraz aby dotrzeć do innego, gdy ten oczekuje ruchu, odpowiedzi ze strony naszego indywidualnego powołania. Celem dialogu jest znalezienie drogi do drugiego człowieka — najwłaściwszej, zasadnej, naukowej i osobowej.

Dysonans (łac. *dissonus*), czyli niezgodność, nie oznacza, że porozumienie nie jest możliwe<sup>283</sup>. Porozumienie nie zniesie niezgodności, lecz uściśli ich znaczenie, ważąc złożoną problematykę, wymagającą złożonych metod i otwarcia na to, co odmienne, obce. Zarówno *odchodzący*, jak i jego śmierć, są dla nas obcy. Nie znaczy to, że jesteśmy odcięci od doświadczenia innego; wiemy o różnych obliczach śmierci, łagodnych oraz gwałtownych. Mamy pomóc w przyjęciu śmierci, w uczynieniu jej własną, gdy przychodzi na to odpowiednia chwila. Oblicze śmierci, jakie rozpozna *odchodzący*, powie nam również o naszej obecności, jaka była oraz o tym, czy niezgodności zagłuszyły słowa *odchodzącego*, mowę bycia już nie w aktach obecności, lecz odchodzenia.

Wyróżnijmy dysonanse na poziomie (1) teoretycznym, (2) praktycznym oraz (3) teoretyczno–praktycznym. Nie wyeliminujemy niezgodności, możemy jednak opatrzyć je wyjaśnieniem, dbając o wyznaczenie punktów wspólnych dla wszystkich głosów. Analiza tych punktów oraz wyznaczenie wzorców ma znaczenie badawcze na wszystkich etapach pracy naukowej. W bioetyce refleksyjnej dynamika dialogu powinna być równoważona na tyle, aby móc wskazać stojące za tymi punktami poszczególne doświadczenie. Budujemy w ten sposób narrację z udziałem pacjenta, przy założeniu istotności jego świata przeżywanego. To pacjent, *odchodzący*, powinien mieć możliwość, by czegoś doświadczyć. Nie doświadczy niczego — chyba, że poprzestajemy na badaniach doświadczenia braku — jeśli nie będziemy przy nim obecni. Uobecnienie wymaga konkretnych działań związanych z daną rolą, funkcją, specjalizacją. Akty obecności, ponieważ są trudną i złożoną sztuką, wydają nas na świat narracji, języków i dialogów. Dialog jest elementem pracy badawczej, również edukacyjnej, mającej na celu przygotować nas na to, na co tylko my będziemy w stanie odpowiedzieć, we własnej mowie bycia. Uczenie mowy zakłada wspólnotę, niemniej, odpowiedzialność jako określone bycie i dążenie ku innemu wiąże się

---

<sup>283</sup> A. Wierzbą, *Ochrona pacjenta jako dyspozycja bioetyczna: o powtórzeniu odpowiedzialności w projekcie bioetyki refleksyjnej*, s. 219-221.

z samodzielnymi, moralnymi wypowiedziami. Uważność pozwalająca uchwycić dysonans, jego źródło oraz idące za nim argumenty, stanowi próbę dla moralnych wypowiedzi zaangażowanych w dialog.

Dysonans na poziomie teoretycznym dotyczy wyboru o charakterze badawczym — wyboru koncepcji, stanowisk, modeli. Analizujemy modele dla porównania czy interpretacji, poruszając się w obszarze badań teoretycznych, akcentując wpływ teorii na praktykę. Powiedzieliśmy już, że bioetyka, także bioetyka refleksyjna, nie sprowadza się do aplikowania teorii. W pracy bioetyka ruch między teorią i praktyką nie pozwala ich oddzielić; w praktyce zastajemy konkretne problemy, inicjujące rozwój modeli i projektów teoretycznych, w teorii zapewniamy sobie narzędzia, pozwalające na zadanie właściwych pytań — o właściwe życie.

Na poziomie praktycznym, dysonans ujawnia się w sporze między o osobami, reprezentującymi dwa odmienne języki, na przykład normatywne, nacechowane przywiązaniem do wybranej hierarchii wartości. Nie negujemy języka norm, niemniej zarówno we współpracy, jak i współbyciu, napotykamy różnorodne narracje o hierarchiach, wartościach, normach i idąc dalej, o powinnościach. Ich zasadność tkwi w konkretnym świecie przeżywanym, stąd nie sposób rozstrzygać o godnej śmierci bez osoby umierającej, umierającej własną śmiercią. Nie brzmi to naturalnie, staramy się jednak podkreślić, że w badaniach nie zawsze badamy, lecz opisujemy — siebie, widzących innego. Nie zawłaszczamy jego śmierci w swoich badaniach. Niniejsze rozważania i dalsze opisy służą próbie zbliżenia się do *odchodzącego* oraz naszkicowania postawy, która to umożliwi. Ostatni cień rzuci osoba odpowiadająca na obecność *odchodzącego*, co pozwoli nam zobaczyć obie strony pytania o śmierć.

Na poziomie teoretyczno–praktycznym dysonans dotyczy konfliktów w sytuacjach nagłych, granicznych, także konfliktów wewnętrznych (osobistych). Zdarza się, że jesteśmy zmuszeni działać na rzecz osoby bliskiej śmierci — pod presją czasu i bez pełnego wywiadu medycznego. W takich sytuacjach mogą znaleźć się ratownicy medyczni, reagujący w obliczu nagłego zagrożenia zdrowia i życia pacjenta. Później, podczas analizy pracy na SORze i prowadzeniu diagnostyki pacjenta, może się okazać, że podjęte wobec niego działania zostają ocenione jako daremne, choć podjęte czynności zostały wykonane prawidłowo<sup>284</sup>. Zauważmy, że w chwili ratowania życia opieramy się na szacunkowej ocenie. Czy to znaczy, że działania w nagłych sytuacjach powinny podlegać innym kryteriom podczas analiz? Często polegamy na wiedzy podstawowej, wyjściowej, na przekonaniach, podążamy za

---

<sup>284</sup> *O godności i jej praxis*, s. 168-169.

intuicją. Nie ma w tym niczego złego, niemniej, nie należy na nich poprzestawać. Gdy wiedza, jaką dysponujemy, jest niewystarczająca, nie możemy aplikować teorii w praktyce, na przykład, wdrażać ogólnej zasady. Jeżeli warunki, w jakich przychodzi nam działać, nie są współmierne z dotychczasowym doświadczeniem praktycznym, potwierdzającym znane nam propozycje teoretyczne, powinniśmy zaczerpnąć z doświadczenia innych. To właśnie oferuje dialog, nawet przy ryzyku wywiązania się sporu. Ponadto, konflikt nie musi dotyczyć kilku osób. Konflikt wewnętrzny dotyczy przeżyć jednej osoby, nie wynikając z dysonansu poznawczego, tylko moralnego. Gdy nie mamy możliwości wskazać rozsądnych kryteriów słusznego wyboru, ponieważ nie mamy ani czasu, ani wiedzy, ani doświadczenia i każde ewentualne rozwiązanie wydaje się złe, nasza umiejętność odpowiedzi w nieprzewidzianych okolicznościach zostaje poddana próbie.

Wszystkie trzy poziomy dysonansów zostały zaobserwowane w trakcie rozmów z lekarzami, personelem medycznym, opiekunami oraz samymi *odchodzącymi*, choć przeżyć i interpretacji wydarzeń *odchodzących* dotyczyły w najmniejszym stopniu.

Metoda dysonansu może nas wesprzeć w dążeniu do porozumienia o tyle, o ile przyjmiemy to wsparcie. Precyzyjniej ujmując — o ile udzielimy sobie nawzajem wsparcia. Projekt nie jest tworzony z myślą o określonym kodeksie<sup>285</sup>, zorientowanym na konkretną wartość lub wartości. Niemniej, rozumienie godności jako dyspozycji wymaga pewnego podporządkowania metod badawczych, skoro zależy nam na odpowiedniej — badawczej oraz moralnej postawie. Jeżeli wymagamy od siebie odpowiedzialności, dość radykalnej, wtedy zapewniamy sobie punkt oparcia, odpowiadając na obecność *odchodzącego*. Badamy postawę moralną odpowiadającą na człowieka, nie na wartości czy dotyczące ich kodeksy. Za godnością kryje się postawa. Wartości, niezależnie od stopnia swej realności i zależnie od stopnia naszego zaangażowania w ich uobecnienie, uposażają nas na drodze ku innemu. Odczytując postawę *odchodzącego* wobec innych, wobec śmierci, mieścimy się w obrębie opisów, ponieważ nie wyznaczamy zadań dla umierającego człowieka, raczej staramy się przyjąć naukę z obserwacji jego rzeczywistego stosunku do otaczającego świata, do innych oraz do samej śmierci. To *odchodzący* jest tym, z powodu którego nasza postawa jest zasadna i jemu dedykujemy swoją pracę w bioetyce refleksyjnej. Podporządkowujemy się obecności innego, ponieważ to od niego dowiemy się, jak być. Natomiast inny dowie się od nas, od naszego bycia, czy sprostamy — niekiedy niemej — próbie o obecność.

---

<sup>285</sup> Zob. D. Ślęczek-Czakon, T. Czakon, *Co jest dobrem w kodeksach etycznych firm?*, [w:] „Zeszyty Naukowe Centrum Badań im. Edyty Stein — Fenomen Dobra”, Poznań, 2015, 13/14 — „kodeksy powinny reprezentować orientację społeczną, a nie profitową”, s. 289.

Postaramy się opisać zadania obecności w słowach odpowiednich dla niniejszej rozprawy, co pomoże nam osiągnąć właściwy rejestr dla dialogu. Ponownie na tych stronach rozważamy nie hierarchię, lecz chronologię, starając się umiejscowić — siebie wobec innego. Szukamy kierunku w zmierzaniu do drugiego człowieka, aby go nie pominąć i nie stracić, choć przygotowujemy się na czas odchodzenia i rozstania. Nasz świat przeżywany i świat przeżywany *odchodzącego* nie są, z definicji, w sporze ze sobą. Nie chodzi o sam spór, lecz nieustanne ryzyko pominięcia kogoś<sup>286</sup>. W opiece, w badaniach, w odpowiedzialności ustępujemy innemu nie dla jego dominacji, lecz z powodu uległości charakteryzującej własną, niedoskonałą kondycję moralną, podatną na niedostatki i wagę utraty. Przemiana uległości — z wady w zaletę — nie jest możliwa bez obecności innego. Jednocześnie powinniśmy uznać, że jesteśmy niezastąpieni, wymagając od siebie wszystkiego, gdy przyjmiemy odpowiedzialność za niego. Złożenie przysięgi, danie słowa lub przyjęcie odpowiedzialności powinno oznaczać, że godzimy się na własne oddanie, nie oczekując niczego w zamian. Tak rozumiemy wzajemność w relacji z *odchodzącym*. Znaczenie oddania nie zostaje utracone, gdy nie otrzymujemy niczego w zamian — niczego, co jest od razu widoczne. Dlatego twierdzimy, że opieka niesie ze sobą dar; troszcząc się o kogoś, ustępując mu, nie gubimy siebie. Własne słowo jest wiążące ze względu na obecność innego, drugiego, *odchodzącego*. Podatność na niedostatki i utratę to nie wszystko, co określa nasze bycie.

Oba światy przeżywane, nasz oraz *odchodzącego*, podlegają rotacji, różniąc się między sobą zarówno siłą ciężenia, jak i kierunkiem — bycia ku. Wszyscy jesteśmy śmiertelni, lecz w śmierci jesteśmy sami. Bliskość śmierci okazuje się tragiczna nie wtedy, gdy światy zderzają się ze sobą. Tragizm ma miejsce, gdy te światy się nie spotykają. Ich zderzenie odsłoniłoby nie tyle konflikt z drugim człowiekiem, co własne skonfliktowanie ze światem — jeszcze nieokreślonym przez obecność. Mówiliśmy o znaczeniu dystynkcji między ważnością i nieważnością w rozdziale drugim; relacja z innym ocala przed nieważnością, chroniąc świat przeżywany, niemniej, brak relacji lub zagarnięcie jej przez przemoc może odebrać temu światu znaczenie. Światy, gdy oddalają się od siebie, pozostawiają osoby przeżywające w poczuciu rozproszenia, nieokreśloności, spadania bez kierunku<sup>287</sup>. Dlaczego sięgamy po taki właśnie opis? Jak inaczej rozpoznać, dookreślić świat, którego nie sposób nazwać, ponieważ rozmija się on ze światem *odchodzącego*? Niemożliwość nazwania świata własnym — wobec czyjego świata? — oraz uniemożliwienie

---

<sup>286</sup> Zdarza się, że unikając sporu za wszelką cenę, celowo wykluczamy osoby, których stanowisko oceniamy, słusznie lub nie, jako sporne względem naszego.

<sup>287</sup> T. Różewicz, *Spadanie. Czyli o elementach wertykalnych i horyzontalnych w życiu człowieka współczesnego*, [w:] „Twarz”, Wydawnictwo Czytelnik, Warszawa 1966, s. 59-68.

nazwania śmierci własną — wobec czyjej godności? — stawiają nas przed problemem nieokreśloności, brakiem umiejscowienia. Interpretacja godności jako dyspozycji ma pomóc w nazwaniu miejsc i zdarzeń odpowiednio relacją, własnym światem przeżywanym oraz własną śmiercią. To ledwie początek dla bioetycznych badań zorientowanych na problematykę śmierci i jej fenomenologiczne ujęcie. Interpretacja, jakiej nie możemy przyjąć zawczasu, przed spotkaniem z *odchodzącym*, stanowi również odpowiedź, dlaczego godności przeciwstawiamy właśnie daremność. Jako naturalne przeciwieństwo tego, co zasadne i znaczące, ewentualnie skuteczne, daremność nie jest niczym niezwykłym. Kłopot pojawia się wtedy, gdy jej przewaga w jednej sferze — na przykład w życiu codziennym — zaczyna przytłaczać i wdzierać się do pozostałych sfer. Do nas należy wybór, czy na to pozwolić. Jak zapytać o właściwą proporcję przeciwieństw i jak uczynić z niej zasadę? Powinniśmy sięgnąć do konkretnych światów przeżywanych i doświadczeń. Rozpoznanie własnego świata przeżywanego pozwala rozpoznać granice własnej odpowiedzialności. W świecie, w którym autentycznie odpowiadamy na śmierć, nie ma miejsca na uniwersalną proporcję indywidualnego znaczenia. Potrzebujemy czegoś innego, otwartego pod względem narracyjnym.

Na podstawie jednej rozprawy nie sposób stwierdzić, czy podejmujemy coraz więcej daremnych działań i przedsięwzięć, nie tylko w życiu codziennym. Stawiamy jednak hipotezę, iż obecnie mamy do czynienia z nadmiarem, czyli z przekroczeniem granicy w doświadczaniu daremności jako naturalnego przeciwieństwa tego, co, w uogólnieniu, uznajemy za znaczące, a dalej, godne. Stajemy się podatni na zranienie i odsłaniamy na to zranienie innych, zamiast ich ochronić; za wskazaną granicą działania tracą sens, a akty obecności, wymagając absurdalnego wysiłku, kończą się chybieniem, niesprostaniem. Taki absurd wyklucza heroizm, gdy omijamy świat przeżywany innego. Zdajemy sobie z tego sprawę, co tłumaczy ton dysertacji i nieustające podkreślanie wagi postawy refleksyjnej. Gdy inny umiera, nie jest trudno doprowadzić do sytuacji, aby umierając, cierpiał. Jest to tak łatwe, że uczymy się przechodzić obok cierpienia, by nadal wykonywać swoją pracę, trwać w życiu codziennym. Istnieje jednak różnica między uważnym przechodzeniem obok a przechodzeniem obok z autentyczną obojętnością. Jako przykład podajmy wzrastającą obojętność wobec pacjentów chorujących na COVID-19, gdy przepełnienie tymczasowych szpitali na terenie wielu polskich miast nie doprowadziło do znaczącego wzrostu świadomości obywateli dotyczącej ich własnej odpowiedzialności<sup>288</sup>.

---

<sup>288</sup> *O godności i jej praxis*, s. 159-160.

Nawet w niewielkiej skali szpitalnego oddziału lub w przy łóżku oddzielnym cienką ścianką od wielu innych łóżek w szpitalu tymczasowym — odczuwamy konsekwencje działań daremnych, chybionych lub bezrefleksyjnych. Postawa refleksyjna oraz dyspozycja, podobnie, jak wartości, powinna uposażyć badacza oraz jego narrację — lecz w co dokładnie? W umiejętność nazywania? Wrażliwość badawczą? Ponownie odnosząc się do *Nienazwanej terażniejszości* Calasso, to, co nienazwane, a co dotyczy czasu i naszego trwania, nie sposób nazwać — z powodu daremności. Z pewnością sam Calasso i inni badacze wskazaliby także na inne powody zaobserwowane we własnych dziedzinach i badaniach, jednakże poprzestańmy na jednym. Nie nazwiemy terażniejszości — znajomą, określoną, nazwaną, czyli podatną na gesty, ruch mowy bycia — jeżeli nie umiemy odnaleźć miejsc orientacyjnych w otaczającym nas świecie. Świat przeżywany jest częścią otaczającego świata, a miejscem, nieodzownie, są inni. Gdy nie rozpoznajemy czasu oraz miejsca, w jakim tkwimy, podanie dokładnej daty i położenia w przestrzeni niczego nie zmieni, ponieważ nadal nie wiemy, czym jest przestrzeń, jeżeli nie określa jej obecność innego świata, innego człowieka. Zdaniem Calasso, rozstrzygająca o losie *Homo saecularis* jest niemożliwość usytuowania boskości w porządku jego świata<sup>289</sup>.

Niemożliwość usytuowania drugiego człowieka w porządku naszego świata przeżywanego stanowi pokrewny problem. Nie mówimy o zjawisku teoretycznym, ale problemie w indywidualnej relacji. Wspomnieliśmy o światach przeżywanych i ich rotacji względem siebie, lecz nie dla utrzymania pesymistycznego nastrojenia. Bycie ku śmierci ilustruje tylko konieczne nachylenie przeżywanego świata, jednak uległość wobec jakiegokolwiek siły nie przesądza o tym, że światy muszą się rozminąć, a ich porządki — wykluczyć. Doceniamy postawę moralną właśnie wtedy, gdy mimo uległości, nie poddaje się sile rzucenia; odpowiada na świat innego, ponieważ to jego obecność każdorazowo determinuje ożywanie wartości przeżycia, znaczenie ruchu między nieważnością i ważnością, odślanianie się na utratę, która z pewnością nadejdzie. Jednakże, utrata nie jest ostatecznym potwierdzeniem braku, tylko potwierdzeniem, że uobecnienie miało miejsce, w spotkaniu innego, choć chwilowym. Obawy pacjentów, rzecz jasna, dotyczą nadejścia śmierci. Zwykle dotyczą one nie tyle samej śmierci, jeszcze nieokreślonej, co pustki określającej jej nadejście — gdy nikt nie czuwa przy *odchodzącym*. Obawy przed osamotnieniem są nazbyt często potwierdzane poprzez przeoczenie, omijanie i wykluczanie *odchodzących* oraz wagi ich światów przeżywanych. Nie pytamy o osobiste powody osamotnienia, tylko o uobecnienie się i zadania stojące przed lekarzami, badaczami próbującymi dotrzeć po raz ostatni do

---

<sup>289</sup> R. Calasso, *Nienazwana terażniejszość*, s. 52.

umierającego pacjenta. Opowiadanie o boskiej nieobecności zawiera doświadczenie nieobecności innego; boskiej obecności doświadczamy, choć nie tylko, podczas spotkań z innym. Opowiadanie o byciu ku śmierci zawiera przygotowanie do utraty, nadejścia nieobecności. Usytuowanie boskości nie należy do zadań bioetyki, co nie znaczy, że je wykluczamy. W bioetyce refleksyjnej zajmujemy się problematyką ludzkiej obecności — nie dobrą czy złą, należącą do sfery *sacrum* czy *profanum*, lecz problematyką, którą możemy wyjaśniać w odwołaniu do dwoistej natury samej bioetyki. Co należy do zakresu etyki, a co do zakresu medycyny, zbiega się, tak czy inaczej, w chwili naszego uobecnienia. Kłopot obecności poruszany jest zarówno przez narrację o kondycji ludzkiej, duchowej, moralnej, jak i przez narrację bioetyczną — mówiącą o spotkaniu z *odchodzącym*. Refleksja, gdy *odchodzący* potrzebuje naszej obecności, wprawia dyspozycję w ruch. Refleksja zbliża do siebie światy, aby nie się nie rozminęły.

Przeoczona niegdyś daremność może okazać się fatalna w skutkach w przyszłości. Chcemy temu przeciwdziałać w imieniu wielu chorujących i umierających pacjentów, dlatego nie wystarczy stwierdzić, że terapia daremna jest krzywdząca dla pacjenta, źle wpływa na społeczną kondycję moralną, wzmacnia lęk przed chorobą i śmiercią oraz podważa autorytet medycyny. Spróbujmy pójść o krok dalej w rozważaniach nad daremnością i zapytajmy, jaką w przyszłości przybierze postać, jeśli przeoczymy ją — teraz. Jeżeli odpowiednia opieka nad *odchodzącymi* będzie poza naszym zasięgiem, nie tylko ze względów ekonomicznych, ale i moralnych, to jaka będzie nasza przyszłość, jak wtedy nazwiemy terażniejszość? Jak daleko jesteśmy w stanie odsunąć od siebie problem odpowiedniej opieki? Jaką zaobserwujemy tendencję: czy do prowadzenia terapii daremnej, radykalizując eksperymentalne podejście do zadań medycyny, czy wręcz odwrotnie, w obawie przed daremnością terapii, będziemy przyspieszać odstępowanie od leczenia? Jak daleko posunęłyby się wtedy marginalizacja czy automarginalizacja osób chorych i umierających<sup>290</sup> oraz bezosobowe podejście do pacjentów? Dziś znaczna część lekarzy jest świadoma zagrożeń, jakie niesie ze sobą daremność. Czy to wystarczy, aby bioetycy oraz lekarze mieli poczucie, że refleksja poprowadzi ich w czasie pełnienia służby? Dlatego stojące przed nami zadania, jak choćby interdyscyplinarny dialog, pokazują, że akty obecności są wyzwaniem. Dzięki dialogom wiemy, że istnieje wiele światów przeżywanych, narracji, języków oraz wiele sposobów, aby chronić *odchodzących*. Tak zbliżamy się do postaw i praktyk moralnych, kontynuując tematykę aktów obecności.

---

<sup>290</sup> A.A. Zych, *Przekraczając smugę cienia. Szkice z gerontologii i tanatologii*, Biblioteka Pracownika Socjalnego, Wydawnictwo Naukowe Śląsk Sp. z o.o., Katowice 2009, s. 145.

## Godność jako dyspozycja bioetyczna

Rozprawa ma zapytać o zadania badacza znajdującego się pomiędzy dwiema głównymi tendencjami w bioetyce: analizie medycznych i etycznych statystyk oraz przeglądzie historii bioetyki. Warto podejmować próby budowania narracji pośredniej, adaptującej doniosłe projekty badawcze oraz proponującej własne, które, z jednej strony, nie będą negować życia codziennego, a z drugiej — nie potwierdzą jego dominacji. Zakładając, że po przeciwnej stronie języka codziennego mamy do czynienia z językiem czysto naukowym, dominacja jednego z nich nie jest dla bioetyki wskazana. Gdy chcemy dotrzeć do *odchodzącego* na drodze naukowych badań, to nasza postawa wobec niego musi być zrozumiała. Lektura badań, interesująca głównie badaczy, nie jest obowiązkowa dla pacjentów, co nie znaczy, że nie jesteśmy zobowiązani do przyjęcia postawy zorientowanej na język pacjenta, jego potrzeby i obawy. Porozumienie budowane między kilkoma językami jest ważne dla dialogu i stanowi fundament dla mowy bycia. Wspominaliśmy o postawie refleksyjnej, postaramy się więc dookreślić jej powiązanie z godnością.

Obecnie wielu bioetyków sytuuje refleksyjność po stronie metod, czemu wyraz daje bioetyka empiryczna, wymagająca od badacza pracy zespołowej, specjalistycznych konsultacji, co bliskie jest znaczeniu pracy w terenie<sup>291</sup>. Refleksyjność równoważą wykorzystane metody empiryczne, zapewniając spójność, dla przykładu, między wybranymi zasadami moralnymi, faktami moralnie istotnymi, doświadczeniami moralnymi, sądami i twierdzeniami — opartymi na rozważaniach<sup>292</sup>. Nacisk na uwzględnienie w badaniach materiału empirycznego dotyczy wielu dyscyplin, także bioetyki. Może ona być bardziej praktyczna niż teoretyczna, w tej kwestii wybór należy do badacza. Niemniej, przywiązanie do narracji opartej na danych, które zweryfikujemy bez żadnego udziału pacjenta, często sprawia, że przeoczamy znaczenie teorii oraz postawy. Dlatego niniejszy projekt jest formą pośrednią. Dane empirycznie, nieodwołalnie istotne, reprezentują wąski wycinek sfery *praxis*. Sfera *praxis* nie jest odrębna względem sfery teorii, co staraliśmy się wykazać, mówiąc o ich wzajemnych wpływach. Natomiast kwestia postawy, autentycznego bycia wobec innych, zawiera obie sfery i jednocześnie wykracza poza nie, ponieważ weryfikacja badań bioetycznych odbywa się gdzie indziej — w miejscu, którym są inni. W naszych

---

<sup>291</sup> R. Davies, J. Ives, M. Dunn, *A systematic review of empirical bioethics methodologies*, [w:] „BMC Medical Ethics”, 2015 6, 15, <https://bmcmethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-015-0010-3> (dostęp: 15.02.2023). Autorzy wyróżniają „Wide Reflective Equilibrium” po stronie metodologii refleksyjnych dążących do spójności (np. twierdzeń) w badaniach, natomiast „Reflexive Balancing” po stronie nierefleksyjnych metodologii z zachowaniem tych samych dążeń.

<sup>292</sup> *Ibidem*.

rozważaniach zmierzamy więc do tego, aby refleksyjność odczytywać jako postawę moralną, nie tylko jako metodę lub dodatkowy walor projektu.

Obecność pojęcia godności w bioetyce była oczywista od początku istnienia dyscypliny. Śledząc interpretacje godności, obserwujemy rosnące nią zainteresowanie badaczy, wynikające z różnorodności projektów dotyczących praw człowieka, jakie pojawiły się po 1945 roku. Różnorodne ujęcia niekoniecznie wiążą się z trafnym ujmowaniem godności, choć żywimy nadzieję, że zainteresowanie to będzie się przekładało na interpretacje wspierające autentyczne postawy wobec osób chorych i umierających. Spory wokół godności nie sprawiają, że jest pojęciem wyjątkowym lub wyjątkowo trudnym, budują raczej trudności, jakie piętrzą się przed badaczami chcącymi wejść w dialog o godnej śmierci. Rola godności nie polega jednak na tym, aby niweczyć starania badaczy, tylko by wspierać ich w wysiłku.

Rolę godności — przejmują osoby. Rozbicie pojęcia godności na poszczególne funkcje, możliwe znaczenia, doprowadzają do rozmijania się w naukowym odczytaniu, czym jest, na przykład, zasada lub standard<sup>293</sup>. Analizy, coraz bardziej szczegółowe i empiryczne, tworzą w rezultacie miniatury modeli, gdy porównamy je z pierwszymi modelami teoretycznymi. Jednakże ich rosnąca liczebność w literaturze naukowej nie sprawi, iż w praktyce, czyli tam, gdzie oczekujemy, aby bioetyka „działała”, będziemy uposażeni w obliczu każdego, przewidzianego i nieprzewidzianego zagrożenia lub trudności. Zdajemy sobie sprawę, że wniosek ten nie jest przychylny, jednak wystarczy skorygować kierunek badań, które, w uogólnieniu, służą budowaniu nauki. Służą nie tylko jej. Nie bez przyczyny pracę nad projektem bioetyki refleksyjnej podjęto na studiach filozoficznych; należy wiele przemyśleć zarówno po stronie teorii, jak i po stronie praktyki. Filozoficzne metody mogą pomóc w korekcie — nie zmianie czy rewolucji — metod naukowych, przyjętych w bioetyce nie będącej medycyną. Bioetyka ma za zadanie towarzyszyć medycynie i uzupełniać ją wtedy, gdy jest to konieczne. Jest, poniekąd, uobecnieniem filozofii, nie tylko umiłowaniem mądrości, jak zwykle się mawiać, lecz troską o bycie człowieka.

Odczytanie godności przez pryzmat bioetyki refleksyjnej pozwala dookreślić odpowiedzialność, gdy analizujemy postawę lekarza, opiekuna oraz badacza — wobec pacjenta. Odpowiedzialność za i wobec pacjenta wymaga każdorazowego jej ponowienia,

---

<sup>293</sup> Zob. R. Andorno, *The dual role of human dignity in bioethics*, [w:] „Medicine, Health Care and Philosophy”, 2013, 16, s. 967-973. Autor porusza kwestię znaczeń i funkcji pojęcia godności, używa także określenia wartości czy roli. Pojęcie godności pełni rolę zasady lub standardu; zasada jest pojęciem ogólnym, przejętym przez język norm i politykę, natomiast standard odpowiada bardziej szczegółowemu rozumieniu, czym jest opieka nad pacjentem. Rozróżnienie to ma służyć podkreśleniu podwójnej i komplementarnej roli godności człowieka w bioetyce.

wykluczając podejście bezrefleksyjne<sup>294</sup>. Teoretyczne modele postępowania oparte na statystykach nie są wystarczające, ponieważ od nich zaczynamy, a nie kończymy swoje badania. Zwieńczeniem modelu odpowiedzialności jest każdorazowe, indywidualne jej powtórzenie, gdy odnajdujemy w sferze *praxis* swoją drogę do drugiego, umierającego człowieka. Obecność pojęcia godności w bioetycznym projekcie zapewnia co najmniej cztery elementy, które możemy nazwać korzyścią badawczą:

„(1) otwarta analiza, co przy konsekwentnej metodologii wiąże się z koniecznością uczestniczenia w badanym zjawisku, przynajmniej w stopniu moralnego świadka,

(2) uświadomienie, że odpowiedzialność badacza nie powinna być minimalizowana w odniesieniu do innych uczestników interdyscyplinarnego dialogu, w tym osób objętych opieką medyczną. Bezrefleksyjne wdrażanie procedur sprawia, że ani praktyka, ani teoria nie wydają się wystarczające w odpowiadaniu na potrzeby ochrony zdrowia i życia. Otwieranie przestrzeni dla decyzyjności to nie tylko wspieranie autonomii pacjenta od strony prawnej, bądź ustalenie zakresu odpowiedzialności lekarza. Gest otwierania oznacza, że nadal mamy do czynienia z tym, co zmienne i wymagające zmian, nieustających działań — w obliczu wartości, które są niezmiennie obecne w ludzkim życiu, w interwałach przychodzenia na świat, spełnienia, choroby i umierania,

(3) podkreślenie roli troszczenia się o człowieka i znalezienie realnej zgody między tym, co jest dla niego najistotniejsze, a tym, co jest nieuniknione. Opieka, troska i ochrona wiążą się z osłonięciem cierpiącej osoby przed niepotrzebną stratą, która godzi w każdą ze stron relacji — w opiekuna, lekarza, badacza, samego chorego; wiążą się również z wytrwaniem przy chorym, gdy pozostaje już tylko pogodzenie się z nieodwołalną utratą,

(4) odpowiadanie, które wykracza poza werbalną i niewerbalną komunikację — to nie tylko odpowiedź na wezwanie sumienia, ale obecność przy chorym bez względu na to, czy sumienie jest w stanie cokolwiek podpowiedzieć. Jeśli celem bioetyki jest coś innego niż tylko sam rozwój dyscypliny, to ogromne znaczenie mają równoległość i współmierność jej odpowiedzi na zaistniałe kwestie, spory i problemy”<sup>295</sup>.

Nie dążymy do stworzenia uniwersalnego modelu odpowiedzialności. Bioetyk nie może polegać tylko na modelach, choć wymagamy od niego biegłego poruszania się między propozycjami teoretycznymi przy wspieraniu medyków, służeniu radą, rozwiązywaniu konfliktów. Szereg jego kompetencji bioetycznych ma służyć, przede wszystkim, pacjentom. Bioetyk powinien dążyć do tego, aby jego obecność była zapewnieniem opieki o określonym

---

<sup>294</sup> A. Wierzbą, *Ochrona pacjenta jako dyspozycja bioetyczna: o powtórzeniu odpowiedzialności w projekcie bioetyki refleksyjnej*, s. 226.

<sup>295</sup> *Ibidem*, s. 225.

standardzie, a w dalszej konsekwencji, by jego obecność nie była potrzebna w bezpośredni sposób, czyli nie wymagała interwencji, zaangażowania innego niż praca badawcza. Jeszcze przez następnych kilka dekad nie będzie to możliwe, żeby obecność bioetyka okazała się zbędna, zarówno w przestrzeni szpitala, jak i badań akademickich. Jego praca powinna jednak reprezentować tak wysoki poziom, jakby było to możliwe, czyniąc ryzyko pogorszenia się kondycji opieki medycznej oraz moralnej — bliskie zeru.

Zatrzymajmy się przy kompetencjach bioetycznych. Dotychczas wymieniliśmy, czym powinna cechować się postawa refleksyjna bioetyka. Wymieniliśmy w określonym kontekście otwartość, zdystansowanie, wrażliwość badawczą, uważność i sumienność. Postawa refleksyjna decyduje o umiejscowieniu dyspozycji, jej otwarciu na innego; prócz pracy warsztatowej, bioetyk oddaje się pracy na rzecz innych. Kompetencje bioetyczne wynikają ze zdobytej wiedzy oraz doświadczenia, mają one przysłużyć się osobom zaangażowanym w sytuację *odchodzącego*, na przykład, umożliwiając dialog między zaangażowanymi stronami. Odpowiedzialność bioetyka, pod względem naukowym i moralnym, powinna odznaczać się konsekwencją w podejmowaniu działań na rzecz pacjentów. Z troski o innych wynika jego dbałość o własne kompetencje. Dlatego do kompetencji bioetycznych, zaczynając od inicjujących relację, zaliczamy: (I) zdolność słuchania, (II) refleksję umożliwiającą odczytanie mowy bycia, (III) bycie obecnym, (IV) umiejętność rozmowy, (V) umiejętność rozpoznawania potrzeb, (VI) zdolność do okazania wsparcia, (VII) umiejętność warstwowego opisu obserwowanego fenomenu. Jednakże — co dalej? Co uczynić dalej, gdy dysponujemy już opisem i wiemy, z jakimi problemami borykają się pacjenci oraz towarzyszące im osoby? W bioetyce refleksyjnej nie uzasadniamy swojej działalności badawczej tylko z powodu wystąpienia problemów czy konfliktów. Skupiamy uwagę na osobach, ponieważ to osoby uzasadniają naszą obecność — gdy należy przejawiać obecność o charakterze moralnym, jak odpowiedzialną troskę. Jesteśmy, po pierwsze, osobami o indywidualnych predyspozycjach, takich jak wspieranie innych. Predyspozycje, będąc czymś słabszym od dyspozycji, decydują, czy okażemy się bioetykami, kształtującymi dyspozycję do ochrony innych. W niniejszym projekcie — do ochrony *odchodzących*. To, co znajduje się po stronie „po drugie”, zależy od wybranej drogi.

### **Kiedy odpowiedzialna troska jest możliwa?**

Wychodząc od kompetencji bioetycznych, spróbujmy wskazać potrzeby pacjentów paliatywnych i terminalnych, aby, w ramach bioetyki refleksyjnej, nasza postawa miała pewniejsze oparcie teoretyczne podczas odpowiedzi udzielanych w praktyce. Stopniowo

wprowadzi nas to na grunt słuszych praktyk moralnych. Potrzeby pacjentów uwzględnione przez procedury towarzyszące opiece medycznej oraz potrzeby pacjentów rozpoznane przez środowisko medyczne — to już dwie grupy potrzeb i nie wszystkie z nich pokrywają się ze sobą. Pytając pacjenta o jego potrzeby, możemy oszacować rozbieżności między tymi dwiema grupami i zastanowić się nad tym, co w opiece jest (1) podstawowe, (2) odpowiednie i (3) rozstrzygające. W grupie potrzeb rozstrzygających znajdujemy godność rozumianą jako wartość. Oraz, (4) godność jako dyspozycję. Podajmy przykład: (1) dzięki opiece podstawowej pacjent wie, że jest darzony szacunkiem bez względu na swój stan zdrowia. (2) Dzięki odpowiedniej opiece, jak opieka paliatywna i terminalna, *odchodzący* ma zapewnione odpowiednie warunki, by w jak najbardziej komfortowych warunkach spędzić dany mu czas. Jeśli to możliwe, pacjent objęty opieką paliatywną powróci do zdrowia. Dzięki obecności osób towarzyszących, pacjent nie traci niczego więcej niż to konieczne. (3) Doświadcza on wartości relacyjnych, aby przyjąć swoją śmierć jako własną. Doświadczenie to rozstrzyga — na rzecz życia — (4) o godnej postawie obecnych i godnej śmierci *odchodzącego*. Przyjęcie własnej śmierci jest osobistym doświadczeniem *odchodzącego*, jego osobistą dyspozycją, która wymyka się analizie. Osoby towarzyszące *odchodzącemu* przyjmują nie śmierć, lecz dar opieki, skrywający zarówno ciężar, jak i wzniosłą bliskość bycia ku (nie tylko śmierci) — wspólną, otwartą w obecności. Gdy wszystkie potrzeby zostają rozpoznane i zdołamy uobecnić się dla *odchodzącego*, wtedy w całej okazałości widzimy godność interpretowaną przez nas jako dyspozycję.

Wymienienie wszystkich potrzeb pacjentów nie jest możliwe i choć byłoby całkowicie miarodajne, zależy nam raczej na zorientowaniu opiekuna (lub lekarza, badacza) na język pacjenta, uwrażliwienie na jego narrację. Tym byłaby *ars praesentiae*. Jedna osoba, tak czy inaczej, nie odpowie na wszystkie potrzeby i nie o to chodzi. Nie wystarczy powiedzieć, że należy być przy pacjencie. Wybór narracji naukowej ma służyć innym; bioetyka refleksyjna ma pomóc w opiece, czyli rozpoznaniu, jakiej opieki potrzebuje pacjent oraz jaką opiekę jesteśmy w stanie mu zapewnić. Pytamy o rolę naszej obecności; ponownie w perspektywie historii bioetyki rozpatrujemy znaczenie aktów uobecnień, obserwując, czy nic nie zostało przeoczone w teorii oraz pytając o tego, który powinien, za ich sprawą, uobecnić się. Mówiąc o godności innego, czynimy ukłon w jego stronę, potwierdzając, że potrafimy zmierzyć się z utratą — *odchodzącego* oraz własną — i ocalić światy przeżywane bez przemożnej daremności w obliczu śmierci.

Wystarczy kilka przykładów, aby pokazać, że zadanie pytania o potrzeby jest fundamentalnym elementem sprawowania opieki i umiejętność zadawania go wyraża się

zarówno w poszanowaniu godności osoby, w poszanowaniu stanu pacjenta, jak i w godności pytającego. Pytający, w swojej dyspozycji, nie może przeoczyć godności pojmowanej jako własność oraz jako wartość. Dyspozycja uczy nas, że nie należy ustawać w wysiłku uobecniania, ponieważ na tę sztukę składa się wiele czynności oraz aktów. Odnosząc się do spotkań oraz rozmów prowadzonych w ramach niniejszej rozprawy<sup>296</sup>, wymieńmy potrzeby pacjentów, jakie wyrażają, zaczynając od wymienianych najczęściej: (1) obecność drugiej osoby, (2) doświadczenie szacunku, (3) doświadczenie troski, (4) doświadczenie wsparcia, (5) poczucie ważności, (6) zapewnienie specjalistycznej opieki. Potrzeby te są wyrażane głównie wobec lekarzy, personelu medycznego, lecz dotyczą także oczekiwań wobec bliskich.

Opatrzmy krótkim komentarzem każdą z wymienionych potrzeb. Obecność, przede wszystkim obecność bliskich, jest ważna — jeśli nie najważniejsza<sup>297</sup> — ponieważ zwykła uzupełniać opiekę, która nie jest uznawana za medyczną. Nie każdy pacjent może jednak liczyć na obecność bliskich. Gdy pacjent jest człowiekiem samotnym, okazuje się, że każdy z jego otoczenia może przy nim czuć, nie będąc jednocześnie kimś bliskim. Bycie wobec *odchodzącego* nie opiera się na zażyłości z nim. Doświadczenie szacunku odnosi się do relacji pacjenta z jego lekarzem oraz personelem medycznym. W znacznej mierze lekarz odpowiada za to, jak w szpitalu wygląda kontakt z pacjentem<sup>298</sup>. Szacunek ten, budując zaufanie do autorytetu medycyny oraz zaufanie do instytucji, lekarza, personelu, konkretnej osoby, dotyczy każdej ze stron w relacji z pacjentem. Literatura bioetyczna zapewnia wiele przykładów poruszających kwestię szacunku, jak chociażby poszanowania autonomii pacjenta oraz zasady poufności<sup>299</sup>, czy interpretacji sprawiedliwości<sup>300</sup>. Natomiast w doświadczeniu troski doznajemy czegoś więcej niż przewiduje język procedur. Zorientowanie badaczy na rolę troski stało się wyraźne od lat 70. wieku XX, co jest ważne dla bioetyki, pojawiającej

<sup>296</sup> Nadmienmy, że liczba rozmów i spotkań uwzględnionych w rozprawie została ograniczona do 25.

<sup>297</sup> Co byłoby zgodne ze stanowiskiem E. Kübler-Ross, z powodu którego prowadziła liczne rozmowy z pacjentami.

<sup>298</sup> Zob. przykład podany w rozdziale 12. — J. Andrusiewicz, P. Łuków, J. Różyńska, J. Piasecki, *Baza krótkich kazusów wraz z opracowaniem do wykorzystania na zajęciach bioetyki*, [w:] *Edukacja bioetyczna na uczelniach medycznych*, red. P. Łuków, s. 295-296. Fragment dotyczący pluralizmu światopoglądowego podkreśla znaczenie różnych (skrajnych) reakcji, lekarza oraz personelu medycznego, na sytuację pacjentki, gdy jej ciąża obumiera. Autorzy wskazują na konkretne odniesienia regulacyjne. Interesująca jest dla nas regulacja wynikająca z Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Art. 36, 3. „Lekarz ma obowiązek dbać, aby inny personel medyczny przestrzegał w postępowaniu z pacjentem zasady określonej w ust.1”. Regulacja ta dotyczy wszystkich lekarzy, niezależnie od tego, czy ich pacjenci są objęci opieką paliatywną oraz terminalną. W konsekwencji personel powinien być na bieżąco informowany, jak postępować z każdym pacjentem i na co zwracać uwagę w kontakcie z nim.

<sup>299</sup> Zob. *Antologia bioetyki*, t. 5: *Prawda, poufność, autonomia — problemy informacji w etyce medycznej*, red. W. Galewicz, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2018.

<sup>300</sup> Zob. *Antologia bioetyki*, t. 4: *Sprawiedliwość w medycynie. Część 1. Wokół prawa do opieki zdrowotnej*, red. W. Galewicz, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2015.

i rozwijającej się w tym samym czasie. Obie dziedziny, narracje — narracja etyki troski oraz bioetyki — ponownie zwróciły naszą uwagę na problematykę bycia ku innemu, konkretnych aktów opisywanych przez badaczy reprezentujących różne dyscypliny. Równoczesność narracji świadczy nie tylko o rosnącym zainteresowaniu troską czy zatroskaniem o człowieka i jego świat. Świadczy raczej o rosnącej niezgodzie na doświadczenia nieobecności, niedostatku i braku, które w niewłaściwy sposób, ponieważ niehumanistyczny i nieuwważny, kształtują świat, wypaczając znaczenie obecności jawiących się w nim światów przeżywanych. Troszcząc się o kogoś, dokładamy starań, aby do niego dotrzeć. Stąd doświadczenie wsparcia dotyczy konkretnego przejawu troski o pacjenta; wspieramy go, gdy wiemy, jak to uczynić. Znając potrzeby pacjenta — determinowane przez wiele czynników, nie tylko problemy choroby i bliskość śmierci — wspieramy go w wytrwaniu w tym, co zostanie przez niego wybrane. Wsparcie ze strony lekarzy, jak słowa otuchy, dawanie nadziei, gdy to możliwe, uzupełnia leczenie<sup>301</sup>. Włączając pacjenta do narracji dotyczącej jego sprawy, jego własnej śmierci, słuchamy go<sup>302</sup>; uczenie się, jak wyleczyć pacjenta, obejmuje działania w obliczu trwającej choroby oraz zapobieganie, by powróciła w przyszłości. Dlatego nie sposób zredukować pacjenta do obrazu konkretnej osoby w konkretnym „teraz”. Wsparcia udzielamy myśląc o przyszłości, niezależnie od czasu danego *odchodzącemu*. Odpowiedzialna troska uczy nas słuchania, aby usłyszeć wszystko, co przemawia w imieniu *odchodzącego*. Poczucie ważności pacjenta wpływa na to, jak i czego doświadcza, w znacznej mierze decydując o tym, czy zapewnione mu warunki mają szansę okazać się komfortowymi. Zapewnianie komfortu, nie tylko wtedy, gdy pacjent jest bliski śmierci, wykracza poza spełnienie podstawowych czynności. Zapewniając specjalistyczną opiekę, dbamy o to, aby nad pacjentem czuwał wyspecjalizowany personel medyczny. Jest istotne, by pacjent mógł liczyć na czas personelu oraz miał dostęp do nowoczesnej aparatury diagnostycznej czy podtrzymującej funkcje życiowe. Pacjenci zwracają uwagę na warunki panujące w szpitalu, jednak w porównaniu z dobrym kontaktem z lekarzem, warunki te są rozpatrywane w nieco innej kategorii. Dodajmy, iż na większość podanych przez pacjentów potrzeb — odpowiada rozmowa.

Również w odniesieniu do rozmów, wymieńmy potrzeby pacjentów rozpoznane przez lekarzy, personel medyczny oraz opiekunów: (1) doświadczenie troski, (2) zapewnienie specjalistycznej opieki, (3) doświadczenie wsparcia, (4) doświadczenie szacunku, (5) szczerość, (6) obecność, (7) organizacja czasu dla pacjenta oraz (8) nieustanna obserwacja

---

<sup>301</sup> *O godności i jej praxis*, s. 164-165.

<sup>302</sup> Zob. rozdział *Sztuka słuchania* [w:] Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, Minerva. Biblioteka Filozofii i Historii Filozofii, Wydawnictwo Słowo / Obraz Terytoria, Gdańsk 2005, s. 47-65.

pacjenta, gdy nie może on wyrażać swoich potrzeb. Z rozmów wynika, że lekarze znacznie bardziej cenią specjalistyczną opiekę, co, jako podstawa do nawiązania profesjonalnej relacji z chorującą osobą, wydaje się zrozumiałe. Lekarze dodatkowo wyróżnili szczerość, która powinna cechować otwarte rozmowy z pacjentem. Istotna jest wiedza, w jaki sposób zwracać się do pacjenta (na przykład: imiennie) oraz klarowne przekazywanie mu wszystkich informacji na temat jego stanu. Do obowiązków lekarza nie należy organizacja czasu pacjenta. Niemniej, personel jest świadomy, że w szpitalu czas pacjenta — sprowadza się głównie do ciągłego oczekiwania — na spotkanie? Rozmowę? Poprawę zdrowia? Śmierć? Jakiegokolwiek zajęcie zmieniałoby nastrój panujący na oddziałach, zmieniałoby nastawienie pacjentów, pozytywnie wpływając na przebieg ich pobytu w szpitalu, zwłaszcza tych, dla których hospitalizacja jest trudna, stresująca lub przygnębiająca. Uważna obserwacja pacjenta, gdy ten nie może wyrażać swoich potrzeb, wymaga reagowania zgodnie z wiedzą medyczną. Przykładem jest podawanie odpowiednich środków przeciwbólowych pacjentowi znajdującemu się w zaawansowanym stadium choroby, gdy jego świadomość oraz komunikacja z nim jest znacznie ograniczona. Innym rozwiązaniem jest płytka sedacja.

Dla porządku nadmienimy, że do opieki podstawowej zaliczamy: zapewnienie godziwych warunków chorowania i umierania, uwagę personelu zindywidualizowaną i ukierunkowaną na konkretne potrzeby pacjentów, dbałość o higienę osobistą, uśmierzanie bólu i nudności, wspomaganie przy niewydolności oddechowej, naturalne oraz sztuczne uciszanie głodu i pragnienia<sup>303</sup>. Do reguł dających „moralną sankcję niepodjęciu lub przerwaniu leczenia” zaliczamy znany nam szacunek dla autonomii pacjenta, proporcjonalność środków leczniczych<sup>304</sup>, medycznej daremności leczenia<sup>305</sup>. Do reguł dających „moralną sankcję właściwej opiece paliatywnej” zaliczamy opiekę podstawową, zasadę podwójnego skutku (wiedzę na temat konsekwencji wynikających z podawania środków uśmierzających ból, analgezji i sedacji terminalnej), zasadę towarzyszenia choremu<sup>306</sup>.

Odnosząc się do literatury naukowej, znajdujemy w niej potrzeby pacjentów rozpoznane przez środowisko medyczne uzależniane są od etapu, na jakim są pacjenci. Pozwala to powiązać potrzeby pacjenta z zakresem odpowiednich, dopasowanych obowiązków personelu medycznego. Czynności wykonywane przez nas codziennie, jak

---

<sup>303</sup> Zob. K. Szewczyk, *Bioetyka*, tom 1: *Medycyna na granicach życia*, s. 307.

<sup>304</sup> Zob. M. Szabat, *Elementy filozofii opieki paliatywnej a zagadnienie śmierci*, Wydawnictwo Semper, Warszawa 2013, s. 65.

<sup>305</sup> K. Szewczyk, *Bioetyka*, tom 1: *Medycyna na granicach życia*, s. 294.

<sup>306</sup> *Ibidem*.

spożywanie posiłków, przemieszczanie się, dbałość o higienę osobistą, ubieranie się i kontrola procesów fizjologicznych<sup>307</sup> nie zostałyby określone jako „wzniosłe”. Niemniej, są podstawą dla określenia niezależności oraz zadowolenia osoby chorej, odczuwającej narastające ograniczenia w jej osobistym życiu. Dlatego pacjenci objęci opieką paliatywną i terminalną są kwalifikowani przez specjalistów w oparciu o skalę służącą do diagnozowania zespołu kruchości — *Clinical Frailty Scale*. Skala uwzględnia następujące kategorie: bardzo sprawny, sprawny/zdrowy, sprawny z leczoną chorobą współistniejącą, wyraźnie wrażliwy, łagodnie kruchy (ang. *mildly frail*), umiarkowanie kruchy (ang. *moderately frail*), bardzo kruchy (ang. *severely frail*)<sup>308</sup>.

Literatura specjalistyczna pomaga także w oszacowaniu, co liczy się dla pacjenta, poprzez podanie wymiarów jakości życia. Wymienia się kolejno wymiar fizyczny (na przykład: czy pacjent odczuwa ból, dyskomfort, czy jego funkcje sensoryczne nie są zaburzone), psychologiczny (jakie pojawiają się uczucia u pacjenta — pozytywne czy negatywne), niezależności (obejmująca zdolność do porozumienia się, do pracy, niezależność ruchową, codzienną aktywność), relacji społecznych (obejmuje osobiste więzi, wsparcie społeczne, zachowania wspierające innych), środowiska (domowe, obejmuje także wolność i bezpieczeństwo fizyczne, zadowolenie z pracy, opiekę zdrowotną i socjalną, zasoby finansowe, możliwość wypoczynku) oraz wymiar duchowy (lub przekonania osobiste)<sup>309</sup>. Warto zaznaczyć, że skala ta, jak każda inna, ma jedynie charakter orientacyjny. Typologie reakcji, zachowań, zaburzeń i schorzeń pozwalają ocenić sytuację, jednak nadal należy umieszczać pacjenta w jego indywidualnych okolicznościach podczas analiz łączących diagnostykę oraz wyznaczanie terapii.

Do psychicznych potrzeb pacjenta z nieuleczalną chorobą zaliczamy potrzebę samorealizacji, szacunku i uznania, afiliacji, bezpieczeństwa, zaspokojenia potrzeb fizjologicznych<sup>310</sup>. Co ważne, „Osoby chore mają takie same potrzeby jak osoby zdrowe, chociaż doświadczają trudności w samodzielnym ich zaspokajaniu”<sup>311</sup>. Dalej wymienia się potrzebę informacji, kontroli sytuacji, bezpieczeństwa, zainteresowania, zainteresowania

---

<sup>307</sup> Na podstawie — K. Wieczorowska-Tobis, *Odrębności w opiece nad osobami starszymi* (8-8.5), [w:] T. Dzierżanowski, A. Ciałkowska-Rysz, *Medycyna paliatywna*, s. 57. Autorzy odnoszą się do skali opracowanej przez WHO.

<sup>308</sup> *Ibidem*, s. 56. Pełna nazwa — *Canadian Study of Health and Aging (CSHA) Clinical Frailty Scale*. Inne opracowanie tej skali można znaleźć na stronie <https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html> (dostęp: 5.03.2023).

<sup>309</sup> M. Majkiewicz, T. Dzierżanowski, *Ocena jakości życia w medycynie paliatywnej* (7.1-7.2), [w:] T. Dzierżanowski, A. Ciałkowska-Rysz, *Medycyna paliatywna*, s. 50.

<sup>310</sup> M. Samardakiewicz, *Psychiczne aspekty opieki paliatywnej* (2.1-2.10), [w:] T. Dzierżanowski, A. Ciałkowska-Rysz, *Medycyna paliatywna*, s. 451. Autorka odnosi się do hierarchii potrzeb według Murraya.

<sup>311</sup> *Ibidem*.

i wsparcia psychicznego, szacunku i akceptacji, intymności i poufności, przyjaznej atmosfery<sup>312</sup>. Inną, wartościową propozycją, napisaną przystępnym językiem, jest dekalog pielęgniarek według R.L. Messner. W nim czytamy:

- „1. Wysłuchaj mnie
2. Zapytaj o moje zdrowie
3. Zawsze patrz na mnie, a nie na moją chorobę; nie lekceważ moich skarg
4. Mów do mnie, a nie przy mnie
5. Zachowaj dyskrecję
6. Nie każ mi czekać na siebie
7. Nie mów mi, co mam robić, zanim nie powiesz, jak mam to zrobić
8. Informuj mnie zawsze
9. Pamiętaj, kim byłem
10. Pozwól mi doznać i przeżyć ciepło twojej opieki”<sup>313</sup>.

Podobną propozycją jest podsumowanie celów etycznych z *The Hastings Center Guidelines for Decisions on Life-Sustaining Treatment and Care Near the End of Life*. Autorzy wymieniają dziesięć punktów: łagodzenie cierpienia, szacunek dla doświadczenia życia i wspieranie procesu umierania, promowanie dobrego samopoczucia, szacunek dla osób, szacunek dla godności, szacunek dla relacji, szacunek dla odmienności, promowanie sprawiedliwości (w znaczeniu równości), zachowanie uczciwości etycznej w swojej profesji, wykorzystanie systemów organizacyjnych do wspierania dobrej opieki oraz praktyki etycznej<sup>314</sup>. Zauważmy, że takie ujęcie lub dekalog pielęgniarek znacznie różni się od standardowego statutu, regulaminu lub listy praw pacjenta w ośrodku opieki długoterminowej, paliatywnej czy terminalnej. Przede wszystkim, dokumenty, gdy uda nam się je odnaleźć wśród zasobów internetowych, są napisane językiem proceduralnym, ewentualnie językiem prawniczym. Byłoby znacznie łatwiej zrozumieć, czym w opiece paliatywnej i terminalnej kieruje się dana placówka, gdyby uwzględniała, obok niezbędnych procedur usprawniających funkcjonowanie, konkretną postawę dla każdego pracownika ośrodka, szpitala lub hospicjum<sup>315</sup>. Dla pacjentów, dostęp do opieki paliatywnej oraz

---

<sup>312</sup> *Ibidem*, s. 452.

<sup>313</sup> *Ibidem*, s. 453.

<sup>314</sup> N. Berlinger, B. Jennings, S.M. Wolf, *The Hastings Center Guidelines for Decisions on Life-Sustaining Treatment and Care Near the End of Life*, The Hastings Center, Oxford University Press, New York 2013, s. 12.

<sup>315</sup> Nie mówimy o charakterystyce postawy, znajdującej się na kartach informacyjnych dla pacjentów, lecz o uobecnieniu konkretnych wartości.

terminalnej, zwłaszcza w postaci opieki w hospicjum, jest znacznie ograniczony<sup>316</sup>. To istotna kwestia przy rozpatrywaniu potrzeb pacjentów, podkreślająca, że nadal mamy do czynienia z narracją o usługach — a nie z narracją o odpowiedzialności. Podsumowując, żadna propozycja nie zastąpi potrzeby pacjenta wyrażanej przez niego indywidualnie. Co do potencjału lekarza, personelu medycznego i opiekunów — żaden dokument nie ujmie we właściwy sposób moralnej odpowiedzi, jakiej udzielają wobec pacjentów i chorujących osób.

Zatem, kiedy odpowiedzialna troska jest możliwa? Wiemy, na podstawie wielu świadectw, iż pacjenci doświadczają troski i odchodzą w spokoju, w możliwie najbardziej komfortowych warunkach. Nie jest to zasadą, lecz obserwujemy rozbudowę opieki hospicyjnej, co, miejmy nadzieję, wpłynie pozytywnie na ogólną poprawę stanu *odchodzących* i postawy towarzyszących im osób. Odpowiedzialna troska uzasadnia oraz czyni możliwą właściwą terapię. Nie — terapię w ogóle czy terapię daremną, lecz odpowiedzialne czuwanie nad pacjentem. Cechy właściwej terapii odpowiadają indywidualnym kompetencjom lekarzy. W obszarze badań naukowych, bioetycy również powinni być świadomi wagi terapii właściwej, afirmując indywidualne umiejętności oraz słuszne praktyki moralne, do których nawiązemy w rozdziale czwartym. Nie jest tak, że praktyki moralne względem *odchodzących* są zarezerwowane jedynie dla lekarzy. Każdy może brać udział w terapii właściwej, jeżeli jego obecność jest przez *odchodzącego* pożądana. Daremność, będąc zaprzeczeniem godności, stanowi podstawę terapii daremnej, tym samym zaprzeczającej terapii właściwej. Istotnym odniesieniem regulacyjnym w tej kwestii jest prawo pacjenta:

„1. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. 2. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności”<sup>317</sup>.

Język tej regulacji może odbiegać od naszych oczekiwań, choćby dlatego, że jest ona ujęta zbyt ogólnikowo, jednakże stanowi ważny krok dla rozwijania opieki paliatywnej i terminalnej oraz wspierających je projektów bioetycznych.

---

<sup>316</sup> Zob. *Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Informacja o wynikach kontroli* (2019), Nr 146/2019/P/18/063/LBY, Delegatura w Bydgoszczy — <https://www.nik.gov.pl/plik/id,21371,vp,24011.pdf> (dostęp: 6.03.2023).

<sup>317</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Art. 20, cytat za: J. Andrusiewicz, P. Łuków, J. Różyńska, J. Piasecki, *Baza krótkich kasusów wraz z opracowaniem do wykorzystania na zajęciach bioetyki*, [w:] *Edukacja bioetyczna na uczelniach medycznych*, red. P. Łuków, s. 297-298.

Spróbujemy podsumować projekt bioetyki refleksyjnej. Powiedzieliśmy, jakie zadania stoją przed projektem w sferze nauki i edukacji oraz wskazaliśmy na sferę relacji, w jakiej projekt ma pomóc we współtworzeniu odpowiedzialnej postawy. Kierunek rozwoju projektu koordynowanego już nie samodzielnie, lecz wspólnie, powinien wspierać postawę refleksyjną, aby dyspozycja mogła chronić, opalizować odpowiedzialnością wobec innego, budowaną na fundamencie wiedzy oraz porozumienia. Bioetyka refleksyjna, obok innych projektów i badań, nie poprzestaje na wspieraniu wspólnoty wartości. Wartości te odnajdujemy w relacjach z innymi, budując wspólnotę aktów — czynów moralnie słusznych i praktyk moralnych. Odsłaniamy znaczenie innego świata przeżywanego, ale nie nadajemy mu wartości. Nie chronimy abstrakcyjnego życia, lecz kogoś innego. Jako bioetycy podejmujemy wartości wraz z innym, własną mową bycia opowiadając o schronieniu, jakiego chcemy udzielić innemu, godząc się na własne poświęcenie. To w poświęceniu udzielamy, sobie i innym, lekcji obecności oraz lekcji słuchania.

Spotykamy innego w ciszy, w rozmowie, w dialogu. W postawie refleksyjnej mamy przyjąć swoją odpowiedzialność, podobnie, jak *odchodzący* przyjmują swoją śmierć. Nie znajdujemy dla odpowiedzialności tonu innego, bardziej właściwego, czy mniej radykalnego. Bioetyka refleksyjna ma odpowiadać na pojawiające się granice, rozróżniając te, które należy przekroczyć oraz te, których nie godzi się naruszać. Bioetyk pyta o te granice w oparciu o narrację pacjenta, a wobec niej, wszyscy — badacze, lekarze, opiekunowie — odpowiadamy moralnie. Decydując o zadaniach bioetyki, nie powielamy utartych sposobów, omijając problemy, z jakimi powinniśmy się zmierzyć. Bioetyka może podjąć i równoważyć narrację filozofii oraz nauki, odchodząc od sporów dotyczących ich statusu. To od naszej postawy zależy, czy spełnią one swoje zadanie. W ramach projektu nie gromadzono materiału badawczego, lecz uczestniczono w spotkaniach i rozmowach umożliwiających współpracę, współbycie. Nie jest to nowe zjawisko, lecz świadczy o innym standardzie naukowym, odbiegającym od dominujących metodologii i postaw. To od naszej uwagi poświęconej filozofii zależy, czy nasza postawa odpowie na zadania — troski o człowieka i jego świat. Nie wystarczy raz zapytać o wspólnotę aktów, ponieważ nie wystarczy raz odpowiedzieć na cierpienie innego. Jak zweryfikować, ocenić projekt, jeżeli najtrudniejsze zadanie stojące przed nami, to zadanie obecności? Odczytanie godności przez pryzmat bioetyki refleksyjnej dookreśla odpowiedzialność, troskę o mowę bycia, gdyż to w niej znajdujemy schronienie i stajemy się zdolni do ochrony innych. Stąd dla bioetyka drogowskazem nie będzie (jedynie) kodeks,

lecz obecność cierpiącego człowieka i jego narracja. Zdajemy sobie jednak sprawę, że wartość naukowa projektu powinna umożliwiać jego ocenę, dlatego proponujemy zarys kodeksu dla bioetyka refleksyjnego.

Po pierwsze, prowadząc działalność naukową i zdobywając kompetencje, należy pamiętać, że nasza praca powinna przysłużyć się innym.

Po drugie, na każdym etapie pracy odnosimy się z szacunkiem do każdej osoby, jej życia oraz śmierci.

Po trzecie, postawa refleksyjna obowiązuje nas nieustannie, ponieważ właściwym miejscem dla działania refleksji i odpowiedzialności jest relacja z drugim człowiekiem.

Ponieważ moralną próbą dla projektu są rozmowy z innymi osobami, zaangażowanymi w problematykę opieki paliatywnej i terminalnej, dołożymy wszelkich starań, aby w rozdziale czwartym usłyszeć, co jeszcze powiedziano o godności.

#### IV. O godności i jej *praxis*

Zacznijmy od kilku słów wyjaśnienia, jaką rolę w rozprawie pełni niniejszy rozdział. Na kierunek zawartych w nim rozważań znacząco wpłynęły rozmowy oraz spotkania — z osobami obejmującymi i objętymi opieką medyczną. Okres ten przypadł na studia magisterskie, skłaniając do prowadzenia równoległych, względem studiów, badań. Studia doktoranckie na Uniwersytecie Wrocławskim umożliwiły mi kontynuowanie pracy pod postacią projektu bioetyki refleksyjnej w latach 2018–2022. Nadal prowadzę rozmowy i konsultacje. Nie uważam swojej pracy za zakończoną — został ukończony tylko pierwszy etap prac nad projektem.

Od razu należy rozróżnić, czym są rozmowy, a czym spotkania dla obecnie prowadzonych przeze mnie badań. Rozmowy obejmują wywiady swobodne oraz wywiady szczegółowe; prowadzę wywiady swobodne z opiekunami, bardzo rzadko z pacjentami i osobami chorymi, natomiast wywiady szczegółowe prowadzę z lekarzami i personelem medycznym. Osobną kategorią są konsultacje, niezbędne w pracy naukowej, prowadzone ze specjalistami (w moim przypadku — lekarzami różnych specjalizacji) oraz badaczami.

Sytuację, w jakiej pacjent lub osoba chora inicjuje rozmowę ze mną, nazywam spotkaniem. Nie wychodzę z inicjatywą i nie wymuszam kontaktu, od tej zasady nie ma wyjątków. Zdarza się, że lekarz wychodzi z inicjatywą, abym spotkała się z jednym z jego pacjentów — za zgodą oraz, przede wszystkim, potrzebą pacjenta.

Spotkania i rozmowy zawsze są anonimowe. Jeśli rozmówca zgadza się na to, abym uwzględniła jego słowa w rozprawie lub odniosła się do nich, mogę to zrobić po otrzymaniu jego zgody. Rozmowy, zdaniem wielu badaczy, mogą stanowić materiał badawczy. We własnych badaniach uważam rozmowy nie za materiał, a za konieczne wsparcie, by prezentowane przeze mnie rozważania nie pomijały tego, co mają obowiązek uwzględnić. To naukowy i etyczny wymóg. Powszechnie przyjmujemy, że materiałem badawczym jest literatura naukowa, źródło w formie tekstu. Pamiętając o odrębności świata przeżywanego osoby, rozmowa z nią pozwala na dostrzeżenie tego, co łączy ją z innymi osobami, innymi światami przeżywanymi. Obserwujemy i wchodzimy w intersubiektywną relację ze światem przeżywanym, który trwa. Jeżeli uprzedmiotowimy go, zarazem swojego rozmówcę, będziemy mogli tylko zdać raport z badań — z jedynie subiektywnego stosunku do świata w ogóle, wiedząc, że są w nich światy przeżywane, lecz nie mając do nich dostępu.

Czym innym jest brak dostępu do śmierci innego. Z tego powodu w obrębie projektu nie możemy przyjąć w całości propozycji Lévinasa, jaką jest substytucja. Dyspozycja jest

oddaniem miejsca innemu, może wiązać się z całkowitym poświęceniem, lecz nie jest substytucją, ponieważ, jak powiada Heidegger, nie odbierzemy innemu jego umierania. Umieranie za kogoś nie jest całkowitym odebraniem jego śmierci, podobnie, jak pojedyncze uobecnienie nie wystarczy za całość bycia. Umieranie za kogoś odwołuje się do śmierci — nie od niej. Rozpatrujemy zadania obecności. To nie my wchodzimy w śmierć za kogoś, lecz ustępujemy z miejsca, aby *odchodzący*, póki to możliwe, znalazł w nas oparcie. Nie osłonimy go przed śmiercią, lecz możemy go usłyszeć, osłonić w byciu, gdy ono trwa. Godność potwierdza się w miejscu poza nami, ponieważ decyzja o uczynieniu śmierci własną nie należy do nas. Możemy decydować o czynie, dokładać starań, aby był moralnie słuszny i zdołał ocalić inną osobę przed doznaniem krzywdy, niepotrzebnego cierpienia, daremności. Jednak potwierdzenie istotne dla godności zapada już w świecie innego przeżycia i ocalenia; to drugi człowiek, otrzymując od nas to, co tylko my jesteśmy w mocy zapewnić, ocala dla nas fundament naszej godności. Jak wspomnieliśmy, dyspozycja jest oddaniem, powierzeniem innemu godności, aby wróciła do nas, zmieniona przez jego śmierć. Po śmierci innego, dyspozycja stanowi jedyne świadectwo o naszym przyjęciu cudzej śmierci. Miejsce innego nie zostanie zajęte przez nikogo innego. Ani teraz, ani w przyszłości, w miejsce czyjejś nieobecności nie pojawi się ktoś inny. Ktoś inny — pojawi się już w innym miejscu, innej relacji. Dysponujemy sobą w określonej, relacyjnej przestrzeni i nie jest ona nieskończona. Stąd świat przeżywany podlega utracie; tracimy innych i wiemy o tym, gdy po ich odejściu nasz świat zostaje zmieniony. Zmienia go nie śmierć, lecz obecność, co rozróżniamy w dyspozycji, w godnej odpowiedzi na utratę, choćby oznaczała bolesne rozstanie.

Nie tyle zajmujemy miejsce, co je uobecniamy. To nasza obecność tworzy atmosferę w jakiej się leczy, zapewnia komfort, odchodzi. Uobecniamy istotę opieki, gdy dajemy miejsce i dawanie to nie jest przypadkowe. Szanujemy godność pacjenta, jego stan, autonomię, potrzeby, jednakże okazujemy ten szacunek na drodze odpowiadania na pytanie, co z godnością czynimy, a nie — jak ją posiadamy. Szacunek mówi o miejscu, jakie sami zajmujemy, uobecniamy, darujemy. Świadczy on o kondycji moralnej, więc i o godności, jaka określa kondycję moralną. Jest budowana na czynach, moralnie słusznych, niemożliwych do powtórzenia. Godność zacieśnia sens poświęcenia, jakie leży tylko w gestii osoby, o której mówimy, że jest ludzka, wyznaczając rozumienie człowieczeństwa najwyższej próby. Poświęcenie łączy to, co godne z tym, co nieuchronne. Dlatego dyspozycja jest nie tyle cnotą, co wznoszeniem się dzięki niej, zawsze w obecności innego.

Jeśli otrzymujemy dostęp do innego świata przeżywanego, to tylko dlatego, że obdarzono nas zaufaniem. Zaslugujemy na to zaufanie jako osoby, badacze. Jako badacze, nie przestajemy być osobami. Wierne opowiedzenie o tym, czego nauczyliśmy się podczas spotkań, jeżeli jesteśmy do tego uprawnieni, zachowuje równowagę między tym, co osobiste i naukowe, subiektywne i obiektywne. Spotkania nie powinny stanowić materiału badawczego, zważywszy na fakt, że podczas spotkań rozmowy często są urywane lub nie dotyczą wprost prowadzonych badań. Niemniej, niosą ze sobą naukę o sztuce obecności i mogą zdecydować o ukierunkowaniu badań. Zastanawiając się nad standardami badań naukowych, należy wziąć pod uwagę, że nie zawsze z powodu badań prowadzimy rozmowy, lecz wskazane jest, aby to rozmowy inicjowały badania — nie tyle wstępne, co właściwe. Dlatego aplikowanie teorii i stosowanie gotowych scenariuszy wiąże się z ryzykiem przeoczenia tego, co powinno wybrzmieć (w rozprawie). Używamy narzędzi, metod, gromadzimy materiały badawcze w różnej postaci, lecz nie stosujemy tych pojęć wobec osób, które mają nam pomóc w nazwaniu oraz nadaniu wartości naszej pracy. Narracja naukowa może wiele odsłonić w relacjach między światami przeżywanymi, w relacjach, w jakich widzimy trudności w byciu z innym, chcąc je minimalizować lub pokonać.

Podajmy przykład spotkania, które nie może zostać ujęte jako materiał badawczy, lecz nadal powinno być obecne w rozważaniach nad godnością i opieką. Podczas wizyty w ośrodku opieki długoterminowej, przy wykonywaniu prostych czynności higienicznych (związanych z pielęgnacją dłoni) wywiązuje się rozmowa między podopieczną ośrodka — starszą kobietą, sprawną, lecz nie w pełni — a osobą odwiedzającą — wnuczką zajmującą się swoją babcią. Podopieczna ośrodka przygląda się zabiegom wykonywanym przy leżącej babci i po dłuższej chwili nieśmiało pyta odwiedzającą, czy mogłaby jej pomóc. Prosi o usunięcie małej zadry na palcu. Odwiedzająca chętnie się zgadza, siada na łóżku obok starszej kobiety i przystępuje do czynności; patrzy na ręce podopiecznej i taktownie proponuje, że zajmie się całymi dłońmi. Podopieczna zgadza się, uśmiecha, po czym obserwuje sprawne ręce młodszej kobiety. Zaczyna się tłumaczyć, że już nie radzi sobie z nożyczkami, a personel w ośrodku jest zajęty, po czym milknie. Spogląda na swoje dłonie po zabiegu, chce coś powiedzieć, ale nagle zaczyna płakać. Jest wyraźnie zakłopotana, zasłania się. Młodsza kobieta obejmuje podopieczną i daje jej czas na płacz. Wyrażenie czułości trwa dłużej niż zabieg pielęgnacyjny. Zarówno czułość, jak i zabieg, były potrzebne, co potwierdza wzruszenie obu kobiet. Oczywiście, sytuacje są różne. Utarło się, że za inne czynności odpowiada personel, a za inne odpowiadają odwiedzający. W dążeniu do zapewnienia odpowiedniej opieki, jej formy zbiegają się w miejscu jednej, potrzebującej osoby — jako indywidualne przejawy troski,

czyli odpowiedzi o charakterze moralnym. Mają one znaczenie drobne lub doniosłe, w zależności od niedostatku lub braku, na jaki odpowiadają. Dla starszej kobiety objęcie jej było nie do przecenienia; nie da się uzupełnić opieką braku, który nie jest przez opiekunów pojmowany jako brak. Nie do nich należy decyzja o tym, co konieczne. Opiekunowie mogą decydować jedynie o tym, co leży w ich mocy, aby właściwie sprawować opiekę, jakiej się podjęli.

Własne spotkania z osobami chorymi, pacjentami oraz *odchodzącymi* są częścią rozprawy, lecz nie w postaci materiału. Obserwacje, opisy, wglądy — mogą zostać włączone do materiału badawczego, jeśli spełniają odpowiednie standardy naukowe. Spotkania z innym nie sposób nazwać materiałem badawczym, ponieważ badamy własne możliwości odpowiadania, rezonowania w przestrzeni aktów uobecnień, jakich nie podejmie we właściwy sposób żaden język, jeśli nie jest przejawem indywidualnej wrażliwości, indywidualnej *humanitas*, a precyzyjniej, jeśli nie należy do konkretnej osoby.

Dla zachowania porządku, liczba rozmów uwzględnionych w rozprawie została ograniczona do dwudziestu pięciu (25)<sup>318</sup> z dwóch powodów; po pierwsze, rozmowy miały służyć korekcie, uściśleniu własnej narracji filozoficznej; po drugie, z powodu emisji wirusa COVID-19 praca w środowisku medycznym została znacznie utrudniona od marca roku 2020. Należy pamiętać, że badania naukowe, gdy analizujemy sytuacje *odchodzących* ujęte w literaturze oraz gdy analizujemy projekt przez pryzmat własnych rozmów i spotkań z *odchodzącymi* — różnią się pod względem trudności, wymaganego czasu i dyspozycyjności.

Rozmowy usytuujemy wśród innych, zastanych w literaturze filozoficznej i bioetycznej. Jako przykłady wymienimy prace Cicely Saunders<sup>319</sup>, Elizabeth Kübler–Ross<sup>320</sup>, Stanisława Głuszka<sup>321</sup> i Paula Ricoeura<sup>322</sup>. U każdego autora i autorki znajdujemy inną, charakterystyczną wrażliwość etyczną. Ponadto, w przywołanych przez nich rozmowach, konsekwentnie oddawano głos *odchodzącym*. Saunders wdrażała w praktykę swoje założenia na temat właściwej opieki medycznej, konsekwentnie postępując wobec pacjentów i szanując ich autonomię. Pacjenci byli świadomi pozostałego czasu, otrzymali więc szansę, aby pogodzić się z nadchodzącą śmiercią oraz — aby ją przyjąć. Kübler–Ross przyczyniła się do

---

<sup>318</sup> Dla zachowania transparentności badań, wskażmy, ile rozmów zostało uwzględnionych i w jakich grupach: lekarze — 4, personel medyczny — 1, opiekunowie — 4. Pozostałe rozmowy uwzględniam jako anonimowe spotkania: z osobami chorymi, pacjentami — w liczbie 8, z lekarzami — 2, personelem medycznym — 4, opiekunami — 2. Wszystkie rozmowy dotyczyły tematyki opieki, nawiązując do opieki medycznej.

<sup>319</sup> Zob. C. Saunders, *Cicely Saunders: Selected Writings 1958–2004*.

<sup>320</sup> Zob. E. Kübler–Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*.

<sup>321</sup> Zob. S. Głuszek, *Zapis umierania. Refleksje lekarza o śmierci i umieraniu*.

<sup>322</sup> Zob. P. Ricoeur, *Życie aż do śmierci oraz fragmenty*.

szerszego dialogu o umieraniu i śmierci, pokazując jak wiele istotnych rzeczy pozostaje do powiedzenia, gdy umiejętnie wykorzysta się czas dany wspólnie. Ricoeur, samemu zbliżając się do śmierci, rozważał, czego nauczył się od swoich rozmówców i od filozofii, pozostawiając po sobie zapiski, które zdążył poczynić przed odejściem; „Mówię: Boże, zrobisz ze mną, co zechcesz. Być może nic. Godzę się, by mnie więcej już nie było. Pojawia się tu zatem inna nadzieja, niż pragnienie trwania w istnieniu”<sup>323</sup>. Podobnym projektem literackim o znamionach filozoficznego jest *Wyrok śmierci*, w którym Maurice Blanchot opisuje wydarzenia związane z chorobą i śmiercią bliskich mu osób<sup>324</sup>. Głuszek, dzieląc się swoimi lekarskimi doświadczeniami, opisywał sytuacje pacjentów pragnących żyć oraz pacjentów pogodzonych ze śmiercią; „Chora zadaje pytanie: *Czy jest sens trudzić pana, doktorze?* Odpowiadam: *Jest głęboki sens, chcę ulżyć Pani w cierpieniach*. Umierała z pełną świadomością swojej choroby. Laryngolog, który konsultował ją w godzinach nocnych słyszy z ust umierającej: *Już za chwilę umrę, a pana niepotrzebnie fatygowano, nic już pan mi nie pomoże*”<sup>325</sup>. Dostrzegalna jest bliskość dwóch — różnych — światów przeżywanych, spotykających się jednak z powodu bliskiego kresu jednego z nich. Bliskość ta zawiązuje narrację, z taką samą powagą i oddaniem, z jakim Atropos<sup>326</sup> przecina nić ludzkiego żywota.

Autorzy wymienionych tekstów odnosili się do rozmów, ponieważ rozmowa ma fundamentalne znaczenie dla rozważań nad umieraniem, tym bardziej, jeśli oczekujemy wniosków mających wpłynąć na praktyki moralne. Podczas rozmów dowiadujemy się nie tylko o łączącej nas śmiertelności, ale i o różnicach między naszymi narracjami. Istotna jest także różnica w widzeniu wartości relacyjnych, zależna od gestów przyjmowania lub zapewniania. Widzenie zakłada dostrzeganie tego, co jest do uczynienia, zwykle ostatni raz. Stąd narracje różnią się, niezależnie od tego, czy są aktami opowiadania czy aktami moralnymi wobec umierających osób. „Nasz osąd — ludzi zdrowych — przeżywania choroby nie jest adekwatny i w całości nie przystaje do potrzeb chorego”<sup>327</sup>. U Ricoeura czytamy, że „prawdą jest, że »jedna religia istnieje tylko w ten sposób, że określa się w relacji do innej«”<sup>328</sup>. Zdanie to doskonale się sprawdzi również w przypadku narracji, gdy wybieramy jedną kosztem drugiej. Jeśli chcemy zabrać głos w sprawach godnej śmierci, powinniśmy wykluczyć problematykę ponoszenia kosztów, inaczej poniesiemy znacznie

---

<sup>323</sup> *Ibidem*, s. 79.

<sup>324</sup> Zob. M. Blanchot, *Wyrok śmierci*, przeł. A. Wasilewska, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2021.

<sup>325</sup> S. Głuszek, *Zapis umierania. Refleksje lekarza o śmierci i umieraniu*, s. 89.

<sup>326</sup> Zob. P. Hadot, *Twierdza wewnętrzna. Wprowadzenie do „Rozmyślań” Marka Aureliusza*, przeł. P. Domański, Wydawnictwo Antyk, Kęty 2004, s. 146 lub w wydaniu angielskim — P. Hadot, *The Inner Citadel. The Meditations of Marcus Aurelius*, przeł. M. Chase, Harvard University Press, London 1998, s. 139.

<sup>327</sup> S. Głuszek, *Zapis umierania. Refleksje lekarza o śmierci i umieraniu*, s. 78.

<sup>328</sup> P. Ricoeur, *Kontrowersja* [w:] P. Ricoeur, *Życie aż do śmierci oraz fragmenty*, s. 117.

większe straty niż te, które zdajemy się dostrzegać. Jeśli zależy nam na godności, zapewnijmy miejsce — na dialog, rozmowę, obecność.

Rozmowy, pomagając umiejscowić piszącego filozofa oraz umożliwiając współtworzenie narracji z *odchodzącym*, mają pomóc w wykazaniu, iż poszczególne światy przeżywane stanowią warstwy jednego świata — poprzez opowiadanie i uobecnianie się. Co nie znaczy, że narracja i mowa bycia są tym samym. Schodzą się w miejscu osoby, konkretnego świata przeżywanego. Świat przeżywany *odchodzącego*, świat przeżywany badacza, świat przeżywany osoby sprawującej opiekę, niezależnie od jej kwalifikacji — każdy z nich ilustruje inną dynamikę, wrażliwość, inne rozróżnienie na to, co ważne i nieważne. Dlatego, podążając za tropem godności, w rozmowach zadawałam pytanie „Co jest dla Ciebie ważne?”<sup>329</sup>.

Nawiązując do wypowiedzi jednego z lekarzy — „Wszyscy moi pacjenci umrą”<sup>330</sup> — jako badacz jestem świadoma, że niemal wszyscy moi rozmówcy, którzy byli pacjentami — nie żyją. Jako badacz nie mogę niczego zrobić dla zmarłych osób, prócz zachowania pamięci o nich. Także w tekście. Myślę, że pamięć tekstu powinna zachować gesty dziękczynienia i żałoby<sup>331</sup>. Czy rozprawa o godności zawiera odpowiedź na choć jedno z wymagań stawianych wobec dyspozycji? Czy tekst — jest uobecnieniem?<sup>332</sup>

### **Postawa badawcza oraz standard badań**

Stopniowo przechodzimy od wiedzy do sfery *praxis*. Jeżeli chcemy pisać o śmierci, to niełatwo nadać powagę naszym rozważaniom, jeśli nie mamy żadnej wiedzy o innym, który odchodzi. Przy tworzeniu projektów praktycznych potrzebna jest wiedza szczegółowa, odnosząca nas do źródła, uzasadnienia, czyli obecności innego. Jeżeli obecność innego i jego prośba o otoczenie opieką nie wystarczą, aby nadać projektowi właściwy kierunek i zdecydować o pierwszeństwie *odchodzącego* wobec modelowej hierarchii istotności, znaczy to, że *odchodzący* już został przeoczony i że projekty praktyczne jeszcze nie są naszą domeną. Ważnym punktem dla praktycznego projektu jest współtworzenie narracji z pacjentem, ponieważ to pacjent ponosi konsekwencje medycznych oraz moralnych wyborów, „stąd właściwy opis sytuacji, w której pacjent wymaga ochrony swojego zdrowia i życia, jest

---

<sup>329</sup> A. Wierzbą, *O zapominaniu i przypominaniu — utrata pamięci i odpowiadanie moralne*, s. 115. Oczywiście, ton rozmowy, oficjalny lub przyjacielski, zależał od rozmówcy.

<sup>330</sup> Lekarz-respondent 2 (geriatra, internista).

<sup>331</sup> P. Ricoeur, *Aż do śmierci. O żałobie i radości* [w:] P. Ricoeur, *Życie aż do śmierci oraz fragmenty*, s. 72.

<sup>332</sup> W nawiązaniu do książki — J. Domański, *Tekst jako uobecnienie. Szkic z dziejów myśli o piśmie i książce*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1992.

fundamentem dla właściwych decyzji”<sup>333</sup>. Jako badacze troszczymy się nie tylko o cele naukowe; o tym, że cele naukowe zostały osiągnięte, sam badacz decyduje w niewielkim stopniu. Gdy już opracuje się materiał w postaci literatury, wybierze metody, wejdzie w dialog z innymi badaczami i osobami zaangażowanymi w daną problematykę, przedstawi analizy i wnioski, należałoby powtórzyć pytanie o cele projektu oraz o to, kiedy projekt stanie się zbędny. Ponieważ wciąż proponowane są nowe rozwiązania i narzędzia dla poprawy warunków umierających osób, na obecnym etapie badań nie ma możliwości, aby projekt był zbędny. Kiedy można powiedzieć, że jest to powód do naukowego tryumfu?

„Nadzieja »bezbolesności« ciągnie się do drugiego świata, ale ów świat jest bez spotkań z drugim człowiekiem”<sup>334</sup>; to zdanie nakreśla powód, dla którego wielu pacjentów chce nawiązać kontakt z inną osobą. Zwykle liczba osób chorych przewyższa możliwości lekarza oraz personelu medycznego, przez co lekarz nie poświęci tyle czasu i uwagi każdemu z pacjentów, ile ci mogliby oczekiwać. Już to skłania pacjentów do prób oszacowania, kiedy mogą prosić o poświęcenie im czasu. Stąd pojawienie się osoby niezwiązanej ze środowiskiem szpitala często jest mile widziane zwłaszcza, gdy osoby bliskie pacjentom nie zawsze dysponują czasem na odwiedziny lub po prostu są nieobecne w życiu pacjentów. Potrzeba przebywania z kimś innym, drugim, gdy stan osoby chorej i tak wymaga opieki, jest bardzo silna. Nawet wtedy, gdy pacjenci manifestują niechęć do rozmowy, mogą to robić tylko wobec kogoś, więc do tych manifestacji dochodzi w konfrontacji z najbliższymi osobami — to rozmowy z nimi wiążą się z silnymi emocjami i uczuciami, ponieważ są osobiste. Przypomnijmy, że na każdym z etapów godzenia się ze śmiercią, od momentu diagnozy do umierania, wymienia się kolejno etapy: wyparcia lub zaprzeczenia, gniewu, negocjacji, depresji (reaktywnej i przygotowawczej) oraz pogodzenia się z tym, co nieuchronne<sup>335</sup>. Oczywiście, zarys ten służy jedynie zorientowaniu się, jakie potrzeby pojawiają się na każdym z tych etapów. Większość pacjentów, z którymi rozmawiałam, była w zaawansowanym wieku i znaczna część z nich była w zaawansowanym stadium choroby, zwykle onkologicznej. To nie utrata zdrowia i bliskość śmierci były najtrudniejsze, z jakimi przyszło im się zmierzyć, lecz — nieobecność drugiego człowieka.

Spotykając innego, nie zawsze z nim rozmawiamy; wymiana słów nie jest konieczna, gdy obecność wystarczy, aby kogoś ochronić, odpowiedzieć na wartość. Rozmowy i konsultacje są niezbędnym elementem badań bioetycznych, natomiast obecność stanowi

---

<sup>333</sup> A. Wierzbą, *Ochrona pacjenta jako dyspozycja bioetyczna. O powtórzeniu odpowiedzialności w projekcie bioetyki refleksyjnej*, s. 217.

<sup>334</sup> S. Głuszek, *Zapis umierania. Refleksje lekarza o śmierci i umieraniu*, s. 44.

<sup>335</sup> E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, s. 230.

interpretację — nie tylko powierzonych nam zadań, ale także praktyk moralnych, dotycząc godności rozmawiających. Oddanie miejsca innemu czyni go pierwszym, nie drugim; dyspozycja ukazuje miejsca takimi, jakimi są w chwili zapewnienia ochrony, zapewnienia obecności. Tym jest również etos, cechujący nie naszą drugą naturę, lecz nas jako drugich, oddających miejsce innemu. Zakorzenione w duchu gesty dziękczynienia pomogą w przyszłości, gdy przyjdzie nam przyjąć własną śmierć.

Dla zaangażowanych badaczy, opiekunów, lekarzy, personelu medycznego — konieczne jest zadanie pytania o to, jak się troszczyć. Troska obejmuje zarówno czynności potrzebne, jak i te uchodzące za niepotrzebne — niepraktyczne. To, co niepraktyczne, również ma znaczenie; nie chodzi o niepotrzebne nakładanie drogi, lecz o wypełnienie niedostatków dzięki czynnościom, nabierającym znaczenia dopiero, gdy praktyczne środki są już bezcelowe. Czytanie książki nie widnieje na listach procedur opieki paliatywnej, jednak czytanie osobie cierpiącej, nie dlatego, że sama nie może czytać, lecz by mogła słyszeć, że ktoś przy niej czuwa, chroni coś dla niej istotnego. Nie tylko dla niej. Podobnie trzymanie za rękę nie jest konieczne w relacjach z *odchodzącymi*, lecz przekroczenie granicy tego, co niekonieczne zapewnia poczucie bezpieczeństwa i wsparcia właśnie wtedy, gdy nie jest oczekiwane. Dotyk wydaje się czymś pośpiesznym, w rzeczywistości wymaga przedłożenia cudzej potrzeby obecności nad własną potrzebę zachowania dystansu. Nie każdego *odchodzącego* należy dotykać, niemniej warto zawsze pytać o to, jak rozumie on bliskość i obecność. Nie każdy świadek odchodzenia potrafi odpowiedzieć bliskością wobec osoby umierającej. W odchodzeniu jest tylko chwila, w której można uczestniczyć wspólnie — bliskość śmierci nie sprawia, że wszystko inne jest odległe. Bliskość śmierci wyklucza wspólne jej doświadczanie<sup>336</sup>; współbycie polega na dostrzeżeniu, że śmierć dotyczy obojga.

Wiele powiedzieliśmy o miejscu — relacji, chronologii, przestrzeni. Różne interpretacje miejsca pomagają dookreślić zadania stojące przed poszczególnymi osobami, gdy chcą, w sposób szczególny, zapytać o innego. Nie kwestionujemy bliskości jego śmierci, obecności, stanu, ważności. Przyjmujemy innego takim, jakim jest, zapewniając mu naszą obecność niezależnie od tego, ile pozostało czasu. Zapewnienie ze strony bliskich, opiekunów, czy personelu medycznego przybiera inną formę, inaczej wybrzmiewa niż zapewnienie bioetyka. Powinien on, przede wszystkim, słuchać. Jednak bioetyk zwraca uwagę nie tylko na słowa *odchodzącego*, czy osób podejmujących się opieki nad *odchodzącym*. Próbuje dotrzeć do postawy, z jakiej wynika odpowiadanie moralne.

---

<sup>336</sup> Śmierć umownie sprowadzamy do indywidualnego doświadczenia umierania, co nie wyklucza, że nie wiemy o śmierci drugiej osoby, lub że sam umierający nie wie o swoim umieraniu.

„Antycypując swoją śmierć odnosimy się do niej w pojęciach opartych na analizie zjawisk życia”<sup>337</sup>. Jednakże, jak głęboko sięga ich współmierność, gdy pytamy o postawę moralną?

„(...) niemożność doświadczenia śmierci jest nieprzewycięzalna; umierając ponoszę śmierć, ale nigdy jej nie doświadczam (...) umierając doznaję mojej absolutnej niewiedzy przez to, że odpada wszelka możliwość powrotu”<sup>338</sup>.

„Śmierć nie jest wydarzeniem z życia — mówi Wittgenstein — śmierci nie przeżywa się” (*Tractatus Logico-Philosophicus*, s. 185). Ale wobec tego wydaje się rzeczą nieco absurdalną poświęcać cały rozdział tematowi, z którym nie mamy żadnego doświadczalnego, życiowego kontaktu (*Erlebnis*). Można na to odpowiedzieć, że istnieje pewna pozycja pośrednia. Niektórzy ludzie nigdy nie znaleźli się przy łożu śmierci i może uchylaliby się od tego, inni natomiast przeżywali to często i tak nabyli pewnej zastępczej, doświadczalnej wiedzy o cudzej śmierci. Ale czy jest sens mówić o zastępczym doświadczeniu wobec faktu, że każdy umiera sam i że najbardziej bezsporną rzeczą, jaką można powiedzieć o śmierci, to że jest ona aktem najbardziej osobistym?”<sup>339</sup>.

Chodzi nam o postawę — czym innym jednak jest postawa wobec umierającej osoby, a czym innym postawa wobec zjawiska śmierci. Szukamy tego, co godne dla śmierci nie inaczej, jak poprzez uobecnienie. Stąd sztuka obecności nie neguje sztuki dobrego umierania, lecz pomaga dotrzeć do źródeł ich związania. „»Podwójny sens« terminu »cura« oznacza *jedno* podstawowe ukonstytuowanie w jego istotowo dwoistej strukturze rzuconego projektu”<sup>340</sup>. W trosce, gdy jest odpowiedzialna, nie poddajemy się sile rzucenia w byciu ku śmierci, lecz oddajemy miejsce — będąc ku innemu.

Narracja o świecie przeżywanym — nie będąc narracją badanego świata przeżywanego, lecz narracją badacza — pomaga uwypuklić, zrekonstruować interpretację godności, jednakże nie nadaje mu i nie umieszcza w nim tejże interpretacji. Tym samym, mamy przed sobą co najmniej dwa światy przeżywane: świat badacza i świat osoby

---

<sup>337</sup> A. Alichniewicz, *Tanatologia filozoficzna jako podstawa tanatologii lekarskiej. „Twoja śmierć” i „bycie-ku-śmierci” a sztuka dobrego umierania*, [w:] *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa–Łódź 1996, s. 134. Ponieważ w tytule pojawia się bioetyka kulturowa, wskaźmy, że więcej na ten temat można znaleźć w książce K. Szewczyka — *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa–Łódź 2001 — np. s. 331.

<sup>338</sup> K. Jaspers, *Sytuacje graniczne*, przeł. M. Skwieciński, [w:] R. Rudziński, *Jaspers*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1978, s. 202.

<sup>339</sup> P. Hebblethwaite, *Czy istnieje teologia śmierci?*, [w:] *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, oprac. H. Bortnowska, Wydawnictwo Znak, Kraków 1980, s. 304.

<sup>340</sup> M. Heidegger, *Bycie i czas*, § 42, s. 254.

umierającej. Oczywiście, świadomi jesteśmy różnic kulturowych i aktualnych debat nad godnością; nawet najbardziej satysfakcjonująca definicja godności nie uchroni nas przed doświadczeniem jej braku. Brak godności dotyka osób lub czynów; godność człowieka staje się problemem, gdy ten wątpi we własną wartość, natomiast godne i niegodne czyny wiążą się z porządkiem jego zasług. Można rozważać, czy człowiek jest godny danego zaszczytu, jednak rozważanie, czy człowiek posiada wartość, wydaje się nieuzasadnione — znając ryzyko, jakie niesie ze sobą dominująca zasada użyteczności. Godność odpowiada na wartości, gdy ich brak, włączając akty moralne mogące uobecnić wartości relacyjne, najistotniejsze, jak twierdzimy, dla osób umierających. Nie odbieramy jednak prawa do innego wyboru tego, co istotne.

Spotykając innego, *odchodzącego*, zdajemy sobie sprawę z bliskości śmierci. Niemniej, jej bliskość nie sprawia, że odpowiedzi moralne są mniej istotne lub daremne. Wspólne jest nie doświadczenie śmierci, lecz współbycie w odchodzeniu. Rozmowy pozwoliły znaleźć miejsce dla projektu, miejsce, którego etyczne znaczenie było na niniejszych stronach wielokrotnie podkreślane. Dzięki temu miejscu kierunek jest wyznaczany i korygowany z perspektywy badań zorientowanych na potrzeby teoretyczne oraz praktyczne. Zbliżanie się do realizacji wskazanych celów — jak poprawa stanu *odchodzących* — umożliwia rozmowa oraz dialog. Rozmowa jako wspólne doświadczenie otwiera na uzupełnienie naszej wiedzy i umiejętności, aby udzielać schronienia. Udzielamy schronienia — sobie i innym — ratując zdrowie i życie oraz troszcząc się o godną śmierć. Doświadczenie, czym jest rozmowa i uczestniczenie, na tyle, na ile to możliwe, w sytuacjach wiążących się z opieką nad osobami umierającymi, wykracza poza ramy tekstu. Niemniej, praca filozoficzna odbywa się także w przestrzeni tekstu. Rozprawa zawiera próbę odpowiedzenia przed *odchodzącymi* oraz opowiedzenia o nich, gdy już odejdą. Dla tekstu jest istotne, czy uobecnia to, o czym chce opowiedzieć, jak podejmuje ryzyko daremności oraz jak dąży do wypracowania pomocnych narzędzi.

Najistotniejszymi narzędziami badawczymi są pytania. Bez właściwej postawy wobec rozmówcy nie wystarczą. Pytania mają na celu 1) nakreślić indywidualne okoliczności, w jakich znajduje się osoba zaangażowana w problematykę opieki paliatywnej i terminalnej, 2) pomóc w rozpoznaniu trudności, jakie się pojawiają i jakie są prawdopodobne, 3) określenie odpowiednich warunków oraz umiejętności, pozwalających zapewnić właściwą opiekę, 4) pomóc w kształtowaniu odpowiednich postaw moralnych, 5) pomóc w interpretowaniu godności, 6) docenić znaczenie pracy, jaką się wykonało podczas sprawowania opieki.

Uczestniczenie, obserwacja, rozmowa — są chwilowe, zostawiają jednak swój ślad w sferach opieki. Zostawiają ślad w myśleniu. Rozumienie, czym jest odpowiedzialność i jak istotna jest troska, to staranie, aby wyjaśnić ruch zbliżania się ku krańcowi, śmierci. Wyjaśnienie, rzucenie choć odrobiny światła, wymaga zbliżenia się do siebie, refleksji indywidualnej, pogłębionej oraz refleksji wspólnej. Wymaga rozmów — niniejszy rozdział ma jak najwierniej o nich opowiedzieć.

### **W pytaniu o innego**

Jeżeli narracja filozoficzna — moja — ma stać się narracją bioetyczną, musi włączyć się do dialogu, umożliwiać go, budować. Spotkania są próbą odpowiedzi na potrzeby *odchodzących*. Jak odnieść się do potrzeb badaczy i środowiska naukowego? Liczymy się z obowiązującymi standardami naukowymi, lecz, czy obecność innego jest dla badacza wystarczająco zaakcentowanym powodem, aby o niej opowiedzieć oraz — odpowiedzieć na nią?

Narracja o godności to zarówno opowiadanie, jak i postępowanie na rzecz zachowania godności. Zachowujemy ją, chroniąc innych. W opiece paliatywnej i terminalnej, osłaniając innych, służymy im swoją dyspozycją, w odpowiedzi zarówno na nadmiar, jak i niedostatek, brak. Gdy ubywa tego, za pomocą czego upewniamy się, że na cokolwiek zasługujemy — stawiamy pytanie nie o własne zasługi, lecz o gest uczynienia własnym. Własna śmierć, narracja, godność; wszystkie stoją za życiem, o które chcemy zapytać. Jak to uczynić? Narracja świata przeżywanego obejmuje więcej niż to, co słyszymy od pacjentów i co sami umieszczamy w badaniach. W tle rozmowy mamy do czynienia z wieloma czynnikami, jakie wpływają na stan, samopoczucie, kondycję pacjenta. Wymieńmy choćby wiek, chorobę i jej przebieg, opiekę lekarską, metody leczenia, aktualne miejsce przebywania, relacje z bliskimi. Najważniejsza okazuje się być obecność innych osób, zwłaszcza bliskich. Rekonstruujemy świat w oparciu o obserwacje, okoliczności, ale pytania o ten świat stawiamy z miejsca własnego, świata własnych wątpliwości i refleksji.

W rozdziale trzecim próbowałam wykazać, że relacja między refleksją i przeżyciem zacieśnia się. Nie są tożsame, niemniej znaczenie ich treści, gdy dotyczą tego samego, zacieśnia się na tyle, by mówić o obecności — jako odpowiedzialnej postawie refleksyjnej, otwartej na moralne odpowiadanie wobec *odchodzącego*. Przeżycie widziane w refleksji, dzięki niej, umożliwia opisanie myśli, jak już mówiliśmy, „pokazanie, że składa się ona ze ścisłej korelacji pomiędzy moim zagłębieniem w świat i sensorycznymi odpowiedziami, które

ono wzbudza”<sup>341</sup>. Zagłębiając się, dostrzegamy własną narrację (badacza) oraz narrację pacjenta, narracje towarzyszących mu osób. Narracja pacjenta, który opowiada o swoim stanie, pomaga dookreślić jego potrzeby. W tym, potrzebę ochrony. Chronimy innego nie tylko wtedy, gdy zapewniamy mu opiekę medyczną, lecz także, gdy go dostrzegamy, widzimy dzięki naszej refleksji. Zapewniamy miejsce innemu na różne sposoby; podczas służby chorym jako medycy, podczas służby mowie jako pisarze, podczas służby byciu jako obecni przy innym.

Narracja badacza o godności nie jest narracją pacjenta, choć go dotyczy. Dzięki temu spotkaniu dwóch narracji w miejscu jednej osoby, opowiadają nie tylko samym mówieniem, lecz przemawiają byciem. Zadaniem badacza jest wyzyskać moment dla godności, gdy w charakterystyczny dla siebie sposób zapytuje o bycie — darując miejsce dla odpowiadania. Miejsce to tkwi w odpowiadającej osobie, jej postawie i aktach moralnych wobec osoby umierającej. Choć przyjmujemy, że badacza cechuje odpowiedzialna postawa refleksyjna, to jego zadania różnią się od zadań opiekuna. Mimo to, opiekun i badacz, służą tej samej sprawie. Chroniąc, odpowiadają na wartości relacyjne. Nie dotrą do nich inaczej, jak powierzając siebie innemu. Dlatego muszą go usłyszeć.

Część z moich rozmówców, pacjentów terminalnie chorych, wyrażało myśl o pragnieniu śmierci. Trudno być obojętnym wobec takiego zdania. Niemniej, jako aspirujący bioetyk, opowiadałam się jedynie po stronie tego, co jest do uczynienia. Ważne, aby była to strona tego, co dobre dla pacjenta, jeśli oczekuje on wsparcia podczas podejmowania istotnych decyzji, przyjmowania właściwej dla siebie postawy, w wytrwaniu. Niemniej, deklaracja, że pragnie się śmierci, zwykle nie wiąże się z oczekiwaniem konkretnego czynu ze strony słuchacza. Wielkie znaczenie ma możliwość, aby wyrazić pragnienie śmierci oraz fakt, że wyrażone pragnienie zostaje wysłuchane. Czym innym jest pragnienie śmierci, czym innym jest jej oczekiwanie, a jeszcze czym innym — doprowadzanie do niej.

Lekarze są świadomi, że choroba i umieranie wiąże się z doświadczeniem cierpienia. Zdaniem jednego z lekarzy<sup>342</sup>, to pacjent musi powiedzieć, jaką wartość ma dla niego życie — uczestnicząc w procesie podejmowania decyzji i jego zdrowiu, a gdy leczenie nie jest już możliwe, w procesie zapewniania komfortu. Nie wiąże się to ze spełnianiem życzeń pacjenta, lecz z zapewnieniem mu wszystkiego, co leży w mocy jego lekarza. Bioetyk jest świadom, że oboje — pacjent i jego lekarz — powinni zapytać o to, na jakie wartości chcą odpowiedzieć. Powinni to uczynić wspólnie. Badania bioetyczne niosą wymaganie, aby ustalić jak najwięcej

---

<sup>341</sup> M. Merleau-Ponty, *Refleksja i zapytywanie*, przeł. J. Migasiński, [w:] *Widzialne i niewidzialne*, s. 41.

<sup>342</sup> Lekarz-respondent 2.

szczegółów podczas rozmowy i chwilowej obecności, które pozwolą na interpretację pojęcia godności oraz na wskazanie właściwych praktyk moralnych. Niosą wymaganie, aby sama rozmowa nie była badaniem. Tak zapewniamy sobie oparcie w postaci naukowych ram, natomiast szczególnie trudne jest zapewnienie rozmówcy komfortu, aby wyrażał to, co przeżywa. Aby przedstawić świat innego, potrzebny jest badacz, świadom zajmowanego miejsca wobec innych — w niniejszej rozprawie, wobec *odchodzących*.

\*

Gdy osoby chore, umierające, mówią, że godności nie ma — do czego lub kogo się wtedy odnoszą? Czy mowa jest o doświadczeniu bycia kimś mniej niż osobą?; czy mówimy o doświadczeniu niesłusznie zajmowania miejsca?; czy o doświadczeniu utraty znaczenia tego, co uczynione? Gdy umierająca osoba mówi, że znaczy mniej niż inne osoby, wtedy jest możliwe, iż kłopot z moralnością leży po stronie świadków jej umierania. Zwykle podejmujemy się poszukiwań godności wtedy, gdy jej brak, jakby była poza naszym zasięgiem. Do wniosku, że godności nie ma, doprowadza doświadczenie braku troski. Do wniosku, że śmierć jest niegodna, doprowadza doświadczenie braku obecności drugiego człowieka. Nie na wszystkich etapach umierania obecność innej osoby jest konieczna, warto jednak, aby to pacjent zdecydował, czy chce się zmierzyć ze śmiercią w samotności<sup>343</sup>. Nie oznacza to zupełnego osamotnienia, choć w śmierci — jesteśmy sami.

Większość pacjentów paliatywnych oraz terminalnych ma kłopot z formułowaniem swoich potrzeb i oczekiwań. Stwierdzenie, że pragnie się wyzdrowieć, doprowadza do oczywistego paradoksu. Tym, co pomaga dotrzeć do tych potrzeb, jest wrażliwość lekarzy, którą nazwiemy moralną wrażliwością. Dzięki niej medycy są świadomi, jak wielkie znaczenie mają warunki, w jakich odchodzą osoby chore. Niedawna sytuacja związana z falami zachorowań wywołanymi przez wirus COVID-19 ukazała, co jest „decydujące” dla godnej śmierci, gdy nasze możliwości są radykalnie ograniczone. W jednej z rozmów dowiedziałam się o sposobach, w jakie umożliwiano pożegnania umierających pacjentów z ich bliskimi. Lekarka opowiada o wykonanych przez lekarzy telefonach do rodzin pacjentów lub o rozmowach, których lekarze byli świadkami, trzymając telefony tak, aby pacjenci mogli widzieć twarze swoich bliskich i słyszeć ich głosy<sup>344</sup>. Pacjenci mieli wtedy utrudnioną możliwość widzenia swoich lekarzy — ubranych w odpowiednie kombinezony,

---

<sup>343</sup> Lekarz-respondent 2.

<sup>344</sup> Lekarka-respondentka 4 (anestezjolog).

przy czym panował całkowity zakaz odwiedzin osób trzecich. Szpitale oraz szpitale tymczasowe były przepełnione, a stosowanie się do procedur zachowania bezpieczeństwa było traktowane rygorystycznie. Mimo to, lawinowo dochodziło do kolejnych zachorowań. Lekarka opowiadała również o przekazywaniu pacjentom listów od ich bliskich. Niekiedy, listy wymagały czytania ich na głos przez lekarzy, gdy pacjenci nie mieli już sposobności, by czytać. Do skrajnie nielicznych przypadków należały sytuacje, gdy pozwalano bliskim pacjentów, w odpowiednim ubiorze i po sumiennej dezynfekcji, aby choć przez chwilę byli obecni przy umierających pacjentach. Z jednej strony lekarze nie chcieli lekceważyć obowiązujących restrykcji i przepisów, z drugiej — chcieli uszanować ostatnią wolę pacjentów. Wielu lekarzy poświęcało swój czas, aby pomóc pacjentom i wesprzeć ich w każdy możliwy sposób. Sama lekarka nie chciała być ostatnią osobą, jaką widzi pacjent, a ponieważ była anestezjologiem, wciąż towarzyszyła jej obawa, że jeśli pacjent nie odzyska przytomności po operacji, jej twarz będzie ostatnią, jaką zobaczy — twarz obcej osoby.

Jesteśmy sobie obcy, co nie znaczy, że jesteśmy wrogi. Podobnie jest ze śmiercią — będąc obcą, często wydaje nam się wroga. Nasilenie tej wrogości jest zależne od postawy osób obecnych przy *odchodzącym*. Śmierć nie ma charakteru polemicznego, natomiast możemy polemizować w sprawie naszej postawy wobec umierania i umierających. Jak powiada Lévinas, „Mówienie właśnie nie jest grą”<sup>345</sup>. Należy przyjąć, że w zetknięciu ze światem przeżywanym i narracją innego, drugiego człowieka — znajdujemy tyle znaczeń, ile odpowiedzialności za nie. To od nas, opowiadających o swoich badaniach, zależy, czy mówienie będzie grą — co wykluczyłoby etyczny dialog<sup>346</sup> i współbycie z innym. Tekst umożliwia zaczynanie opowieści od nowa, kształtowanie jej, modelowanie, trafniejsze ujmowanie rzeczy. W obecności drugiego człowieka nie mamy takiej możliwości, opowieść zaczyna się i kończy — raz. Ponawianie prób nie wymaże uchybień, niemniej koncentrowanie się na tym, co nieważne lub niebyłe, oddala nas od sedna i celu. Ponawiamy próby, aby zbliżyć się do sedna ważności oraz tego, który jest, bez niego opisywana przez nas ważność pozostaje abstrakcyjna; bez innego wartości etyczne pozbawione są swojej relacyjności, a zatem, uobecnienia w relacji. Wiemy o nich, lecz ich nie doświadczamy.

Wróćmy zatem do słów „Wszyscy moi pacjenci umrą”. Słowa lekarza geriatry są, z jednej strony, oczywiste. Z drugiej strony, ani razu nie przeszło mu przez myśl, że mógłby być mniej oddany — nie tyle swej pracy, co swoim pacjentom. Zdanie to, ponieważ pojęcie

---

<sup>345</sup> E. Lévinas, *Inaczej niż być lub ponad istotą*, s. 15.

<sup>346</sup> Zob. rozdział — *Etyczność dialogu* [w:] A. Rossmannith, *Dialogiczna koncepcja prawa*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2019, s. 175-218. Autorka odnosi się do etyki opartej m.in. na wrażliwości i trosce.

umierania i śmierci pojawia się w każdej rozmowie, niesie ze sobą kilka wątków, które możemy rozważyć: śmierć dotknie każdego; (zawsze) jest ktoś wymagający opieki; towarzyszenie innym w ich umieraniu nie stanie się łatwiejsze i nie straci na znaczeniu. Ponieważ interpretuję godność oraz szukam sposobów jej uobecniania, nie mogę poprzestawać na modelowych interpretacjach. Stąd nie do przecenienia jest sięganie do rozważań uwzględniających świat przeżywany i tożsamość osobową<sup>347</sup>. To tam — gdzie jest inny człowiek — znajduję wszystko, co pozwala mi mówić o godności. Tak zarysowujemy tok niniejszych rozważań: zbliżającą się śmierć, pozostały czas, obecne i nieobecne wartości, znaczenie opieki. Poruszanie każdego z tych zagadnień wspiera badania nad godnością, której nie sposób zamknąć w pojęciu własności. Czy nawet, w pojęciu samej zasługi, ponieważ z każdej interpretacji własnych zasług wymyka nam się inny, z powodu śmierci. Dlatego obecność to wszystko, czym dysponujemy, tak długo, jak długo troszczymy się o to, co nam powierzone oraz o tego, który nam się powierza. Teza, iż interpretacja godności jako dyspozycji stanowi rzeczywiste narzędzie do osłonięcia, ochrony innych przed tym, co niekonieczne, naddane, krzywdzące — potwierdziła się dzięki lekarzom, personelowi medycznemu i opiekunom, którzy zatroszczyli się o *odchodzących*. Do zadań badacza należy opowiedzieć o tym, aby powtórzenie gestu dyspozycji było elementem kształcenia oraz edukacji. Nie powinniśmy jednak poprzestawać na powtórzeniu. Nie chodzi nam o ułatwienie powtórzenia, danego czynu, ale o indywidualne, każdorazowe podjęcie starania, by w miejscu, jakie oddajemy, pojawiła się ta osoba, którą chcemy ochronić. Wzorzec nie zapewni nam ani indywidualnych treści, ani relacyjnych wartości. Wartość uobecniona ma sens w tej relacji, jaka ją ujawnia. W innej relacji inne wartości będą znaczące lub charakterystyczne, stąd nie nadamy ich przy wskazaniu wzorców. Nadanie jest indywidualne, aby stać się intersubiektywnym.

Co miał na myśli Ricoeur, gdy pisał o znaczeniu śmierci?<sup>348</sup>; „(...) samo objaśnianie ma już walor terapeutyczny. Tak jak wszędzie, stanowi to minimalny wysiłek refleksji filozoficznej: analiza, rozjaśnianie”<sup>349</sup>. Jak jednak rozumieć maksymalny wysiłek? Aby odpowiedzieć, dokończmy wątki poprzez odniesienia do słów, jakie padały w rozmowach, czyli zbliżającą się śmierć, pozostały czas, obecne i nieobecne wartości, znaczenie opieki. Wiele powiedzieliśmy już o śmierci, lecz umieścimy słowa w ich narracjach. Zachowujemy dystans wobec narracji własnej, ale nie po to, aby się od niej odciąć. Naszym zadaniem jest

---

<sup>347</sup> Zob. rozdział — (Badanie V) *Tożsamość osobowa i narracyjna* [w:] P. Ricoeur, *O sobie samym jako innym*, s. 188-231.

<sup>348</sup> P. Ricoeur, *Aż do śmierci. O żalobie i radości* [w:] P. Ricoeur, *Życie aż do śmierci oraz fragmenty*, s. 36.

<sup>349</sup> *Ibidem*.

zachowanie w opisie tego, co umożliwiło narracjom spotkanie. Czy była to troska, szacunek, neutralność?

*Odchodzący* wspominają o śmierci, gdy mówią o swoich obawach i pragnieniach. Boją się określonych okoliczności śmierci. Niekiedy, wyrażają jej pragnienie. Pokazujemy dwie dominujące postawy, nie są one skrajne lub nienaturalne. Rzadko *odchodzący* boją się samej śmierci, niezależnie od okoliczności jej nadejścia.

Pacjentka umierająca na raka płuc nie mówiła zbyt wiele w ciągu swojej choroby<sup>350</sup>. Była kobietą starszą, znajdowała się szpitalu, miała zapewnioną opiekę specjalistów, leżała na odrębnej sali, była odwiedzana przez bliskich, podawano jej morfinę. Mimo to, *odchodząca* cierpiała. Wykluczone było zwiększenie dawki, ponieważ wystąpiły już zaburzenia poznawcze. Podawanie środków uśmierzających ból, zwłaszcza długotrwałe, ma skutki uboczne, między innymi halucynacje, stan splątania, zawroty głowy, nudności. Dlatego o podaniu morfiny (lub innych leków powodujących niepożądane skutki) decyduje wyłącznie lekarz. Z perspektywy medyka, umierającej pacjentce zapewniono wszystko, co było możliwe. *Odchodząca* oddychała niespokojnie, skarżyła się na ból. Nie bez przyczyny odróżniamy cierpienie od bólu. Zaawansowana choroba wydobyła smutek, jaki zdaje się, iż był *odchodzącej* znany. „Chcę już umrzeć”; to jedyne słowa, które były przez nią jasno formułowane. Tego samego dnia *odchodząca* zmarła. Od wyrażenia pragnienia śmierci do samej śmierci nie minęła doba. Możemy to opowiedzieć inaczej: od wyrażenia pragnienia śmierci do samej śmierci minęło jeszcze wiele godzin. Wybór należy do opowiadającego. Z mojej perspektywy — śmierć była łaskawa i nadeszła szybko.

Inna pacjentka, również cierpiąca na chorobę onkologiczną, wyraziła pragnienie nadejścia śmierci na kilka miesięcy przed tym, jak odeszła<sup>351</sup>. Twierdziła, że godności już nie ma, podkreślając słowo „już”. Jednakże, czy potrafimy wykazać, że kiedyś było inaczej? Dawniej możliwości medycyny były ograniczone, a na długość i przebieg życia znacznie wpłynęły lata wojny. *Odchodząca* wyraziła nadzieję, że sytuacja może się jeszcze zmienić, wskazując na konkretne zmiany z opieki zdrowotnej. Zwróćmy uwagę, że opieka paliatywna i terminalna rozwija się pomyślnie w sektorze prywatnym, natomiast sektor publiczny, obejmujący opieką prawie wszystkich pacjentów, których poznałam, ulega zmianom i poprawie, lecz bardzo powoli. Obie odmiany opieki pojawiły się w latach 80. XX wieku, więc, o czym wspominaliśmy w rozdziale trzecim, w niewielkiej odległości w czasie od wyodrębnienia się bioetyki oraz etyki troski. Obserwujemy zmiany dotyczące miejsc,

---

<sup>350</sup> Dla porządku, oznaczmy spotkanie z pacjentką — I.

<sup>351</sup> Spotkanie pacjentki — II.

w których zapewniana jest opieka paliatywna, dlatego wyróżniamy: ambulatoryjną opiekę paliatywną (poradnię), stacjonarną opiekę paliatywną oraz domową opiekę paliatywną<sup>352</sup>. Podobnie jest z opieką terminalną, wyróżniamy bowiem hospicjum stacjonarne i to odtworzone w warunkach domowych. Większość opiekunów to osoby prywatne, a nie lekarze czy pielęgniarki — tak też było w przypadku *odchodzącej*, której doglądali najbliżsi członkowie rodziny. Wiele osób chorych ogranicza swoje kontakty ze środowiskiem medycznym. Ma to różne konsekwencje, lecz na pewno nie jest odzwierciedlane przez miarodajne statystyki, ponieważ nie znamy ani dokładnej liczby osób chorych, ani liczby osób zmarłych, które wymagały opieki paliatywnej lub terminalnej. Poprawa w sektorze publicznym w ciągu ostatnich lat jest godna pochwały, ale nie odpowiada jeszcze na potrzeby zbyt wielkiej liczby chorych osób. Nie będziemy dowodzić, że osoby odpowiedzialne za rozwój opieki medycznej na świecie czy w Polsce opierają swe sądy i działania o hierarchie wartości, jakie moglibyśmy uznać za nieodpowiednie. Nie o to chodzi i dotychczasowe debaty dotyczące zasad uobecniających wybrane wartości pokazują, że debata nie wystarczy. Jak uzasadniać wybór wartości, jeżeli nie jest on oczywisty? Dlatego dialog to tylko jedno z wielu rozwiązań. Skupiamy się zatem na wskazaniu konkretnych działań, jakie pozwoliły i pozwolą na ochronę umierających pacjentów. To ochrona tych pacjentów interesuje nas najbardziej, ponieważ osoby terminalnie chore najłatwiej marginalizować, pomijać lub uparczywie leczyć<sup>353</sup>. Skupiając się na potrzebach pacjentów i *odchodzących* oraz terapii właściwej, staramy się korygować kierunek dążeń, kształtowania kondycji ludzkiej. W tym, moralnej. Zdaniem *odchodzącej*, powinno się przeznaczać więcej środków finansowych na opiekę medyczną, a umiejętności interpersonalne medyków powinny być konsekwentnie kształtowane i rozwijane, aby mogli porozumieć się ze swoimi pacjentami i byli godni ich zaufania. Ponieważ sędziwy wiek *odchodzącej* nie pozwalał na dalsze leczenie, a dotychczasowe leczenie było nieskuteczne, nie chciała mieć kontaktu z opieką medyczną. W rozmowie z nią okazało się, że dawniej opiekowała się swoją chorą matką. W rodzinie *odchodzącej* umieszczanie osoby chorej w ośrodku opieki długoterminowej nie było oceniane pozytywnie, chociaż sama *odchodząca* zaczynała brać tę możliwość pod uwagę. Z jakiego powodu? Z pobytem w ośrodku wiązała się obawa, że nie doświadczy tego, czego jej trzeba, gdy cierpi, czyli troski, trochę uwagi, czułości. Choroba sprawiła, że unikała dotyku. Niemniej, gdy sama opiekowała się kimś innym, była czuła — trzymała za rękę, głaskała,

---

<sup>352</sup> Zob. Tomasz Dzierżanowski, *O opiece paliatywnej w Polsce* — <https://www.termedia.pl/mz/O-opiece-paliatywnej-w-Polsce,41235.html> (dostęp: 10.04.2023).

<sup>353</sup> Lekarz-respondent 2.

gładziła po głowie, była pogodna i roześmiana<sup>354</sup>. Do pogorszenia stanu *odchodzącej* doszło nagle — do końca była na tyle sprawna, aby pozostać w domu, w którym odeszła.

*Odchodzący* rzadko mówią o dążeniu do śmierci, świadomym przyśpieszeniu jej nadejścia. Powinniśmy zapytać o to, czym jest przyśpieszanie i oddalanie nadejścia śmierci. Zwykło się przyjmować, że leczenie oddala śmierć, a odmowa leczenia przybliża do śmierci. Kryje się za tym pozór, jaki łatwo ujawnić poprzez rozmowy o oczekiwaniach — wobec siebie, innych, samego leczenia. Równie możliwe jest, że terapia daremna chwilowo oddali śmierć, której nadejście będzie bardziej dotkliwe, bolesne, obciążające dla wszystkich zaangażowanych osób. Lub, że terapia uporczywa z powodu swojego agresywnego charakteru przyśpieszy nadejście śmierci. Czy powinniśmy oczekiwać od leczenia, by oddalało śmierć? Nie godzimy się na przyśpieszanie śmierci, lecz rozważamy, czym jest humanitarność w niesieniu pomocy cierpiącym. Czy możemy zgodzić się na przedłużanie życia, unikając odpowiedzialności za trwanie w czasie, jaki nie przynależy do nikogo — lub do każdego? Warto, aby nie myśleć o czasie i o odpowiedzialności jako całkowicie rozłącznych zjawiskach.

Co oddala od nas śmierć, jeśli nie obecność?

Gdy jedna z lekarek zapytała mnie, kiedy jest odpowiedni czas na śmierć, sama nie czuła się upoważniona, by o tym rozstrzygać<sup>355</sup>. Czy jest dobry moment na to, by umrzeć? Pozostały czas — bo do niego się odnosimy, wypełniamy czynnościami praktycznymi, potrzebnymi, niepraktycznymi. Zwykle chcemy, aby pozostały czas wypełniały ważne wydarzenia i czynności. Niemniej, jedyną różnicą między czasem pozostałym a codziennym jest stopień naszego uświadomienia — zdawania sobie sprawy, że pewnych możliwości jest raczej mniej niż więcej. Nie tylko okoliczności mogą decydować o tym, że coś jest ważne. Liczy się nasza postawa, zwłaszcza w obliczu niewiadomych.

Lekarka twierdziła, że nie tylko medycyną się leczy. W szpitalu tymczasowym, w którym pracowała, w warunkach dalekich od komfortowych, wszystko może wydawać się nieistotne, nieważne, nawet daremne. Mimo to, lekarzom udawało się nie tylko leczenie, ocalanie poczucia godności pacjentów, lecz także osłanianie ich przed naddanym cierpieniem. Mówienie o opiece paliatywnej nie jest chybione, gdy analizujemy sytuacje w szpitalach tymczasowych. Opieka skupiona na konkretnym pacjencie, który jest bliski śmierci, spełnia warunki terapii właściwej oraz odpowiedniej, odpowiedzialnej opieki. „Opieka, w której

---

<sup>354</sup> Informacja uzupełniona przez osobę bliską *odchodzącej*.

<sup>355</sup> Lekarka-respondentka 4. Szpital tymczasowy, o którym dalej mowa, mieści się we Wrocławiu. Sytuacja większości szpitali tymczasowych w Polsce była porównywalna.

pacjent jest w centrum, jest indywidualna”<sup>356</sup>. To wystarczy. Zbyt wielu chorych, zbyt mało sprzętu medycznego, zbyt mało miejsca, za mało lekarzy; jeżeli brakuje czasu na odpowiednie leczenie każdego pacjenta, warto zastanowić się, czego zabrakło wcześniej, zanim doszło do powstania szpitali tymczasowych — zanim szpitale tymczasowe stały się ostatnimi, w jakich znaleźli się umierający pacjenci. Tymczasowo szpitale powstały w placówkach, ponieważ brakowało miejsc dla pacjentów. Przy czym tymczasowość nie zniosła wagi, jaką pacjenci przywiązują do swojego pobytu w szpitalu.

Nie chodzi o wyeliminowanie chorób, lecz o ograniczenie nieodpowiedzialnych działań. Ograniczanie nieodpowiedzialności lub poszerzanie jej zasięgu zależy od wszystkich, nie tylko od lekarzy czy określonej grupy pacjentów. Nie unikniemy chorób, podobnie, jak nie unikniemy odpowiedzialności za innych, gdy na nas polegają.

Pacjentów, *odchodzących* leczono nie tylko medycyną, lecz zaangażowaniem, rozmową, poświęceniem swojego czasu. Obecnością. Czy byłoby to możliwe bez troski? Wielu medyków pracowało w szpitalach dobrowolnie, chcąc pomóc jak największej licznie chorych. Jednocześnie, medycy musieli troszczyć się o bezpieczeństwo swoje i swoich bliskich, często rezygnując z bezpośredniego kontaktu z nimi. Wielu z nich codziennie traciło kilkoro pacjentów. Stąd lekarze inaczej stawiają kwestię pozostałego czasu niż pacjenci. Dla pacjenta, jego śmierć, wydarza się raz.

Gdy pytam lekarzy o to, jak radzą sobie z trudnościami lub stresem w pracy, odpowiedzi są różne, często wymijające. Miałam zaszczyt poznać lekarzy wrażliwych i zdolnych do ogromnych poświęceń, niemniej, oni również borykali się ze swoimi kłopotami, zmęczeniem, czy po prostu, bólem. Dlatego wspieranie rozwoju opieki paliatywnej i terminalnej oraz, szerzej, opieki medycznej, wiąże się ze wspieraniem osób, które mają otaczać innych opieką. Czy podczas kształcenia medycznego uczono o etyce lekarskiej; czy uczono o tym, jak rozmawiać z pacjentem; czy uczono, jak radzić sobie z utratą pacjenta? Czy w miejscu pracy lekarz i personel medyczny ma zapewnione wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego? Czy lekarze znają więcej niż jedno podejście do terapii, jeden model leczenia? Zwykle odpowiedź brzmi — „nie”. Dopiero od niedawna, czyli od kilku lat, medycy obserwują zmiany w podejściu do terapii, które nie jest ograniczone do jednego modelu, jednej strategii. Ma to ogromne znaczenie dla pacjentów, ponieważ nie każdego z nich, z różnych powodów, można leczyć w ten sam sposób i oczekiwać tych samych rezultatów. Oraz, lekceważyć przy tym utratę, czy, w nieco bardziej powszechnym języku, lekceważąc straty i niekorzystne skutki.

---

<sup>356</sup> Lekarz-respondent 2.

To nie dystans do pacjenta i jego problemów zapewnia medykowi komfort pracy. Należy odróżnić od siebie kwestię dystansu od kwestii niewrażliwości, co tyczy się także badaczy naukowych. Lekarz nie przejmując problemów pacjenta podczas leczenia, podobnie, jak nie przyjmuje na siebie czasu pozostałego pacjentowi. Co nie znaczy, że lekarz nie powinien wspierać pacjenta w zakresie jego problemów zdrowotnych.

Jeden z lekarzy opowiedział o sytuacji pacjenta, która budziła jego wątpliwości<sup>357</sup>. Starszego pacjenta z chorobą onkologiczną poddawano chemioterapii. Wątpliwości wzbudziła postawa onkologa, ponieważ zalecił podanie pacjentowi chemii po raz siódmy<sup>358</sup>. Onkolog przewidywał, że przedłuży to życie pacjenta o około trzy miesiące. Ponieważ stan zdrowia pacjenta był ciężki, mój rozmówca nie był przekonany, że w takich okolicznościach chemioterapię można uznać za terapię właściwą. Lekarz podkreślił, iż często w swojej pracy widzi przypadki terapii daremnej, a nawet, terapii uporczywej. Konfrontacje między lekarzami w sprawie wyboru terapii, leczenia lub odstąpienia, nie należą do łatwych, ale to od nich rozpoczynamy dialog. Jakiej terapii doświadczył pacjent? Nie dowodzimy błędu, lecz podnosimy kwestię zasadności, lecz nie medycznej. Czy należy podnosić kwestię zasadności o charakterze moralnym? Lekarz postawił pytanie, na które nie uzyskał odpowiedzi: czy pacjenta zapytano o to, czy chce poddać się kolejnej chemioterapii? Czy pacjenta uprzedzono, jak będą wyglądały trzy miesiące? Dlaczego zostały nazwane przez onkologa „dodatkowymi” i zostały ocenione jako korzystne dla pacjenta? Zdaniem mojego rozmówcy, pozostały czas wiązał się dla pacjenta z przedłużonym cierpieniem. To, co dodatkowe, nie zawsze jest korzystne. Darowano czas, ale — czy dla pacjenta pozostały czas był darowany jako ważny? W ciągu przewidzianych trzech miesięcy, pacjent zmarł.

Na kontynuację leczenia, mimo, iż jest ono daremne, często nalegają bliscy pacjenta. Lekarz wspomina o sytuacjach, gdy, chcąc poprawić swoje relacje z pacjentami, ich bliscy próbują wymusić na lekarzach kolejne próby leczenia, wyznaczenie nowej terapii. Powody są różne, zwykle osobiste i mają emocjonalne podłoże. Jak wykorzystać emocje, jakie się pojawiają, w służbie pacjentowi? Lekarz, nie chcąc ingerować w rodzinne relacje, ufa swojemu doświadczeniu. Stosuje dwie zasady: rozmawia z pacjentem na każdym z etapów choroby, ponawiając pytanie o potrzeby i oczekiwania pacjenta oraz rozmawia z bliskimi pacjenta. Podczas rozmów z bliskimi pacjenta poprzestaje na przekazaniu pełnych informacji na temat stanu zdrowia pacjenta i przedstawieniu zaleceń. Medyczną decyzję o leczeniu

---

<sup>357</sup> Lekarz-respondent 2.

<sup>358</sup> Uogólniając, zazwyczaj dolny próg chemioterapii to trzy cykle, natomiast maksymalny, przy odpowiedniej kwalifikacji, to dwanaście cykli.

podejmuje lekarz, w porozumieniu z innymi osobami z personelu<sup>359</sup>, niemniej, to pacjent wyraża zgodę na leczenie lub rezygnuje z leczenia. Ewentualnie, w imieniu pacjenta, gdy traci on świadomość, zgody udzielają jego bliscy. Jeżeli nie mogą polegać na własnej wiedzy, opierają się na zaleceniach. Jeżeli pacjent jest w ciężkim stanie i nie można już nic dla niego zrobić — nie można leczyć — to odesłanie go do domu nie stanowi rozwiązania, podobnie, jak podanie leków na chorobę współtowarzyszącą, ignorując główną przyczynę pogorszenia stanu lub nawet jego załamania. Odsyłanie umierającego pacjenta do domu nie wynika ani z troski, ani ze spełnionego obowiązku opieki. Spełnienie obowiązku zależy od pracy wielu osób.

Lekarz, gdy pyta swoich pacjentów, czy i jak długo podtrzymywać ich funkcje życiowe, dziewięćdziesiąt procent (90%) z nich odpowiada — „nie”. Bliscy pacjenta nie zawsze znają odpowiedź na to pytanie, dlatego z każdym pacjentem należy rozmawiać, włączając go do procesu decyzyjnego. Rozmowy te należy powtarzać, w razie pojawienia się wątpliwości, obaw. Rozmowy należy prowadzić dopóty, dopóki są możliwe.

„W kwestii przedłużania życia należy zadać pytanie — jaka jest jakość życia? Samo życie tak, jest ważne, ale musi być godne (...). Jeśli życie to jedno wielkie pasmo cierpienia, walka o kolejny oddech, przetrwanie bólu, (...), to mam wątpliwości, czy warto. My jako lekarze wiemy, że życie jest związane z cierpieniem. To pacjent musi powiedzieć, jaką wartość ma to życie dla niego”<sup>360</sup>.

Zwykle podjęcie kolejnych kroków, gdy pacjent umiera, jak podanie innych leków, powtórzenie badań, nie przynosi oczekiwanych przez rodzinę skutków. Nie znaczy to, że bliscy pacjenta zawiedli — nie w moralnym sensie. Nie znaczy to również, że zawiedli lekarze — w sensie medycznym. Obecność wiąże się z konkretnymi czynnościami, lecz niekiedy, wystarczy czuwanie przy *odchodzącym*. Jeżeli *odchodzący* tego chce, powinien mieć szansę na to, aby był przy nim drugi człowiek. Zwłaszcza wtedy, gdy *odchodzący* umiera<sup>361</sup>.

Rozmowa z pacjentem, *odchodzącym*, gdy jest się lekarzem, ma co najmniej cztery cele: „uzyskanie informacji od pacjenta, udzielenie informacji medycznych, zapewnienie pacjentowi wsparcia, a także nawiązanie współpracy z pacjentem w zakresie rozwijania

---

<sup>359</sup> Lekarz-respondent 2. Lekarz stawia pytanie, czy odpowiedzialność się wtedy rozmywa — szacuje, że tak.

<sup>360</sup> Lekarz-respondent 2.

<sup>361</sup> Lekarz-respondent 2.

strategii lub planu leczenia na przyszłość<sup>362</sup>. Gdy nie jest się lekarzem, nadal istotne jest w rozmowie, aby zapewnić pacjentowi wsparcie oraz nawiązanie współpracy, która nauczy nas właściwego rozwoju — wrażliwości moralnej, badawczej — na przyszłość. Ponadto, autorzy bardzo pomocnego artykułu wskazują na sześć kroków protokołu, który ma ułatwić zarówno lekarzom, jak i pacjentowi oraz jego bliskim rozmowę, gdy należy przekazać mu złe wieści. Wymieńmy kolejno: (1) stosowne otoczenie; (1a) należy zadbać o prywatność; (1b) należy włączyć do rozmowy najbliższych pacjenta; (1c) lekarz powinien usiąść; (1d) lekarz powinien nawiązać kontakt z pacjentem; (1e) należy wziąć pod uwagę ograniczenia czasowe i możliwe przeszkody; (2) poznanie stanu wiedzy chorego; (3) zaproszenie pacjenta do rozmowy; (4) przekazywanie pacjentowi informacji; (5) empatyczna reakcja na emocje pacjenta; (6) strategia i podsumowanie — przedstawienie planu i możliwości leczenia pacjentowi, gdy ten jest na to gotowy, włączenie go do procesu decyzyjnego<sup>363</sup>.

Lekarz deklaruje, że zawsze nawiązuje z pacjentem relację; podchodzi do pacjenta osobowo, często z nim rozmawia, stawia na otwartość, szacunek, poświęca mu swój czas<sup>364</sup>. Zależy mu na relacji z pacjentem, ponieważ to od czasu, jaki poświęci pacjentowi, zależy stopień trudności wykonywanych obowiązków oraz podejmowanych decyzji. Rozmowa może wiele zmienić dla *odchodzących*, także dla ich rodzin oraz osób sprawujących nad nimi opiekę medyczną. Może również wpłynąć na poprawę sytuacji pacjentów paliatywnych i terminalnych w przyszłości, ponieważ rozmowy już nas czegoś nauczyły, wskazały kolejne cele dla naszych działań. Rozmowa nie zmienia niczego wtedy, gdy jej brakuje. „U niektórych lekarzy to się często zdarza, moi pacjenci umierają wszyscy”<sup>365</sup> — lekarz ten nie twierdził, że pacjenci umrą, więc jego praca jest daremna. To świadomość, że wszyscy jego pacjenci umrą, jest motywacją, aby niczego nie przeoczyć lub przeoczyć jak najmniej w trosce o nich.

Co w praktyce znaczą słowa — ratować pacjenta za wszelką cenę? O strategii 0-1 opowiedziała lekarka, przybliżając sytuacje na poszczególnych oddziałach szpitala<sup>366</sup>. Na SORze lekarze i ratownicy zobowiązani są do ratowania życia i ustabilizowania stanu

<sup>362</sup> W.F. Baile, R. Buckam, R. Lenzi, G. Globler, E.A. Beale, A.P. Kudelka, *SPIKES — przekazywanie złych wiadomości w sześciu krokach: rozmowy z pacjentami chorymi na raka*, przeł. M. Białek, [w:] *Antologia bioetyki*, t. 5: *Prawda, poufność, autonomia — problemy informacji w etyce medycznej*, red. W. Galewicz, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2018, s. 65.

<sup>363</sup> Na podstawie — *ibidem*, s. 70-75.

<sup>364</sup> Wątek poświęcenia dla pacjenta często pojawia się w rozmowach. Jak zauważa pielęgniarka-responentka 6, ważne jest rozsądne postawienie granicy poświęcenia, zachowanie asertywności ze względu na dobro pacjenta i doglądających go medyków.

<sup>365</sup> Respondent-lekarz 2.

<sup>366</sup> Lekarka-responentka 1 (anestezjolog).

zdrowia pacjenta, aby umożliwić dalsze działania, leczenie, diagnostykę. Personel odpowiada przed prawem, środowiskiem medycznym, pacjentem. Jeżeli na SOR trafia pacjent, który stracił świadomość, personel kieruje się ogólnymi wytycznymi. Zdarza się, że w podczas późniejszej diagnostyki działania na SORze zostają ocenione jako daremne, mimo przestrzegania zasad i procedur medycznych. Kiedy może dojść do takiej sytuacji? W trakcie nagłych zdarzeń nie mamy dostępu do pełnej dokumentacji pacjenta, nie znamy dokładnie jego stanu zdrowia, nie mamy pełnej wiedzy o chorobach, alergiach, wcześniejszych zabiegach medycznych, etc. Na pozostałych oddziałach szpitala zwykle personel ma więcej czasu, aby zebrać potrzebne informacje lub żeby przeprowadzić szczegółowy wywiad. Nie chodzi jednak tylko o czas. Wiele zależy od celów, jakie wyznacza sobie zespół lekarzy prowadzący oddział i od atmosfery, w jakiej pracują — i w jakiej zapewniają sobie wsparcie.

Ratowanie za wszelką cenę wiąże się z ryzykiem, że wybrana terapia do niczego nie doprowadzi. Nie poprawia stanu pacjenta, nie leczy go, nie zapewnia mu komfortu. Wykorzystanie wszystkich możliwości dla pacjenta, który umiera, nie może nieść ze sobą ryzyka, że terapia stanie się eksperymentalna — bez świadomej zgody pacjenta.

Niekiedy walka o pacjenta jest uzasadniona — nie uporczywa, lecz będąca wyrazem wytrwałości. Odniosę się do sytuacji pacjenta objętego opieką paliatywną, który powrócił do zdrowia.<sup>367</sup> Pacjent ten był leczony przed transplantacją serca i spędził kilka miesięcy w szpitalu na specjalistycznym oddziale. Gdy stan pacjenta po transplantacji ulegał poprawie, zapytałam o to, co mu pomogło. Przede wszystkim, pomogli mu lekarze: częste rozmowy, ich zaangażowanie, uważność, podtrzymanie nadziei, wsparcie psychiczne, zaangażowanie pacjenta w decyzje dotyczące jego zdrowia. Na końcu pacjent wymienił wysokie kwalifikacje lekarzy i ich doświadczenie, profesjonalność oraz bardzo dobre warunki w szpitalu. Pacjent darzył lekarzy odwzajemnionym szacunkiem, ufał im i otwarcie wyrażał swoją wdzięczność. To jego lekarz zaproponował, abym porozmawiała z pacjentem; dobrze znał pacjenta, nie tyle opis jego przypadku i poszczególne parametry, lecz osobowość, potrzeby i oczekiwania — gdy tylko był w stanie, lekarz na nie odpowiadał. Badacz nie otrzymuje takiego kredytu zaufania od razu, stąd lekarz zaproponował mi ubranie lekarskiego fartucha, koniecznej maseczki, pouczył o zachowaniu bezpieczeństwa ze względu na stan zdrowia pacjenta. Przedstawił mnie pacjentowi, sama również się przedstawiłam, wstrzymując oddech pokazałam na chwilę całą swoją twarz, aby pacjent mógł zobaczyć, z kim rozmawia. Potem, zaznaczając, że słyszałam o jego doświadczeniach, poprosiłam pacjenta o pomoc — aby pomógł mi zrozumieć, co jest decydujące w granicznej sytuacji. O tym, że słowo

---

<sup>367</sup> Spotkanie z pacjentem — III.

„decydujące” znaczy: pozwalające zachować pacjentowi poczucie godności oraz że jego śmierć jest godna, przekonałam się w innych rozmowach z osobami umierającymi. Choć lekarski fartuch od razu nasuwa skojarzenie ze środowiskiem medycznym i wzbudza pewien respekt, jednakże pokazanie pacjentowi, że mu się ufa, jest znacznie bardziej istotne niż nacisk, aby pacjent zaufał nam. Zwłaszcza, gdy rozmowy nie są długie, ponieważ nie mogą zbyt obciążać pacjentów leżących. Inną sprawą jest, że rozmowa może okazać się jednorazowym wydarzeniem. Dla pacjenta po transplantacji kluczowe było zaangażowanie jego lekarzy, ponieważ osobę mu bliską widział jedynie dwukrotnie podczas czteromiesięcznego pobytu w szpitalu (mieszkała w innym województwie). Podczas rozmowy najwięcej radości sprawiło mu opowiedzenie o swoich wnukach, które wkrótce miał zobaczyć.

Poruszymy kwestię obecnych i nieobecnych wartości. Gdy wiążemy zagadnienie godności z opieką o charakterze medycznym, zmierzamy do uobecnienia czegoś, co jest możliwe w określonych okolicznościach — albo wcale. Nie narzuca to wyboru konkretnych wartości, lecz warto, aby nie pomijać wartości moralnych. Jeżeli chcemy wskazać właściwe praktyki moralne odnosząc się do opieki paliatywnej i terminalnej, to należy umieścić je w okolicznościach, na podstawie których wywnioskujemy, jakie wartości pomogą ochronić *odchodzącego*. Na pragnienie godnej śmierci — odpowiadają moralne umiejętności<sup>368</sup>. Godność nie jest obojętna wobec wartości moralnych, a oddzielanie jej od tych wartości sprawia, że znika, co tłumaczyłoby nierozzerwalny związek godnej śmierci z odpowiednią postawą moralną wobec *odchodzących*, jaki był oczywisty dla każdego z moich rozmówców. Każdy z nich oczekiwał, aby godność nie była tylko słowem. Czy — słowem uobecniającym? Pytamy o wartości, ponieważ nie możemy ich zatrzymać, posiadać. Możemy doświadczyć wartości, jeśli znajdziemy się w miejscu relacji z innym. Szukamy umiejętności uobecniania w sobie, ale odnosimy się do osób i wartości poza nami. Przełożenie słów na czyny to dotarcie do innego człowieka dzięki umiejętnościom, jakie kształtujemy o tyle, o ile wystawiamy się na próbę. Nie wręczamy gotowych umiejętności wraz z dokumentem potwierdzającym kompetencje moralne. Niemniej, możemy darować obecność — zachowując ciągłość między dawaniem, przyjmowaniem, uobecnianiem.

Zwykle w ośrodkach opieki długoterminowej, niekiedy w szpitalach, słyszymy, iż nie ma miejsc. Lecz — mamy wtedy na myśli wolne łóżko. Czy o takie miejsce właśnie chodzi?

---

<sup>368</sup> W oparciu o rozmowę z opiekunką-respondentką 7.

Gdy *odchodząca*, cierpiąca na chorobę Alzheimera, leżała na wieloosobowej sali jednego z ośrodków, była w ostatnim stadium choroby<sup>369</sup>. Na tej sali znajdowała się znaczna część leżących pacjentek, z powodu renowacji jednego ze skrzydeł ośrodka. Gdy stan *odchodzącej* znacznie się pogorszył, leżała w cudzej koszuli, w wysokim łóżku między świadomymi pacjentkami, gdy oglądały program telewizyjny. Wieczorem, tego samego dnia, zmarła — na tej samej sali.

Nie ma nic niespotykanego w tym, że odchodzi osoba w podeszłym wieku, w stanie zaawansowanej choroby neurodegeneracyjnej, znajdująca się w ośrodku właśnie z tego powodu, iż w miejscu zamieszkania nie mogła mieć zapewnionej wykwalifikowanej opieki. Często mówi się, że o komforcie umierającego decyduje między innymi odosobnione miejsce<sup>370</sup>, co niestety, jest sporadycznie osiągalne. *Odchodzącej* zapewniono opiekę i zadbano o jej podstawowe potrzeby, podawano jej środki uśmierzające ból. *Odchodząca* nie mogła już wyrażać bólu, lecz personel, w oparciu o doświadczenie medyczne, przewidywał, że *odchodząca* cierpi. Dotrzymano wszystkich zobowiązań, niczego nie spowalniano, jak i nie przyspieszono nadejścia śmierci. Niemniej, czegoś okazało się zbyt mało, ponieważ pacjentek wymagających uwagi i opieki, było w danej chwili, na jednej sali — zbyt wiele. Pojawienie się niedostatku było kwestią czasu. Czy był to niedostatek troski? Świadome pacjentki wiedziały, że ktoś obok nich odszedł. Z jednej strony, *odchodząca* nie była sama, co mogło mieć dla niej znaczenie, z drugiej, pacjentki znajdujące się najbliżej *odchodzącej* wiedziały, że ktoś obok nich umiera. Pacjentki znajdujące się dalej, nadal oglądały program telewizyjny. Znaczna część z nich spodziewała się, że opuści ośrodek tylko w jeden sposób; część z nich nie obawiała się śmierci, część z nich unikała poruszania tego tematu, choćby podczas swobodnych rozmów z innymi pacjentkami.

Myśląc o organizacji życia osób i pacjentów na oddziałach czy w ośrodkach nie bierze się pod uwagę, że przestrzeń nie tylko decyduje o ilości łóżek, które pomieści, ale również o stopniu tolerancji między pacjentami<sup>371</sup>. Nawet niewiele więcej miejsca może zdecydować o ludzkim komforcie, poczuciu ważności. Przywołując sytuację *odchodzącej*, z powodu jej choroby i utraty pamięci warto objąć myślą całość, całą salę, zastanowić się nad nastrojem panującym zarówno w tej sali, jak i w salach, pokojach, oddziałach wielu ośrodków<sup>372</sup>.

---

<sup>369</sup> Spotkanie z pacjentką – IV.

<sup>370</sup> Lekarka-respondentka 1.

<sup>371</sup> Lekarz-respondent 2.

<sup>372</sup> O konsekwencjach utraty pamięci na skutek chorób neurodegeneracyjnych oraz relacji odpowiedzialności i pamięci — A. Wierzbą, *On Reminding and Forgetting: Care about Moral Responses in the Case of Alzheimer's Disease*, [w:] „Studia Philosophica Wratislaviensia”, 2022, XVII, 4, s. 29-44.

*Odchodząca* nie mogła już wyrazić swoich oczekiwań. Nie mniej ważne są oczekiwania pozostałych pacjentek oraz pokazanie im, że mogą je mieć i wyrażać.

Dlaczego opieka ma tak wielkie znaczenie — także w kwestii godności? Opiekę możemy nazwać praktyką bliskości<sup>373</sup>. To osoby towarzyszące, opiekujące się, chroniące, praktykują bliskość, ponieważ to nie bliskość śmierci sprawia, że zauważamy innego człowieka. Lub, że możemy spojrzeć na niego i zobaczyć tylko „chorego”, „umierającego”. „Śmierć pozbawiająca człowieka godności. Ten sam człowiek, homo sapiens — rozumny, rozważny, estetyczny — czeka na ostateczność w ogromnym cierpieniu fizycznym”<sup>374</sup>. Czy śmierć pozbawia godności? Gest pozbawiania jest ludzki. Dla śmierci, aby była, wystarczy, że nadejdzie. Jest cały czas w drodze wobec naszych narracji. Dla godności, aby była, wystarczy, że uobecni ją ktoś, kto odda miejsce innemu — temu, który wchodzi we własną śmierć. I który sprawi, że doświadczymy utraty i że będziemy ją postrzegać jako naszą utratę. Tracimy tych, którzy są nam bliscy. Nie tracimy obcych twarzy, obcych słów, obecnych gestów. Nie mówimy o śmierci, która się dla nas nie wydarza.

Gdy pacjent uznaje, że wykonał swoje życiowe zadanie, jest mu łatwiej mówić o śmierci. Śmierć nie wywołuje już lęku, jest nieznana, lecz nie obca w pejoratywnym sensie. Niemniej, zależy to od pacjenta<sup>375</sup>. Część z nich boi się śmierci. Czy nie boimy się podobnie — życia?

„Okres starzenia się i nieuchronnej starości to pora na próbę sumowania minionego czasu, czyli retrospektywny przegląd życia. Jest to — nadchodzący z wiekiem — proces samooceny i analizy własnej przeszłości (...), a także sposób umiejscowienia osobistych doświadczeń w przebiegu całego życia”<sup>376</sup>.

Konfrontacja *odchodzącego* z samym sobą nie powinna stać się obiektem badań dla bioetyka. Wspominam o tym dlatego, ponieważ niekiedy *odchodzącym* łatwiej jest coś opowiedzieć obcej osobie, która nie dokona oceny, nie będzie przedstawiać roszczeń. Zwykle, z samotnymi pacjentami rozmawia tylko personel medyczny. Nie poznamy ani obaw, ani realnych potrzeb *odchodzących*, jeśli nie będziemy z nimi rozmawiać. Dlatego rozmowa jest

---

<sup>373</sup> M. Wysocka, J. Frydrych, A. Klimkiewicz, J. Jarosz, T. Pasierski, *Potrzeby pacjentów i ich rodzin objętych opieką hospicjum stacjonarnego w dobie pandemii COVID-19 — podobieństwa i różnice. Badanie jakościowe*, [w:] „Medycyna Paliatywna”, 2021, 13, 2, s. 77.

<sup>374</sup> S. Głuszek, *Zapis umierania. Refleksje lekarza o śmierci i umieraniu*, s. 44.

<sup>375</sup> Lekarz-respondent 2.

<sup>376</sup> A.A. Zych, *Przekraczając smugę cienia. Szkice z gerontologii i tanatologii*, s. 162.

tak ważna, obok troski i spełniania pozostałych potrzeb<sup>377</sup>. Pacjenci i *odchodzący* boją się samego lęku, splątania, bólu. Wśród najczęściej wymienianych, prócz lęku przed bólem, zwykle wyrażany jest lęk przed samotnością. Zarówno ból, jak i samotność, sprawiają, że *odchodzący* nie czują się sobą i nie zachowują się tak, jak w „zwykłych”, codziennych okolicznościach. Jeżeli nie ma przy nich nikogo, z kim będą czuli się bezpiecznie w relacji, jaką znają, reszta otaczającego świata stanie się nie tylko obca, ale i wroga. Jeśli pacjenci boleśnie odczuwają osamotnienie, kontakt z nimi również może być trudnym, bolesnym doświadczeniem.

Ani razu nie usłyszałam od swoich rozmówców, że opieka jest dla nich błahym zajęciem. Wręcz przeciwnie, mówienie o opiece i związanych z nią doświadczeniach ujawniało, jak trudnym, niekiedy ciężącym jest zobowiązaniem. Mimo to, żaden z moich rozmówców nie czuł się zniechęcony do sprawowania opieki, nie podważał jej znaczenia, nie żałował poświęconego czasu i nakładu pracy<sup>378</sup>. Opiekunowie wspominali raczej o naukach, jakie przyjęli podczas sprawowania opieki. Podkreślali także, że w sprawowaniu opieki pomocna jest rada lekarzy, komunikacja z personelem medycznym, porady innych, doświadczonych opiekunów<sup>379</sup>, dotyczące na przykład pomocy socjalnej<sup>380</sup>, finansowej. Mówiąc o wysiłkach minimalnych i maksymalnych, zauważmy, że opieka stanowi maksymalny wysiłek. Po śmierci *odchodzących*, innym, trudnym doświadczeniem, jest nie tylko żałoba, lecz także wdzięczność. Doświadczeni opiekuni są świadomi, że nie powinni niczego oczekiwać od *odchodzących*. Dlatego pod koniec rozmowy staram się jak najczęściej zadawać im następujące pytanie: czy miała Pani — lub, czy miał Pan — sposobność, aby podziękować sobie za opiekę? Zwykle odpowiedzią jest wzruszenie, czasami odpowiedź „nie”. Moje pytanie ma jeden cel — wesprzeć opiekuna w afirmacji. Nie doceniamy pracy, jaką wykonujemy. Poprawa stanu, czy miejsc, w jakich umierają *odchodzący*, to nakład pracy wielu osób. Jeśli lekarze, personel, opiekunowie wspominają w rozmowie, że chcieli uczynić dla *odchodzącego* coś jeszcze — to, co obejmuje „jeszcze” zdaje się leżeć nie po stronie doświadczenia *odchodzących*, lecz ich opiekunów. Włożenie maksymalnego wysiłku w opiekę wiąże się z wielką pokorą. Nie należy jednak zapominać o „rozjaśnianiu” i tu przychodzi z pomocą praca badacza. Dlatego wspólna refleksja nad znaczeniem opieki, troski, godności jest stałym elementem moich rozmów.

---

<sup>377</sup> Lekarz-respondent 2.

<sup>378</sup> Opiekunka-respondentka 7.

<sup>379</sup> Opiekunka-respondentka 7.

<sup>380</sup> Opiekunka-respondentka 8.

Rozważając, czym jest godność, odcięcie jej od miejsca, w jakim zostaje uobecniona lub zagubiona, jest odcięciem jej od ludzkiego doświadczenia. Także, doświadczenia wartości relacyjnych. Skupialiśmy uwagę na godności jako wartości, stopniowo docierając do dyspozycji. Nie pytamy, czy śmierć nadejdzie, lecz o to, czy będzie godna. We wszystkich rozmowach godność śmierci wiązała się z obecnością kogoś drugiego, kogoś, kto zobaczy w *odchodzącym* życie, nie tylko chorobę, śmierć. Jeśli lekarze mówią jedynie o „przypadkach”, jeśli badacze mówią tylko o „przedmiotach badań”, „badanych”, to może im umknąć, że mówienie o kimś powinno mu służyć — mowa nie daje nam prawa panowania nad kimś, kto na nas polega. Mowa, przede wszystkim, zobowiązuje.

Jeden z lekarzy wymienił potrzeby pacjentów, zaczynając od podstawowych: dostęp do powietrza, płynów, jedzenia, ciepła, możliwość wymiany płynów (czynności fizjologiczne)<sup>381</sup>. Do wyższych potrzeb zaliczył kontakt z drugą osobą, poczucie bezpieczeństwa. Nie należy poprzestawać na dostrzeganiu podstawowych potrzeb. Wyjaśniając, czym jest troszczenie się o pacjenta, podał konkretny przykład: zapewnić pacjentowi zajęcie, możliwość kontaktu z innymi. Pacjent, *odchodzący*, nie powinien spędzać swego czasu jedynie na oczekiwaniu, patrząc na ścianę przed sobą. Nie wystarczy nakarmić i przykryć pacjenta. Jeśli opiekujemy się kimś, to znaczy, że powinniśmy zadbać o wszystkie jego potrzeby, zadbać o to, jak spędza swój czas. Niekiedy wystarczy rozmowa, ponieważ jest uniwersalnym sposobem wspólnego spędzania czasu. Podczas rozmów włączamy pacjenta do codziennych spraw, z których mógł czuć się wykluczony. Poza tym, istotne jest poczucie sprawczości, przydatności pacjentów, zależne oczywiście od ich stanu i stopnia sprawności. Zdajemy sobie sprawę, jak ważną rolę odgrywają w opiece medycznej, jak i w opiece w ogóle, czynności konieczne, wskazane, praktyczne — czy czynności niepraktyczne są zatem nieistotne? Jako przykłady wymienimy: czytanie na głos<sup>382</sup>, słuchanie muzyki<sup>383</sup>, ustalenie drobnych rytuałów<sup>384</sup>, trzymanie za rękę<sup>385</sup>, zadzwonienie do kogoś bliskiego<sup>386</sup>. Jeżeli opieka ma być praktyką bliskości, to bliskość jest tu kluczowym pojęciem. Zwiększa poczucie bezpieczeństwa, gdy przejawia się

---

<sup>381</sup> Lekarz-respondent 2.

<sup>382</sup> Lekarz-respondent 2.

<sup>383</sup> Opiekunka-respondentka 6.

<sup>384</sup> Drobne, potrzebne czynności, opiekunka-respondentka 6 za przykład podaje podlewanie kwiatów. Może to być także spacer (wyjście na świeże powietrze), przegląd prasy, rozwiązywanie krzyżówek, gra w szachy. Warto zapoznać się z zainteresowaniami pacjenta.

<sup>385</sup> Trzymanie za rękę zostało wymienione przez wszystkich moich rozmówców, odniosę się jednak tylko do słów opiekunki-respondentki 6.

<sup>386</sup> Lekarka-respondentka 3. Można także pomóc w napisaniu listu.

w sferze dotyku (trzymanie za rękę, czesanie, czynności higieniczne) oraz komunikacji (szczerze, otwarte rozmowy). Ponownie wymieniamy dotyk, ponieważ personel medyczny coraz częściej zwraca uwagę, że lekarze nie dotykają swoich pacjentów<sup>387</sup> — w sensie minimalizowania kontaktu z nimi, rozmowy zastępując długotrwałą diagnostyką. Umierający pacjent wymaga od lekarzy i personelu umiejętności specjalistycznych, ukierunkowanych. Rozmowa o chorobie i jej konsekwencjach niesie ze sobą wiele trudności komunikacyjnych i interpersonalnych. Rozmowa o śmierci i przygotowaniu do niej przerasta umiejętności wielu z nich. Nie czynimy z tego zarzutu. Doceniśmy umiejętności, jakie pozwalają ochronić *odchodzących* przed niepotrzebnym cierpieniem. Utrwalmy te umiejętności w procesie edukacji, kształtując nie tylko swoje myślenie, lecz przyszłość. Bycie ku śmierci nie oznacza przyszłości bez godności, bez innego.

Zatem, co oddala od nas śmierć, jeśli nie obecność? Oddalenie jest pozorne, gdy nawet leczenie ma swoje granice. Jednakże, leczymy nie tylko z pomocą medycyny. Ratujemy życie dzięki wiedzy medycznej, natomiast to, czym jest życie w świecie przeżywanym *odchodzącego*, ratujemy dzięki obecności. Obecni przejawiamy odpowiedzialną troskę, obejmując *odchodzącego* opieką, chroniąc go przed niegodną śmiercią. Tylko przed tym możemy próbować go ochronić — nie przed samą śmiercią, lecz przed przeżyciem, jakie wyraża zdanie „godności już nie ma”.

Gdy w szpitalu tymczasowym żaden z lekarzy nie mógł przeczytać *odchodzącej* listu, jaki otrzymała od bliskiej osoby, zdano sobie sprawę z tego, jak trudne są pożegnania<sup>388</sup>. Zwłaszcza wtedy, gdy otrzymujemy nieoczekiwaną szansę, aby pożegnać kogoś, kto jeszcze przed chwilą był przy nas. Każda próba przeczytania listu kończyła się tym, że głos czytającego zamierał. Ostatecznie, list został odczytany przez pielęgniarkę. Odczytane słowa stały się częścią przeżycia każdej osoby obecnej przy *odchodzącej*, częścią doświadczenia, jakie w przyszłości pomoże ochronić innych *odchodzących*.

---

<sup>387</sup> Pielęgniarka-respondentka 5.

<sup>388</sup> Lekarka-respondentka 4.

## Refleksje końcowe. Słuchanie jako podejmowanie

„Każdemu daj śmierć jego własną, Panie.  
Daj umieranie, co wynika z życia,  
gdzie miał swą miłość, cel i biedowanie.  
Myśmy łupina tylko i listowie.  
A wielka śmierć, którą ma każdy w sobie,  
to jest ów owoc, o który zabiega

wszelki byt”.

R.M. Rilke, *Księga godzin*

Umiera się komuś lub umiera się bez nikogo, obie te możliwości niosą ze sobą wiele trudu. Doświadczenie obecności lub nieobecności kogoś drugiego, towarzyszące umieraniu, ma znaczący wpływ na postawę *odchodzących*, nie tylko wobec ich własnej śmierci, lecz także wobec życia i samych siebie. Postarajmy się dopowiedzieć, co wiąże śmierć i godność, ukazując, jak znaczenie godności opalizuje dzięki filozofii. Umieszczanie godności w danym porządku, wyznaczanie jej definicyjnych granic nie sprawi, że godność ich nie przekroczy. Nie chodzi nam o to, jak posiadamy godność, lecz o to, co dzięki niej czynimy — właśnie wtedy, gdy nie myślimy o godności, lecz o innym, *odchodzącym*. Akt refleksji jest nakierowany na innego. Godność, zwykle będąc mianem odnoszącym się do zasług, a więc daru i utraty, powinna pojawić się tam, gdzie jej brakuje oraz gdzie może być darowana. Nie stanie się przez to zasłużonym dobrem — i nie musi, gdyż nie będziemy jej posiadać. Niemniej, będziemy ponawiać staranie o obecność godności. Nie jest ona tylko mianem. Myślenie o godności nie przychodzi łatwo, ponieważ myśląc o niej, wyobrażamy sobie nie miano, lecz konkretną osobę. Skłanialiśmy się do myślenia o tym, czym jest słuchanie, nie tylko widzenie. Co nam to mówi o doświadczeniu godności?

Heidegger pisał, że „szczytowe humanistyczne określenia istoty człowieka nie zawierają jeszcze doświadczenia właściwej człowiekowi godności”<sup>389</sup>, co sugeruje potrzebę ruchu uczynienia miejsca — ruchu będącego w zasięgu naszych możliwości. Określa je temporalność, jak i terminalność. Ponieważ godność nie jest cnotą i nie może się z nią utożsamić, a musi ją wspomóc, zaakcentowaliśmy w dyspozycji czas, aby wytrwać — a wytrwać należy w cnocie, czyli roztropności, umiarkowaniu, sprawiedliwości i męstwie — w trosce o to, co zostaje nam powierzone. Wznoszenie się

<sup>389</sup> M. Heidegger, *List o „humanizmie”*, s. 92.

dzięki cnocie nie sugeruje egzystencjalnych wyżyn, a raczej ruch ku innemu, choćby zmuszał on nas do uniżenia. Wytrwanie w cnocie nie odbywa się we własnym miejscu, ponieważ to zostało oddane innemu. Wznoszenie oznacza, że przyjmujemy dar od innego — jako opiekunowie, świadkowie, badacze. Oddajemy miejsce nie po to, aby ktoś nas usłyszał, lecz po to, by słuchać innego. Pozbawieni jesteśmy — czy sens diatezy pozbawia dyspozycję — momentu zwieńczenia, apogeum. W chwili, gdy pojawia się śmierć, zostaje przerwana indywidualna narracja i indywidualne doświadczenie. Czy to kończy narrację o godnej śmierci?

Jak rozpoznajemy różnicę między słyszeniem a słuchaniem?<sup>390</sup> Nie wystarczy słyszeć; słuch bywa zawodny, podobnie jest nasze odpowiadanie, gdy rozmijamy się z innym. W słuchaniu jesteśmy jak w miejscu, gdy oddajemy je innemu, drugiemu człowiekowi. Słyszenie nie zawsze jest przytomne, obecne, refleksyjne. Nieprzytomna, bezrefleksyjna obecność oznacza, że jeszcze nie myślimy. A o myślenie pytamy, gdy chcemy, aby godność zachowała nas od utraty. Słuchanie jest oznaką obecności. O umiejętnym słuchaniu, o jakim pragniemy mówić w języku fenomenologii, możemy opowiedzieć także poprzez bycie obecnym przy kimś, gdy tego potrzebuje. Potrzeba, aby słowa znaczyły, wymaga siły, jaka stoi za poszczególnym znaczeniem dla poszczególnej osoby. Potrzeba, aby ktoś był, wymaga wytrwałości w odpowiednim czasie, w odpowiednim akcie mowy, choćby należało milczeć, opierać się tak, aby o czymś opowiadać swoją obecnością, manifestować<sup>391</sup>. Dlatego obok mowy bycia znanej w filozofii, odnosimy się do słuchania.

„Podobnie replika jako odpowiedź wypływa od razu wprost ze zrozumienia »podzielanego« już we współbyciu »o czym« mowy. Słuchać można tylko wtedy, gdy dana jest egzystencjalna możliwość mówienia i słyszenia”<sup>392</sup>.

Słowa *odchodzących*, mówiące, że godności nie ma, zwykle sugerują, że nie ma kogoś. Słowa *odchodzących*, mówiące, że godności nie ma, sugerują umieranie w doświadczeniu nieobecności drugiego człowieka. To inny jest nieobecny, ten, który może wybrać, czy nasłuchiwać, czy nie. *Odchodzący* proszą nie o śmierć, lecz o śmierć własną, darowaną, wynikającą z życia. To po stronie życia tkwią inni, słyszący. W sferze

---

<sup>390</sup> M. Heidegger, *Bycie i czas*, § 34, s. 209.

<sup>391</sup> *Ibidem*, s. 209-210.

<sup>392</sup> *Ibidem*, s. 210.

etyczności prośby o własną śmierć nie ominą tych, którzy tkwią po stronie życia. Czy słuchają?

Zarówno mówienie o wartościach, jak i o byciu ku śmierci uczy nas, że zawsze był, jest lub będzie ktoś inny, kto uobecni dla nas sferę etyczności. Dlatego nauka, jak wchodzić w relację z innym, jak mówić o świecie przeżywanym innego, jest nauką szacunku — wobec jego życia, śmierci i wartości przezeń uobecnianych, utraconych. Być może, akty są dla relacji jedynie chwilowym scaleniem, jak chwilowy jest dla bycia prześwit. Niemniej, mówienie o nich w narracji naukowej powinno służyć pogłębianiu relacji we wspólnocie wartości. Temu ma służyć interpretacja dyspozycji oraz projekt bioetyki refleksyjnej.

Dyspozycja, będąc oddaniem miejsca innemu, wiąże się z przyjęciem czegoś w zamian. Nie przyjmujemy śmierci innego, lecz pozwalamy, aby dotknęła nas, zostawiła ślad w sposobie, w jakim przeżywamy świat. Sami zrzekamy się prawa do tego, by zostawić ślad w innym świecie przeżywanym. Tak, jak istotne jest uczynienie śmierci własną — a zarazem trudne, gdy potrzebujemy w tym innych — tak uczynienie świata przeżywanego własnym, kształtowanie go, jest sprawdzaniem wytrzymałości materiału, z jakiego jesteśmy stworzeni. Zwłaszcza wtedy, gdy osłaniamy innego.

Powiedzieliśmy, że naszym badawczym zadaniem, jakie towarzyszy rozmowom, jest zachowanie w opisie tego, co umożliwiło narracjom — osobom — spotkanie. Ponówmy pytanie — czy jest to troska, szacunek, neutralność? Żeby odpowiedzieć, zatrzymajmy się przy opisie fenomenologicznym. Opis ten przybliży nam znaczenie mowy, jaką przejawiamy, nawet wtedy, gdy nie pada żadne słowo, a mimo to, obecność — wydarza się.

„Myślenie dokonuje tego, że bycie wiąże się z istotą człowieka. Nie stwarza tego związku ani go nie powoduje. Ofiaruje go byciu jako coś, co myśleniu samemu jest udzielane przez bycie. Ofiarowanie polega na tym, że bycie w myśleniu staje się mową. Mowa to domostwo bycia”<sup>393</sup>.

Nawet doceniając badania w sferze *praxis*, nawet ceniąc praktyczność w sferze moralnej, nie sposób sprowadzić znanych zasad do jednej — zasady użyteczności. Tyczy się to zarówno badań, jak i relacji, dzięki którym doświadczamy wartości relacyjnych. Mowa ma znaczenie nawet wtedy, gdy komunikacja nie jest możliwa — gdy nie potrafimy określić, czy jesteśmy użyteczni. Gdy nie potrafimy zrobić nic ponad to, co już

---

<sup>393</sup> *Ibidem*, s. 76.

uczynione. W niniejszych rozważaniach, główną wartością relacyjną jest ludzka obecność, obok troski, bliskości oraz szacunku. Starając się odpowiedzieć, dlaczego i jakie obecność ma znaczenie — opowiadaliśmy o godności. Mowa bycia, obejmując obecność, mogłaby zawrzeć doświadczenie właściwej człowiekowi godności<sup>394</sup>. Nie słowa byłyby liczące, lecz ujawniona wartość, znaczenie, jakie wymknie się wraz z *odchodzącym*. Nie jesteśmy użytkownikami mowy, tak, jak nie jesteśmy użytkownikami bycia, czy użytkownikami tego oto świata przeżywanego. Każdy szczegół tego świata, który pozwala nam zrozumieć innego, dotrzeć do niego i osłonić go przed naddanym cierpieniem, jest istotną częścią naukowego opisu. Bez zachowania naukowych standardów oraz indywidualnej wrażliwości, opisy narażone są na zbyt liczne przeoczenia po stronie obiektywności czy subiektywności. Do badań nad światem przeżywania przystępujemy, gdy pozwala na to nasza postawa, pytania ukierunkowane oraz zorientowane na relacyjne wartości, których nie możemy posiadać, zatrzymać, podobnie, jak nie posiadamy słów. Wyrażamy je lub dajemy<sup>395</sup>. Podejmujemy słowa w swoich naukowych warsztatach, służąc mowie, zatem, służąc także innym, bez względu na to, czy są *odchodzącymi*, czy nie.

Podczas naukowych rozważań, opisując sytuację, jaką obserwujemy, zadajmy pytanie o powód do bycia świadkami. Jeżeli zachowanie pamięci o innych przyjmiemy jako moralne zobowiązanie, być może jesteśmy świadkami moralnymi<sup>396</sup>. Lecz, co jeszcze możemy powiedzieć o odpowiedzialności badacza, aspirującego bioetyka, filozofa? Jak, zgodnie ze swoim powołaniem, uobecniać godność — jako badacz? Czy wystarczy praca w tekście? Czy wystarczy odpowiadanie moralne wobec spotykanych osób? Jak godziwie podtrzymywać opowiadanie o tych, dla których minimalne i maksymalne wysiłki mają sens? Nasze otwarcie na świat — gdy otwartość cechuje nas jako osoby i jako odpowiedzialnych badaczy — podlega dynamice sięgającej do światów poza nami, w ślad za obecnością innego: rozszerza się lub ogranicza<sup>397</sup>. Rozszerzenie oddaje znaczenie doświadczenia wartości relacyjnych, więc m.in. troski, bliskości, natomiast ograniczenie przyjmuje znaczenie wiązania odpowiedzialnością.

„Opowieść nie jest tym samym co opis. Zgodnie z *Poetyką* Arystotelesa dotyczy ona *mythos*, a więc akcji, działania ujętego w pewną całość. Opowieść odsłania pewien świat, który, choć

---

<sup>394</sup> W nawiązaniu do — M. Heidegger, *List o „humanizmie”*, s. 92.

<sup>395</sup> Dajemy słowo lub darujemy to, co nam przekazane. Akt przekazania służy kontynuacji charakteryzującą wspólnotę.

<sup>396</sup> A. Margalit, rozdział V: *Świadek moralny* [w:] A. Margalit, *Etyka pamięci*, s. 153-182.

<sup>397</sup> D.R. Sobota, *Przewalczyć egzystencję słowem. Z Paulem Ricoeurem o skończoności*, [w:] „Argument. Biannual Philosophical Journal”, 2017, 7, 2, s. 347.

niekiedy może być skrajnie odmienny od świata słuchacza czy czytelnika, ostatecznie stanowi ten sam wspólny świat codziennego życia (*Lebenswelt*). Odkrywając ten świat, odkrywam jednocześnie samego siebie, własne możliwości”<sup>398</sup>.

Jakie byłyby nasze możliwości, gdyby nie obecność innego? Czym byłyby nasze dary, gdyby nie były narażone na niedostatki lub nie ulegały zmianom, a na końcu — nie były utracone?

Zanim przyjdzie dobrze umrzeć, chcemy pytać o sztukę obecności, pokazać, na drodze myślenia i poprzez dyscyplinę filozoficzną, rolę refleksyjnego projektu. *Ars praesentia* nie neguje sztuki dobrego umierania, lecz pomaga dotrzeć do źródeł ich związania. „»Podwójny sens« terminu »cura« oznacza jedno podstawowe ukonstytuowanie w jego istotowo dwoistej strukturze rzuconego projektu”<sup>399</sup>. W trosce, gdy jest odpowiedzialna, nie poddajemy się sile rzucenia w byciu ku śmierci, lecz oddajemy miejsce — będąc ku innemu. Refleksyjność wymaga od nas poruszania się w miejscach tworzonych przez nasze akty, naszą obecność.

---

<sup>398</sup> *Ibidem*, s. 350-351.

<sup>399</sup> Ponownie — M. Heidegger, *Bycie i czas*, § 42, s. 254.

## Zakończenie

Rozważania w niniejszej rozprawie nie wynikają jedynie z zainteresowania bioetyką. Prezentując swoje badania, dołożyłam starań, aby to, co jest dla bioetyki najistotniejsze, stopniowo ujawniało się poprzez poruszane problemy, wysuwane argumenty, głosy zaangażowanych osób, teksty poszczególnych autorów. Rozważałam problemy bioetyczne, starając się je zrozumieć i odnieść ich rozwiązania do sfery praktyki. Ma to znaczenie nie tyle dla moich zainteresowań, co dla osób, dla których to zainteresowanie nie wystarczy, jeżeli nie będzie się wiązało z właściwą postawą badawczą czy wprost, z obecnością. Z tego powodu, jako badacz znalazłam się na szpitalnych oddziałach i zobaczyłam, z czym mierzą się osoby zaangażowane w opiekę paliatywną oraz terminalną. Dostrzeżone w praktyce odpowiedzialne postawy moralne — w przestrzeni relacji z innym, *odchodzącym*, zainicjowały zarówno moje badania, jak i opisy obserwowanych zjawisk.

Projekt bioetyki refleksyjnej, choć trzeba przywyknąć do częstego podkreślenia roli refleksji w postawie badawczej, odnosi się do bioetyki kształtowanej nie tylko w akademickim dyskursie, lecz w środowisku chorujących, umierających i odchodzących osób. Dlatego w rozprawie odnoszę się do słów *odchodzących* i piszę o stawianych (sobie) wymaganiach — z miejsca filozofującej osoby. Akcentowanie znaczenia refleksji, gdy dynamiczny rozwój metod nierefleksyjnych zdaje się obejmować nauki w coraz większym stopniu, wynika z troski o równoważenie postaw, jakie decydują o doborze metodologii oraz wyznaczeniu szeroko pojmowanych celów naukowych. Filozofia nie musi konkurować z naukami. Powinna natomiast dostarczać alternatywnych metod, koncepcji i sposobów kształtowania tych postaw tam, gdzie jest to konieczne lub godne rozważenia przez badaczy. Ponieważ mój projekt mieści się w ujęciu filozofii oraz etyki praktycznej<sup>400</sup>, musi wiązać się z ponowieniem ruchu, jaki zbliży nas do konkretnego świata przeżywanego. To jemu podporządkowane są badania. Scalając narracje wielu światów przeżywanych, refleksja umożliwia ich translację, a translacja ta obejmuje zarówno rodzimy język, jak i mowę bycia. Nie proponuję dla bioetyki refleksyjnej ruchu odwrotnego, czyli oczekiwania, że praktyka — odpowie teoretycznemu modelowi.

---

<sup>400</sup> Projekt nie sytuuje się po stronie etyki „aplikowalnej”. Przyjmując, że każda etyka, niezależnie od swej nazwy, odwołuje się do jednego miana, to istotnym pozostaje ruch, powtórzony przez badacza — i powód, dla którego projekty z zakresu etyk szczegółowych, praktycznych, tworzone są wbrew dominującym modelom, jakie uznajemy za niewystarczające.

W rozprawie skoncentrowałam się nie na godności nadanej, lecz na godności przejawiającej się w działaniu, dokładnie w momencie zetknięcia się z tym, co nieuchronne, gdy jesteśmy obecni przy osobie umierającej. Stąd to, co niezasłużone, a co niezmiennie i nieodwołalnie jest rdzeniem godności, będzie nam towarzyszyć oraz wyznaczać kierunek działania w obliczu śmierci, która nie jest tak odległa, jak niekiedy się zdaje. Nie neguję stanowiska, iż godność jest bliska cnocie, lub że jest wartością, i to na tyle istotną, aby poświęcać jej kolejne teksty, traktaty i dokumenty prawne. Niemniej, zajmuje mnie podejmowanie godności w narracji, narracji jednak nie sprowadzanej do opowiadania, wypowiedzi lub tekstu, a nadającej niepowtarzalny ton podjętym działaniom — godnemu odpowiadaniu wobec umierającej osoby.

W pierwszych częściach rozprawy prezentowałam studium godności na tle aktualnych badań mogących przysłużyć się w bioetyce. Tym samym, zrealizowałam podstawowe cele badawcze. Skupiłam swoją uwagę na tych koncepcjach godności, które pozwalają godność interpretować — a nie jedynie nadawać lub tylko tracić. Dlatego prześledziłam, w jaki sposób godność była i jest przedstawiana jako własność, wartość czy towarzysząca cnót. Rozpatrywanie tego, co godziwe, wymaga punktów odniesienia. Te ostatnie należy przenieść z teorii do praktyki. Godność osoby i godne czyny są istotne w teorii etycznej, niemniej, staram się odpowiedzieć na pytanie, co wydarza się w przestrzeni relacji z innym, drugim człowiekiem, w przestrzeni, jaką te miana determinują. Myślenie w obrębie aksjologii, w pytaniu o *ἀξία*, umiejscowiłoby godność wśród wartości, lecz nie jako jedną z nich. Godność jest gestem uobecniania wartości, a miejscem uobecnienia jest relacja. Dla *odchodzącego*, ostatnie uobecnienia, odpowiedzi moralne, są znaczące — godne lub chybione. Myślę, że najistotniejszy w dyspozycji jest ruch ustąpienia miejsca innemu i wytrwanie w jego ochronie. Interpretowanie godności jako dyspozycji, która jest przejawem niedoskonałej kondycji moralnej, wynika z fenomenologicznego rysu opisywanego projektu bioetyki refleksyjnej. Opis, wywodząc się od otwartych pytań, nie sądów, ma zapewnić oparcie, jakie w przyszłości możemy zaoferować innym.

W dalszej części rozprawy, stopniowo wprowadzając dyspozycję w sferę praktyki, analizowałam problemy, jakie napotykamy w opiece paliatywnej oraz terminalnej. Dyspozycja, przeciwstawiona daremności i uporczywości, pozwala uniknąć nawarstwienia się niedostatków, powstania braków, jakich nie wypełnimy, jeśli przeoczymy potrzeby *odchodzących*. Nieobecna godność oznacza, że nieobecna jest osoba, która przyczyniłaby się do osłonięcia *odchodzącego* przed naddanym bólem.

Nieobecność, jak wskazywałam, wiąże się z nieobecnością nie tyle miana, co osób, jakie wsparłyby innych w ostatnim, a nawet ostatecznym wysiłku. Proponuję wsparcie filozofa, bioetyka — bez podważania autorytetu medycznego czy badawczego.

W końcowej części rozprawy, interpretacja godności służy umiejscowieniu projektu bioetyki refleksyjnej — w sferze opieki paliatywnej i terminalnej. W bioetyce refleksyjnej centralne miejsce zajmuje inny, *odchodzący*. Elementy i postulaty projektu służą myśleniu, o odpowiedzialnej trosce — podzielanej, wspólnej. Odpowiedzialna troska nie jest walorem nadanym, nakazanym, lecz współtworzonym dzięki opiece i współdzielonej myśli o przyszłości. Bioetyka refleksyjna łączy elementy pracy teoretycznej i praktycznej oraz czerpie z fenomenologicznego opisu indywidualnego świata przeżywanego. Pominięcie roli refleksji oraz przeżycia wykluczyłoby rozumienie relacji jako miejsca doświadczenia wartości relacyjnych. W projekcie, prócz interpretacji godności, istotną pozycję zajmuje koncepcja odpowiedzialnej troski, wymaganej na wszystkich etapach badań i w relacjach z osobami zaangażowanymi w opiekę oraz z samymi *odchodzącymi*. Pojawia się także postulat wrażliwości badawczej, upoważniającej do budowania interdyscyplinarnego dialogu o godnym życiu i godnej śmierci — dialogu w sferze relacji oraz w sferze nauki i edukacji. Współtworzenie z osobą umierającą narracji o tym, co godne, jest ważne nie tylko dlatego, że każdy człowiek umrze. Uczestnictwo w narracji, dialogu jest ważne, ponieważ każdy może oczekiwać własnej śmierci — która nie unieważni własnego życia — i która zostanie usytuowana wśród innych narracji, gdy udzielamy sobie schronienia<sup>401</sup>. Dystynkcja między nieważnością i ważnością jest pomocnym narzędziem, podobnie, jak metoda dysonansu — gdy zależy nam na wskazaniu właściwych postaw, jakie możemy przyjąć i kształtować w opiece o charakterze medycznym. Nie robimy tego samodzielnie, lecz we współpracy z innymi. Z tego powodu w rozprawie odnoszę się do rozmów z lekarzami, personelem medycznym, opiekunami oraz do spotkań z *odchodzącymi*.

Rozprawa prezentuje projekt, lecz, czy jego cele są osiągalne? Czy osiągalna jest poprawa, jaka miałaby objąć umierające osoby? Tak, ponieważ mamy wiele powodów, aby afirmująco odnosić się do pracy lekarzy, personelu medycznego, opiekunów oraz badaczy. Przed każdym z nich stoją inne zadania, dlatego każdy potrzebuje innego wsparcia, aby otoczyć odpowiednią opieką *odchodzących* i osłonić ich, gdy zajdzie taka

---

<sup>401</sup> Gdzie znajduje się to schronienie, jeśli pomijamy mowę bycia, a co za tym idzie, relację oraz wartości relacyjne takie, jak obecność?

konieczność. Staralam się zebrać pytania, wskazówki i wnioski, jakie mogą pomóc w utrwaleniu tego, co już się powiodło.

Nie sposób powtórzyć czynu dedykowanego *odchodzącemu* w jego indywidualnych okolicznościach. Słuszne postępowanie wobec niego, gdy umiera raz, nie przewiduje jednego, obiektywnego wzorca moralnego. Przyjmuję, że odpowiedź jest godna, gdy miarą jej najwyższej próby jest niepowtarzalność, odpowiedzialna troska, przy zachowaniu warunku ochrony *odchodzącego*. Wysokość ta nie jest stopniowana; albo próba jest najwyższa, albo nie ma jej wcale i czyn nie zasługuje na miano godnego.

Nie chodzi o to, aby wskazać na konkretne czyny, ponieważ te powinny być podejmowane za każdym razem od nowa, dostosowując własne predyspozycje do okoliczności. Teoria wesprze nas wskazaniem, uniwersalnym szkicem praktyk moralnych, lecz nie ich pełnym opisem. Z oczywistych względów teoria oraz praktyka różnią się od siebie, niemniej, dla właściwej równowagi naukowej, medycznej, bioetycznej, obie są konieczne. Oczywistej godności ludzkiej nie sposób odebrać, natomiast można odebrać godną śmierć. Obecność przy pacjencie pozwala go uchronić przed tym, co stanowi naddatek, niepotrzebny nadmiar doprowadzający do jego krzywdy. Aby dostrzec to, co daremne, potrzebny jest głos lekarza oraz jego pacjenta. Aby uporczywość okazała się wytrwałością, pozytywnie rozumianą i przyjętą przez *odchodzącego*, potrzebna jest dzielność towarzyszącej mu osoby. Wytrwanie w dzielności, cnocie, oddaniu.

Myśl o tym, że godność jest odpowiedzią na utratę — gdy nie neguje utraty lub przedwcześnie jej nie podejmuje — jest obecna od początku niniejszej rozprawy. Będziemy odchodzić; staniemy się *odchodzącymi* niezależnie o tego, czy ktoś będzie świadkiem naszych prób uczynienia śmierci własną, czy będziemy objęci opieką medyczną, czy ktoś usłyszy naszą prośbę o obecność lub nieobecność. Niniejsze rozważania mają pomóc w zrozumieniu, jak ważna jest umiejętność słuchania i odpowiadania w obliczu tego, kogo słuchamy, za kogo jesteśmy odpowiedzialni oraz o kim myślimy, gdy dedykujemy mu swoją pracę.

## Summary

### **Dignity as a disposition. Reflective bioethics in palliative and terminal care**

The research aim of the dissertation is to study existing concepts of dignity, so that a bioethical project can have a positive impact on the situation of the people involved in palliative and terminal care. To prepare the ground for my project of reflective bioethics, in the beginning I examine historically and philosophically the concept of dignity.

The emphasis on the importance of reflection, when the dynamic development of non-reflective methods seems to be embracing sciences to a large extent, arise from a concern to balance the attitudes that determine the choice of methodology and the setting of broad scientific goals.

The first chapter includes consideration, based on the historical evidence, how dignity has been understood. Highlighting the differences between the understanding of dignity as possession, value, and virtue (to be precise: something close to virtue) belong to the main aims of the dissertation. The central research thesis of the dissertation is to develop the notion of dignity into its interpretation as a disposition. As an impermanent disposition, dignity is a state of perseverance when we give place to another. Also, this disposition opposes to futility and persistence (understood as a negative phenomena in medical care) in the moral response to loss and deficiency.

In the second and third chapter, additional tasks to realize the thesis are presented: to develop research tools on the basis of the distinction between significance and insignificance; to propose a method of dissonance, to identify appropriate, needed moral attitudes and practices in medical care. I provide an overview of the current state of bioethical research, trying to contribute to the interdisciplinary field my own project of reflective bioethics. It is presented in details in the third chapter.

Responsible care and reflection are meant to support us in translating between the languages of individual Life-worlds. So in the fourth chapter, by pointing out the importance of a philosophical narrative, I refer to the meetings and conversations with doctors, medical personnel, carers and to the encounters with *the leaving ones*. These conversations verify much in relation to the expectations we have of medical care, bioethics, individual attitudes or death itself. The philosophical narrative accurately captures the issue of dignity and brings together a number of elements: it undertakes questions which are asked repeatedly and tries not to overlook any of them; describes subjective and objective moments, while at the same time not binding itself to their evaluation; in the analysis, it refers to the many layers of the problem.

I do not collect research material, but participate in meetings and conversations to enable collaboration, coexistence. This is not a new phenomenon, but it is indicative of a different scientific standard, forming alternative to prevailing methodologies and attitudes. These conversations are not

called research material, in line with the intention to distance the notion of a person from that of an anonymous object, material, statistic, case. I analyse the scientific project, scientific attitudes, but not the interlocutor. The philosophical narrative does not allow the analyses to be reduced to case summaries and misguided descriptions of research material. Thus in the philosophical narrative, in describing the conversations, I avoid the repetition of loss, from the beginning not easy to accept for the dying person.

The project of reflective bioethics includes a demand for research sensitivity, empowering us to build an interdisciplinary dialogue about dignified life and dignified death — a dialogue in the realm of relationships and in the realm of science and education. It is essential to contribute with the dying person a narrative about what is dignified. Reflective bioethics, as it is necessary to situate this project in the right field, in medical environment, in individual situation of the dying person, draws on a phenomenological description of the concrete Life-world. Omitting the role of reflection and lived experience would preclude an understanding of relationships as a place for experiencing relational values.

The idea that dignity is a response to loss — when dignity does not negate loss or prematurely undertake it — has been present since the beginning of this dissertation. We will leave this world; we will become *the leaving ones* regardless of whether we receive medical care, whether anyone hears our humble request to be present or absent, whether anyone witnesses our attempts to make death — our own. These reflections are intended to help us understand the significance of being able to listen and to respond in the face of who we are listening to, who we are responsible for and who we are thinking of when we dedicate our work to them. The research on dignity is intended to encourage other researchers to ask questions about the aims of the sciences, of the projects, as well as the importance of attitudes and narratives in shaping the world we not only describe but also live through, experience.

## Podziękowania

Dziękuję wszystkim, których mogę skryć pod mianem rozmówców, respondentów, *odchodzących* — za obecność.

Dziękuję osobom, które mam zaszczyt wymienić w rozprawie z imienia i nazwiska — za pomoc w słuchaniu własnej narracji.

## Literatura

Anna Alichniewicz, *Tanatologia filozoficzna jako podstawa tanatologii lekarskiej. „Twoja śmierć” i „bycie-ku-śmierci” a sztuka dobrego umierania*, [w:] *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa–Łódź 1996, s. 126-166

Roberto Andorno, *The dual role of human dignity in bioethics*, [w:] „*Medicine, Health Care and Philosophy*”, 2013, 16, s. 967-973

Joanna Andrusiewicz, Paweł Łuków, Joanna Różyńska, Jan Piasecki, *Baza krótkich kazusów wraz z opracowaniem do wykorzystania na zajęciach bioetyki*, [w:] *Edukacja bioetyczna na uczelniach medycznych*, red. P. Łuków, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2022, s. 295-296

Jean Améry, *Podnieść na siebie rękę. Dyskurs o dobrowolnej śmierci*, przeł. B. Baran, Wydawnictwo Aletheia, Warszawa 2018

Hannah Arendt, *Kondycja ludzka*, przeł. A. Łagodźka, Fundacja Aletheia, Warszawa 2000

Hannah Arendt, *Myślenie*, przeł. H. Buczyńska-Garewicz, Wydawnictwo Czytelnik, Warszawa 2002

Arystoteles, *Etyka Nikomachejska*, przeł. D. Gromska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012

Arystoteles, *Etyka wielka. Etyka eudemejska*, przeł. W. Wróblewski, Biblioteka Klasyków Filozofii, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1977

Marek Aureliusz, *Rozmyślenia*, przeł. M. Reiter, Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997

Marek Aureliusz, *Rozmyślenia (do siebie samego)*, przeł. K. Łapiński, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2011

David M. Adams, *Are Hospital Ethicists Experts? Taking Ethical Expertise Seriously*, [w:] J.C. Watson, L.K. Guidry–Grimes red., *Moral Expertise. New Essays from Theoretical and Clinical Bioethics*, Cham 2018 („*Philosophy and Medicine*”, 129), s. 207–225

Walter F. Baile, Robert Buckam, Renato Lenzi, Gary Gliber, Estela A. Beale, Andrzej P. Kudelka, *SPIKES — przekazywanie złych wiadomości w sześciu krokach: rozmowy z pacjentami chorymi na raka*, przeł. M. Białek, [w:] *Antologia bioetyki*, t. 5: *Prawda, poufność, autonomia — problemy informacji w etyce medycznej*, red. W. Galewicz, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2018, s. 65-81

Margaret P. Battin, *Najmniej zła śmierć*, przeł. J. Malczewski, [w:] *Antologia bioetyki*, t. I: *Wokół śmierci i umierania*, red. W. Galewicz, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2009, s. 129-138

Tom L. Beauchamp, James F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, przeł. W. Jacórzynski, Wydawnictwo Książka i Wiedza, Warszawa 1996

Tom L. Beauchamp, James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York 2013

Nancy Berlinger, Bruce Jennings, Susan M. Wolf, *The Hastings Center Guidelines for Decisions on Life-Sustaining Treatment and Care Near the End of Life*, The Hastings Center, Oxford University Press, New York 2013

Tadeusz Biesaga, *Autonomia a godność osoby*, [w:] red. G. Hołub, P. Duchlinski, T. Biesaga, *Od autonomii osoby do autonomii pacjenta*, Wydawnictwo Św. Stanisława, Kraków 2013, s. 169-183

Maurice Blanchot, *Wyrok śmierci*, przeł. A. Wasilewska, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2021

Boecjusz, *O pocieszeniu jakie daje filozofia*, przeł. W. Olszewski, Biblioteka Klasyków Filozofii, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1962

Josif Brodski, *Mniej niż ktoś*, przeł. K. Tarnowska, A. Konarek, [w:] J. Brodski, *Mniej niż ktoś*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2006, s. 5-32

Josif Brodski, *W hołdzie Markowi Aureliuszowi*, przeł. M. Kłobukowski, [w:] J. Brodski, *Pochwała nudy*, przeł. A. Kołyszko, M. Kłobukowski, oprac. S. Barańczak, Wydawnictwo Znak, Kraków 2016, s. 198-226

Tadeusz Brzeziński, *Etyka lekarska*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002

Elias Canetti, *Księga przeciwko śmierci*, przeł. M. Przybyłowska, posłowie P. von Matt, Seria Meridian, Wydawnictwo Pogranicze, Sejny 2019

Roberto Calasso, *Literatura i bogowie*, przeł. S. Kasprzysiak, Wydawnictwo Czuły Barbarzyńca, Warszawa 2011

Roberto Calasso, *Nienazwana terażniejszość*, przeł. J. Ugniewska, Biblioteka Mnemosyne, red. P. Kłoczowski, Fundacja Terytoria Książki, Gdańsk 2019

Roberto Calasso, *The Celestial Hunter*, przeł. R. Dixon, Penguin Books Limited, Allen Lane, London 2020

Jean-Louis Chretien, *Nagi głos. Fenomenologia obietnicy*, przeł. P. Mrówczyński, [w:] *Fenomenologia francuska. Rozpoznania / interpretacje / rozwinięcia*, red. J. Migasiński, I. Lorenc, Biblioteka Towarzystwa Fenomenologicznego, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2006

Jean-Louis Chrétien, *La Voix Nue. Phénoménologie de la promesse*, Les Editions de Minuit, Paris 1990

J.-L. Chretien, *The Unforgettable and the Unhoped For*, przeł. J. Bloechl, Forham University Press, New York 2002

Chyrowicz Barbara, *Metodologia bioetyki*, [w:] „Diametros” 2014, 42, s. 1-28

Aleksandra Ciałkowska-Rysz, Tomasz Dzierżanowski, *Medycyna paliatywna*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2019:

- Tomasz Dzierżanowski, *Bioetyczne aspekty opieki paliatywnej (2.1-2.2)*, s. 20-27
- Tomasz Dzierżanowski, Jacek Łuczak, *Komunikacja z pacjentem i jego rodziną (6.1-6.4)*, s. 44-49
- Mikołaj Majkowicz, Tomasz Dzierżanowski, *Ocena jakości życia w medycynie paliatywnej (7.1-7.2)*, s. 50-54
- M. Samardakiewicz, *Psychiczne aspekty opieki paliatywnej (2.1-2.10)*, s. 451-468
- K. Wieczorowska-Tobis, *Odrębności w opiece nad osobami starszymi (8-8.5)*, s. 55-61

Marcus Tullius Cicero, *O naturze bogów*, [w:] Ciceron, *Pisma filozoficzne*, t. I, przeł. W. Kornatowski, Biblioteka Klasyków Filozofii, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1960, s. 7-223

Jan Czerkawski, *Renesansowe koncepcje godności człowieka*, [w:] „Roczniki Filozoficzne”, 1987, 35, 1, s. 251-281

Rachel Davies, Jonathan Ives, Michael Dunn, *A systematic review of empirical bioethics methodologies*, [w:] „BMC Medical Ethics”, 2015, 6, 15 —  
<https://bmcmethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-015-0010-3>  
(dostęp: 15.02.2023)

Jasques Derrida, *Darować śmierć. Komu darować (Wiedzieć, by Nie Wiedzieć)*, przeł. K. Liszka, M. Pawlikowska, [w:] *Czytanie Derridy*, red. B. Małczyński, R. Włodarczyk, Wydawnictwo Chiasm, Wrocław 2005, s. 71-88

Mikołaj Dłuski, *Mowa o wzniosłości i wspaniałości natury ludzkiej*, przeł. Z. Brzostowska, [w:] *700 Lat Myśli Polskiej. Filozofia i myśl społeczna XVI wieku*, oprac. L. Szczucki, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1978, s. 434-443

Juliusz Domański, *Tekst jako uobecnienie. Szkic z dziejów myśli o piśmie i książce*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1992

Paul R. Duberstein, Richard L. Kravitz, Joshua J. Fenton, Guibo Xing, Daniel J. Tancredi, Michael Hoerger, Supriya G. Mohile, Sally A. Norton, Holly G. Prigerson, Ronald M. Epstein, *Physician and Patient Characteristics Associated With More Intensive End-of-Life Care*, [w:] „Journal of Pain and Symptom Management”, 2019, 58, 2, s. 208-216

Brian D. Earp, Joanna Demaree-Cotton, Michael Dunn, Vilius Dranseika, *Experimental Philosophical Bioethics*, [w:] „AJOB Empirical Bioethics”, 2020, 1 (11), s. 1-7

Henryk Elzenberg, *Wartość i powinność*, [w:] *O wartościach, normach i problemach moralnych. Wybór tekstów dla nauczycieli i uczniów szkół średnich*, oprac. M. Środa, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994, s. 202-231

Lester Embree, *Analiza refleksyjna. Wprowadzenie do badań fenomenologicznych*, przeł. A. Łagodzka, Biblioteka Towarzystwa Fenomenologicznego, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2006

Victor E. Frankl, *Wola sensu. Założenia i zastosowanie logoterapii*, przeł. A. Wolnicka, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2018

Włodzimierz Galewicz red., *Antologia bioetyki*, t. 5: *Prawda, poufność, autonomia — problemy informacji w etyce medycznej*, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2018

Włodzimierz Galewicz red., *Antologia bioetyki*, t. 4: *Sprawiedliwość w medycynie. Część 1. Wokół prawa do opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2015

Janina Gajda-Krynica, *Gdy rozpadły się ściany świata. Teorie wartości w filozofii hellenistycznej*, Acta Universitatis Wratislaviensis — Filozofia XXIV, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1995

Bernard Gert, Charles M. Culver, K. Danner Clouser, *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*, przeł. M. Chojnacki, Seria Linie życia — red. Z. Szawarski, Wydawnictwo Słowo / Obraz Terytoria, Gdańsk 2009

Stanisław Głuszek, *Zapis umierania. Refleksje lekarza o śmierci i umieraniu*, Wydawnictwo Pirmavera, Warszawa 2012

Jadwiga Guerro van der Meijden, *Człowiek jako mały świat: Grzegorz z Nyssy, Filon z Aleksandrii, Nemejusz z Emezy, Edyta Stein. Czy mikrokosmiczność uchybia godności człowieka?*, [w:] *Edyta Stein. Godność człowieka*, red. J. Machnacz, Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu, Wrocław 2016, s. 13-30

Pierre Hadot, *The Inner Citadel. The Meditations of Marcus Aurelius*, przeł. M. Chase, Harvard University Press, London 1998

Pierre Hadot, *Twierdza wewnętrzna. Wprowadzenie do „Rozmyślań” Marka Aureliusza*, przeł. P. Domański, Wydawnictwo Antyk, Kęty 2004

R.J. Hankinson, Matyáš Havrda red., *Galen's Epistemology. Experience, Reason, and Method in Ancient Medicine*, Cambridge University Press 2022

John Harris, *Filozoficzny argument przeciwko filozoficznemu argumentowi przeciwko eutanazji*, przeł. A. Tomaszewska, [w:] *Antologia bioetyki*, t. I: *Wokół śmierci i umierania*, red. W. Galewicz, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2009, s. 199-210

Bernhard Häring, *W służbie człowieka: Teologia moralna a etyczne problemy medycyny*, przeł. M. Oziembłowski, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1975

Peter Hebblethwaite, *Czy istnieje teologia śmierci?*, [w:] *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, oprac. H. Bortnowska, Wydawnictwo Znak, Kraków 1980, s. 303-319

Hippocrates, *Hippocratic Writings*, przeł. F. Adams, [w:] *Hippocratic Writings. On the Natural Faculties by Galen*, przeł. F. Adams, A.J. Brock, Encyclopaedia Britannica, W. Benton, The University of Chicago 1952

Hippocrates, *On Ancient Medicine*, przeł. i oprac. M.J. Schiefsky, „Studies in Ancient Medicine” vol. 28, Brill, Leiden – Boston 2005

Martin Heidegger, *Bycie i czas*, przeł. B. Baran, Biblioteka Współczesnych Filozofów, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013

Martin Heidegger, *Budować, mieszkać, myśleć*, oprac. K. Michalski, Wydawnictwo Czytelnik, Warszawa 1977:

— M. Heidegger, *Budować, mieszkać, myśleć*, przeł. K. Michalski, s. 316-334

— M. Heidegger, *List o „humanizmie”*, przeł. J. Tischner, s. 76-127

— M. Heidegger, *Cóż po poecie?*, przeł. K. Wolicki, s. 168-223

Martin Heidegger, *Koniec filozofii i zadanie myślenia*, przeł. K. Michalski, [w:] M. Heidegger, *Ku rzeczy myślenia*, przeł. K. Michalski, J. Mizera, C. Wodziński, Fundacja Aletheia, Warszawa 1999

Marie de Hennezel, *Śmierć z bliska*, przeł. A. i J. Brzozowscy, Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, Kraków 1998

Dietrich von Hildebrand, *Etyka* [w:] Nicolai Hartmann. Dietrich von Hildebrand. Wypisy z „Etyki”, red. M. Grabowski, Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 1999, s. 104-136

Grzegorz Hołub, *Godność człowieka a biotechnologia*, [w:] red. G. Hołub, P. Duchliński, *Ku rozumieniu godności człowieka*, Studia z bioetyki 4, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2008, s. 299-320

Michael P.J. Van den Hout, *A commentary on the letters of M. Cornelius Fronto*, Mnemosyne: Bibliotheca Classica Batava, Brill, Leiden 1999

Edmund Husserl, *Idea fenomenologii. Pięć wykładów*, przeł. J. Sidorek, Biblioteka Klasyków Filozofii, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1990

Edmund Husserl, *Idee czystej fenomenologii i fenomenologicznej filozofii*, t. I, przeł. D. Gierulanka, Biblioteka Klasyków Filozofii, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1967

Edmund Husserl, *Medytacje Kartezjańskie*, przeł. A. Wajs, wyd. I z dodaniem uwag krytycznych R. Ingardena, Biblioteka Klasyków Filozofii, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1982

Innocenty III, *De contemptu mundi sive de miseria conditionis humanae libri tres / O wzgardzeniu światem albo o nędzy ludzkiego losu, w trzech księgach*, przeł. M. Karas, [w:] *Homo viator: teksty i studia nad antropologią filozoficzną w średniowieczu*, Księgarnia Akademicka, Kraków 2009, s. 17-71

Jan ze Trzciany, *O naturze i godności człowieka*, przeł. Z. Brzostowska, [w:] *700 Lat Myśli Polskiej. Filozofia i myśl społeczna XVI wieku*, oprac. L. Szczucki, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1978, s. 422-433

John of Salisbury, *The Metalogicon. A Twelfth-Century Defense of the Verbal and Logical Arts of the Trivium*, przeł. D.D. McGarry, P. Smith, Gloucester 1971

Jonathan Ives, *A Method of Reflexive Balancing in a Pragmatic, Interdisciplinary and Reflexive Bioethics*, [w:] „Bioethics”, Wiley, 2014, 28 (6), s. 302-312

Jonathan Ives, Michael Dunn, Alan Cribb, *Empirical Bioethics. Theoretical and Practical Perspectives*, Cambridge University Press 2017:

— Alan Cribb, John Owens, *Embracing Diversity in Empirical Bioethics*, s. 103-122

— Elleke Landeweer, Bert Molewijk, Guy Widdershoven, *Moral Improvement through Interactive Research: A Practice Example of Dialogical Empirical Bioethics*, s. 139-158

Justyna Janiszewska, Leszek Pawłowski, Monika Lichodziejewska–Niemierko, *Obraz pacjenta w terminalnej fazie choroby w świadomości osób zdrowych*, [w:] „Medycyna Paliatywna w Praktyce”, 2011, 5, s. 6-15

Karl Jaspers, *Sytuacje graniczne*, przeł. M. Skwieciński, [w:] R. Rudziński, *Jaspers*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1978, s. 186-242

Immanuel Kant, *Krytyka praktycznego rozumu*, przeł. J. Gałęcki, Biblioteka Klasyków Filozofii, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004

David Kessler, *Śmierć jest częścią życia. O prawo do godnego umierania*, przeł. E. Czerwińska, Wydawnictwo Świat Książki, Warszawa 1999

Paweł Korobczak, *Skryty wymiar etyczności w myśli Martina Heideggera*, Wydawnictwo Arboretum, Wrocław 2018

Maria Kostyszak, *Dziejowość egzystencji w kole pytań o sens bycia*, [w:] *Arcydziela literatury niemieckojęzycznej. Szkice, komentarze, interpretacje*, red. E. Białek, G. Kowal, t. I, Oficyna Wydawnicza Atut – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2011

Andrzej Kübler, Jacek Siewierz, *Terapia daremna. Dla lekarzy i prawników*, Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2015

Andrzej Kübler, Jacek Siewiera, Grażyna Durek, Krzysztof Kusza, Mariusz Piechota, Zbigniew Szkulmowski, *Wytoczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, [w:] „Anestezjologia Intensywna Terapia”, 2014, 46 (4), s. 229-234

Elizabeth Kübler–Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, przeł. I. Doleżał-Nowicka, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1979

Dorota Kuncewicz, Wojciech Kruszewski, *Z szacunku do... Z doświadczeń badań transdyscyplinarnych*, [w:] „Roczniki Humanistyczne”, 2017, 65, 1, s. 169-185

Diogenes Laertios, *Żywoty i poglądy słynnych filozofów*, przeł. I. Krońska, K. Leśniak, W. Olszewski, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1984

Jackie Leach Scully, Laurel Baldwin–Ragaven, Petya Fitzpatrick, *Feminist Bioethics: At the Centre, On the Margins*, Johns Hopkins University Press, Baltimore 2010

Karl-Heinz Leven, *Ethics and Deontology*, [w:] *The Cambridge Companion to Hippocrates*, red. P.E. Pormann, Cambridge University Press 2018, s. 152-179

Emmanuel Lévinas, *Całość i nieskończoność. Esej o zewnętrzności*, przeł. M. Kowalska, Biblioteka Współczesnych Filozofów, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2014

Emmanuel Lévinas, *Czas i to, co inne*, przeł. J. Migasiński, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999

Emmanuel Lévinas, *Inaczej niż być lub ponad istotą*, przeł. P. Mrówczyński, Fundacja Aletheia, Warszawa 2000

Hilde Lindemann, *Damaged Identities: Narrative Repair*, Ithaca, Cornell University Press, New York 2001

Andrzej Lorczyk, *Inspiracje aksjologii Elzenberga. Monadologia bez Boga*, [w:] „Studia Philosophica Wratislaviensia”, 2021, XVI, 4, s. 95-107

Paweł Łuków, *W poszukiwaniu zrozumienia śmierci — etyczne wyzwanie dla lekarzy*, [w:] „Zrozumieć śmierć człowieka”, red. P. Łuków, Polskie Stowarzyszenie Koordynatorów Transplantacyjnych, Warszawa 2015, s. 13-30

Paweł Łuków, *Solidarity and the ethics of exposing others to risk in medical research*, [w:] „Bioethics”, Wiley, 2022, 36, s. 821-828

Marek Magdziak, Marcin Stabrowski, *Przedmioty, preferencje, wartości*, [w:] „Prace Kulturoznawcze IX. Aksjotyczne przestrzenie kultury”, red. R. Tańczuk, D. Wolska, Acta Universitatis Wratislaviensis No 2745, Wrocław 2005, s. 145-164

Mary B. Mahowald, *Bioethics and Women. Across the Life Span*, Wydawnictwo Oxford University Press, New York 2006

Giannozzo Manetti, *De dignitate et excellentia hominis*, [w:] *Untersuchungen zu Giannozzo Manetti, De dignitate et excellentia hominis. Ein Renaissance-Humanist und sein Menschenbild*, t. 55, oprac. O. Glaap, De Gruyter, 1994

Giannozzo Manetti, *Godność człowieka i wspaniałość dzieł ludzkich*, [w:] *Filozofia włoskiego odrodzenia. Wybrane teksty z historii filozofii*, oprac. A. Nowicki, Polskie Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1967, s. 109-110

Avishai Margalit, rozdział V: *Świadek moralny* [w:] A. Margalit, *Etyka pamięci*, przeł. K. Liszka, U. Lisowska, Z. Rosińska, Wydanie I, Seria Prawo i Teoria Społeczna, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2023, s. 153-182

Katarzyna Mąka, *Codziennosc umierania. Motyw smierci w relacjach Marka Edelmana*, [w:] *Strategie smierci — formy umierania. Świadcstwa literackie i kulturoznawcze*, red. W.J. Bruszta, Oficyna Wydawnicza Volumen, Warszawa 2004

John McMillan, *The Methods of Bioethics. An Essay in Meta-Bioethics*, Oxford University Press 2018

Maurice Merleau-Ponty, *Refleksja i zapytywanie*, przeł. J. Migasiński, [w:] *Widzialne i niewidzialne*, oprac. J. Migasiński, Fundacja Aletheia, Warszawa 1996

Maurice Merleau-Ponty, *Fenomenologia percepcji*, przeł. M. Kowalska, J. Migasiński, Fundacja Aletheia, Warszawa 2001

Jacek Migasiński, *W stronę fenomenologii niezjawiskowej. Fragmenty pewnej historii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2019

Bruce L. Miller, *Autonomia a odmowa poddania się leczeniu ratującemu życie*, przeł. O. Dryła, [w:] *Antologia bioetyki*, t. I: *Wokół śmierci i umierania*, red. W. Galewicz, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2009, s. 111-128

Giovanni Pico della Mirandola, *Oratio de hominis dignitate /Mowa o godności człowieka*, przeł. Z. Nerczuk, M. Olszewski, Klasyka Filozofii, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2010

Stephen Napier, *Uncertain Bioethics. Moral Risk and Human Dignity*, Routledge, New York 2020

Nel Noddings, *Caring. A Relational Approach to Ethics and Moral Education*, University of California Press, Los Angeles 2013

Anna Nowarska, *CPR a DNR w kontekście opieki paliatywnej*, [w:] „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2012, 6, 1, s. 9-14

Maria Ossowska, *Normy moralne. Próba systematyzacji*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1985

Jan Patočka, *Filozofia kryzysu nauki według Edmunda Husserla i jego koncepcja fenomenologii «świata przeżywanego»*, przeł. J. Zychowicz, [w:] *Świat przeżywany. Fenomenologia i nauki społeczne*, oprac. Z. Krasnodębski, K. Nellen, Biblioteka Myśli Współczesnej, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1993, s. 25-47

Sebastian Petrycy z Pilzna, *Pisma wybrane*, t. I: *Przydatki do Etyki Arystotelesowej*, oprac. W. Wąsik, Biblioteka Klasyków Filozofii — Pisarze Polscy, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1956

Eduard Picker, *Godność człowieka a życie ludzkie. Rozbrat dwóch fundamentalnych wartości jako wyraz narastającej relatywizacji człowieka*, przeł. J. Merecki, wstęp R. Spaemann, Seria Terminus 45, Wydawnictwo Oficyna Naukowa, Warszawa 2007

Platon, *Fedon*, przeł. W. Witwicki, Wydawnictwo ANTYK, Kęty 2002

Platon, *Obrona Sokratesa*, [w:] Platon, *Uczta, Eutyfron, Obrona Sokratesa, Kriton, Fedon*, przeł. W. Witwicki, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1988, s. 245-288

Zygmunt Pucko, *Idea troski w pielęgniarstwie inspirowana myślą filozoficzną*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014

Zygmunt Pucko, *O utracie. Szkice filozoficzne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2021

Rilke Rainer Maria, *Poezje*, oprac. M. Jastrun, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1974

Stefan Raszeja, *Refleksje na temat tanatologii – klasycznego działu medycyny sądowej*, [w:] „*Annales Academiae Medicae Gedanensis*”, 2005, 35, s. 165-172

Jacob D. Rendtorff, *Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability — towards a foundation of bioethics and biolaw*, [w:] „*Medicine, Health Care and Philosophy*”, 2002, 5, s. 235-244, DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1021132602330> (dostęp: 13.03.2023)

Paul Ricoeur, *O sobie samym jako innym*, przeł. B. Chelstowski, oprac. M. Kowalska, Biblioteka Współczesnych Filozofów, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003

Paul Ricoeur, *Życie aż do śmierci oraz fragmenty*, przeł. A. Turczyn, Universitas, Kraków 2008

Anna Rossmann, *Dialogiczna koncepcja prawa*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2019

Tadeusz Różewicz, *Spadanie. Czyli o elementach wertykalnych i horyzontalnych w życiu człowieka współczesnego*, [w:] „*Twarz*”, Wydawnictwo Czytelnik, Warszawa 1966, s. 59-68

Krzysztof Saja, *Etyka normatywna. Między konsekwencjalizmem a deontologią*, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2015

Cicely Saunders, *Cicely Saunders: Selected Writings 1958–2004*, wstęp D. Clark, Oxford University Press 2006

Lucilda Selli, Volnei Garrafa, José R. Junges, *Beneficiaries of volunteering: a bioethical perspective*, [w:] „Rev Saúde Pública” 2008, 42 (6), s. 1-4,  
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/FzqLrcnZkgL5ypgXTNfwnZB/?lang=en&format=pdf> (dostęp: 20.01.2023)

Marcin Sękowski, *Postawa wobec śmierci w cyklu życia człowieka*, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2019

Hermann Schmitz, *Wykład czwarty* [w:] H. Schmitz, *Nowa fenomenologia. Krótkie wprowadzenie*, przeł. A. Przyłębski, Wydawnictwo Aletheia, Warszawa 2015, s. 91-120

Daniel R. Sobota, *Przewalczyć egzystencję słowem. Z Paulem Ricoeurem o skończoności*, [w:] „Argument. Biannual Philosophical Journal”, 2017, 7, 2, s. 343-364

Daniel R. Sobota, *Narodziny fenomenologii z ducha pytania. Johannes Daubert i fenomenologiczny rozruch*, Biblioteka Polskiego Towarzystwa Fenomenologicznego, t. X, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2017

Jan Strzelecki, *Niegodność i godność człowieka w wieku XX*, [w:] *Zagadnienie godności człowieka*, red. J. Czerkawski, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1994

Maciej Syska, *Medyczne oświadczenia pro futuro na tle prawnoporównawczym*, Wydawnictwo LEX, Wolters Kluwer, Warszawa 2013

Marta Szabat, *Elementy filozofii opieki paliatywnej a zagadnienie śmierci*, Wydawnictwo Semper, Warszawa 2013

Zbigniew Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, Minerva. Biblioteka Filozofii i Historii Filozofii, Wydawnictwo Słowo / Obraz Terytoria, Gdańsk 2005

Kazimierz Szewczyk, *Bioetyka*, tom 1: *Medycyna na granicach życia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009

Kazimierz Szewczyk, *Decyzje krytyczne w neonatologii i standardy ich podejmowania*, [w:] „Diametros”, 2010, 26, s. 96-135

Kazimierz Szewczyk, *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa–Łódź 2001

Danuta Ślęczek-Czakon, Tomasz Czakon, *Co jest dobrem w kodeksach etycznych firm?*, [w:] „Zeszyty Naukowe Centrum Badań im. Edyty Stein — Fenomen Dobra”, Poznań, 2015, 13/14, s. 279-291

Magdalena Środa, *Idea godności w kulturze i etyce*, Wydział Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1993

Lenko Šarić, Ivana Prkić, Marko Jukić, *Futile Treatment — A Review*, [w:] „Bioethical Inquiry”, 2017, 14, s. 329-337

Natalia Ulaniecka, *Doświadczenie choroby nowotworowej. Aspekty psychospołeczne*, Seria Psychologia i Pedagogika nr 351, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2021

Maciej Uliński, *Etyka troski i jej pogranicza*, Wydawnictwo Aureus, Kraków 2012

Bogna Wach, *Terminalna sedacja — między eutanazją a opieką paliatywną*, [w:] „Analiza i Egzystencja”, 2017, 37, s. 25-41

Bernhard Waldenfels, *Pogardzana doxa. Husserl i trwający kryzys zachodniego rozumu*, przeł. D. Lachowska, [w:] *Świat przeżywany. Fenomenologia i nauki społeczne*, oprac. Z. Krasnodębski, K. Nellen, Biblioteka Myśli Współczesnej, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1993, s. 103-129

Marcin Waligóra, *Wstęp do fenomenologii*, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2013

Adriana Wierzba, *Czy można usprawiedliwić samobójstwo? Próba interpretacji (wobec) perspektywy Marka Aureliusza*, [w:] „Spory o wartości II. Światy alternatywne”, red. Ł. Rozwadowski, M. Stabrowski, Acta Universitatis Wratislaviensis No 4088, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2022, s. 243-260

Adriana Wierzba, *Ochrona pacjenta jako dyspozycja bioetyczna: o powtórzeniu odpowiedzialności w projekcie bioetyki refleksyjnej*, [w:] „Philosophia in transitu: między granicami filozofii a filozofią bez granic”, red. P. Wróblewski, t. 1, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2021, s. 213-231

Adriana Wierzba, *On Reminding and Forgetting: Care about Moral Responses in the Case of Alzheimer's Disease*, [w:] „Studia Philosophica Wratislaviensia”, 2022, XVII, 4, s. 29-44

Adriana Wierzba, *O zapominaniu i przypominaniu — utrata pamięci i odpowiadanie moralne*, [w:] „Obraz – pamięć – media”, red. P. Greń, K. Morawski, Zeszyty Wydziału Humanistycznego KPSW XVIII, Jelenia Góra 2020, s. 115-134

Cezary Wodziński, *Heidegger i problem zła*, Wydawnictwo Słowo/Obraz Terytoria, Gdańsk 2007

Henrik R. Wulff, Stig A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filozofia medycyny. Wprowadzenie*, przeł. Z. Szawarski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993

Maria Wysocka, Jan Frydrych, Anna Klimkiewicz, Jerzy Jarosz, Tomasz Pasierski, *Potrzeby pacjentów i ich rodzin objętych opieką hospicjum stacjonarnego w dobie pandemii COVID-19 — podobieństwa i różnice. Badanie jakościowe*, [w:] „Medycyna Paliatywna”, 2021, 13, 2, s. 71-82

Adam A. Zych, *Przekraczając smugę cienia. Szkice z gerontologii i tanatologii*, Biblioteka Pracownika Socjalnego, Wydawnictwo Naukowe Śląsk Sp. z o.o., Katowice 2009

Mirosław Żarowski, *Istnienie jako styl. Renesansowi mistrzowie o godności bytu ludzkiego*, [w:] „Przegląd Filozoficzno-Literacki”, 2012, 33, 1-3, s. 135-178

Mirosław Żarowski, *Tożsamość. Problem skażenia natury ludzkiej w filozofii Kartezjusza*, Acta Universitatis Wratislaviensis No 1638, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1994

## **Dokumenty i ustawy**

*Deklaracja Wiedeńska I Program Działania*, przyjęty przez Światową Konferencję Praw Człowieka w Wiedniu 1993 roku, [w:] R. Kuźniar, *Prawa człowieka. Prawo, instytucje, stosunki międzynarodowe*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2008, s. 437-468

*Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna*, Światowa Organizacja zdrowia (WHO), przeł. Z. Żylicz, Fundacja Pomoc Krakowskiemu Hospicjum, Kraków 1993

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, Dz.U. 2018 poz. 742 — <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000742> (dostęp: 3.10.2022)

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Art. 20, za — J. Andrusiewicz, P. Łuków, J. Różyńska, J. Piasecki, *Baza krótkich kasusów wraz z opracowaniem do wykorzystania na zajęciach bioetyki*, [w:] *Edukacja bioetyczna na uczelniach medycznych*, red. P. Łuków, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2022, s. 297-298

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135 — <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20042102135> (dostęp: 3.10.2022)

*Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Informacja o wynikach kontroli*, Nr 146/2019/P/18/063/LBY, 2019 Delegatura w Bydgoszczy — <https://www.nik.gov.pl/plik/id,21371,vp,24011.pdf> (dostęp: 6.03.2023)

## **Źródła internetowe**

*Canadian Study of Health and Aging (CSHA) Clinical Frailty Scale*, <https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html> (dostęp: 5.03.2023)

Cycon, *De inventione*, Ks. II — <https://www.thelatinlibrary.com/cicero/invention2.shtml> (dostęp: 3.09.2022)

Tomasz Dzierżanowski, *O opiece paliatywnej w Polsce* — <https://www.termedia.pl/mz/O-opiece-paliatywnej-w-Polsce,41235.html> (dostęp: 10.04.2023)

Jan ze Trzciany — Joannes Arundinensis *De nature ac dignitate hominis*, wydanie z 1554 roku — [https://polona.pl/search/?query=Jan\\_z\\_Trzciany&filters=public:1](https://polona.pl/search/?query=Jan_z_Trzciany&filters=public:1) (dostęp: 24.10.2022)

Kodeks Etyki Lekarskiej, <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej> (dostęp: 15.02.2023)

### **Słowniki tradycyjne i elektroniczne**

*Dictionary of Global Bioethics*, red. H. ten Have, M. do Céu Patrão Neves, Springer 2021

*Elektroniczny Słownik Łaciny Średniowiecznej w Polsce / eLexicon Mediae et Infimae Latinitatis*, <https://elexicon.scriptor.es/pl/pl/lemma/> (dostęp: 3.09.2022)

*Mały słownik języka polskiego*, red. S. Skorupka, H. Auderska, Z. Łempicka, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1969

*Słownik grecko-polski*, oprac. O. Jurewicz na podstawie słownika Z. Węclewskiego, Wydawnictwo Naukowe Sub Lupa, Global Scientific Foundation, Truskaw 2020

*Słownik łacińsko-polski*, oprac. K. Kumaniecki — według słownika H. Mengego i H. Kopii, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1967

## Indeks

(autorzy, redaktorzy, ważniejsze terminy oraz pojęcia)

- Adams D.M. 67  
Alichniewicz A. 155  
analgezyja 16, 82, 141  
Améry J. 93  
Andrusiewicz J. 139, 144  
Andorno R. 135  
Arendt H. 50-52, 116  
*ars moriendi* 22, 118  
*ars praesentiae* (jako sztuka obecności) 118, 138, 155  
Arystoteles ze Stagiry 31, 36, 54-56, 123, 179  
Aureliusz Marek 34-35, 37-39  
  
Baile W.F. 167-168  
Baldwin–Ragaven L. 20  
Battin M.P. 77  
Beale E.A. 167-168  
Beauchamp T.L. 17, 19, 65  
Berlinger N. 143  
Białek E. 47  
Biesaga T. 65  
Boecjusz 36  
Blanchot M. 151  
Bortnowska H. 155  
Brodski J. 38, 93  
Brusztka W.J. 27  
Brzeziński T. 17  
Buckam R. 167-168  
  
Calasso R. 4, 49-51, 55, 61, 132  
Canetti E. 10  
Céu Patrão Neves, do M. 19  
Childress J.F. 17, 19, 65  
Chretien J.–L. 6, 22  
Chryzyp z Soloi 35, 38  
Chyrowicz B. 65  
Ciałkowska–Rysz A. 71, 142  
  
Clouser K.D. 11  
cnota 7, 17, 35-39, 42, 44, 50, 54-55, 59-60, 148, 176-177, 182, 184  
Cribb A. 17, 19  
Culver Ch.M. 11  
Cyceron Marek Tulliusz 22, 30-31, 43  
Czakon T. 129  
Czerkawski J. 23, 41  
  
Davies R. 134  
Derrida J. 15  
*diatesis, diateza* 55, 58  
*dignitas* 29-31, 41-42  
*dispositio* 54  
Domański J. 152  
Dłuski M. 41  
Duberstein P.R. 80  
Duchliński 19  
Dunn M. 17-19, 134  
Durek G. 78  
dysonans 7, 15, 19, 105, 122, 126-129  
dyspozycja (ważniejsze miejsca) 4-8, 10, 17, 21-22, 24, 27-28, 31, 33, 37, 39, 51, 54-63, 68, 70, 78, 84, 89, 92, 94-95, 97-99, 102, 109, 111, 120, 123, 127, 129, 131-133, 137-139, 145, 148, 152, 154, 157, 161, 173, 176-178, 182, 184  
Dzierżanowski T. 71, 142-143, 163  
  
Earp B.D. 18  
Edelman M. 27  
Elzenberg H. 31, 50  
Embree L. 110, 116-117  
Epikur 38  
Epstein R.M. 80  
  
etyka lekarska 17, 77, 122, 165  
etyka pielęgnarska 17, 143  
etyka troski 17, 96, 140  
  
Fenton J.J. 80  
Fitzpatrick P. 20  
Frankl V.E. 91  
Fry P.S. 92  
Frydrych J. 172  
  
Gajda–Krynica J. 35-36  
Galen 75, 122  
Galewicz W. 77, 139-140, 168  
Gałuszka M. 155  
Garrafa V. 105  
Gert B. 11  
Glober G. 168-169  
Głuszek S. 89-90, 98, 150-151, 153, 172  
Grabowski M. 25, 43, 71  
Greń P. 120  
Morawski K. 120  
Guidry–Grimes L.K. 67  
  
Hadot P. 151  
Hankinson R.J. 75  
Havrdá M. 75  
Harris J. 82  
Have, ten H. 19  
Häring B. 53  
Hebblethwaite P. 155  
Heidegger M. 6, 45-49, 52, 57, 108-109, 120, 148, 155, 176-180  
M. de Hennezel, de M. 92  
Hildebrand, von D. 25, 43, 71  
Hipokrates 122-123  
Hoerger M. 80  
Hołub G. 19, 65  
*honestum* 30, 43

- Husserl E. 74, 109-110, 112-114, 119
- Innocenty III 40
- Ives J. 17-19, 110, 134
- Jan z Salisbury 40
- Jan ze Trzciany 42
- Janiszewska J. 66, 71, 77
- Jarosz J. 172
- Jaspers K. 155
- Jennings B. 143
- Jukić M. 80
- Junges J.R. 105
- Kant I. 43
- Kessler D. 53
- Kleantes z Assos 37
- Klimkiewicz A. 172
- Kłoczowski P. 49
- Korczak J. 27
- Korobczak P. 47, 109
- Kostyszak M. 47
- Kowal G. 47
- Krall H. 27
- Kravitz R.L. 80
- Kruszewski 21
- Kudelka A.P. 168-169
- Kuncewicz D. 21
- Kusza K. 78
- Kübler A. 15, 75-76, 78
- Kübler–Ross E. 85, 139, 150, 153
- Laertios Diogenes 36-39
- Landeweer E. 19
- Leach Scully J. 20
- Lenzi R. 168-169
- Leven K.–H. 123
- Lévinas E. 22, 52, 120-121, 148, 160
- Lichodziejewska–Niemierko M. 66, 71, 77
- Lindemann H. 20
- Lorczyk A. 50
- Lorenc I. 6
- Łuczak J. 71
- Łuków P. 11-12, 102, 104, 139, 144
- Machnacz J. 41
- Magdziak M. 125
- Mahowald M.B. 96
- Majkiewicz M. 142
- Małczyński B. 15
- Manetti G. 41
- Margalit A., 12, 179
- Mayeroff M. 96
- Mąka K. 27
- Merleau–Ponty M. 115, 118-119, 158
- McMillan J. 13, 19-20
- Migasiński J. 6, 110, 118
- Mohile S.G. 80
- Molewijk B. 19
- Napier S. 12
- narracja 5-10, 12, 14, 16, 19-20, 22, 25, 28, 32, 40, 43, 50, 67-68, 74, 86, 92-93, 100, 103-104, 107, 119, 123-128, 131-134, 138, 140, 144-146, 149-152, 155, 157-158, 160-162, 172, 177-178, 181-183
- Noddings N. 95
- Norton S.A. 80
- Nowarska A. 77
- odpowiedzialna troska 5, 7-8, 84, 95, 97, 104-106, 137, 140, 144, 180
- opieka hospicyjna (oraz hospicjum) 14-15, 66, 77, 81, 106, 122, 144, 163, 173
- opieka paliatywna 8-9, 13-16, 33-34, 61-66, 71, 77-78, 82, 99-100, 137-139, 141-146, 154, 156-157, 159, 162-165, 168-170, 181-183
- opieka terminalna 8-9, 15-16, 33-34, 61-64, 66, 68, 71-72, 77-78, 81-82, 85-86, 89-90, 92, 99-100, 137-
- 139, 142-146, 156-159, 162-163, 165, 168, 170, 181-183
- orfizm 22, 122
- Ossowska M. 17, 53
- Owens J. 17
- Pasierski T. 172
- Patočka J. 109-110, 112, 114
- Pawłowski L. 66, 71, 77
- Pedersen S.A. 111
- Petrycy Sebastian z Pilzna 36
- Piasecki J. 139, 144
- Pico della Mirandola G. 41-42, 52
- Picker E. 26
- Piechota M. 78
- Platon z Aten 22, 31, 71
- Pormann P.E. 123
- Prigerson H.G. 80
- Prkić I. 80
- Pucko Z. 17, 91, 95
- Raszeja S. 85
- refleksja 9, 18, 23, 50, 74, 108, 110-119, 121-123, 125, 133, 146, 157-158, 161, 173, 176-177, 180-183
- Rendtorff J.D. 125
- Ricoeur P. 6-7, 9, 28, 89, 150-152, 161, 179
- Rilke R.M. 4, 7, 51, 176
- Rosenberg R. 111
- Rosseli H. 40-41
- Rossmann A. 160
- Rozwadowski Ł. 37
- Różewicz T. 130
- Różyńska J. 139, 144
- Rudziński R. 155
- Saja K. 57
- Samardakiewicz M. 142
- Saunders C. 71, 150
- Schmitz H. 116
- sedacja 16, 34, 82, 141

- Selli L. 105  
 Seneka Młodszy 31  
 Sękowski M. 88, 92  
 Siewiera J. 15, 75-76, 78  
 słuchanie (i jemu  
 pokrewne) 6-7, 10-11, 20,  
 22, 30, 32, 45, 66, 99, 101,  
 104, 115, 126-127, 137,  
 140, 143, 145, 154, 158,  
 174, 176  
 Sobota D.R. 115, 118, 179  
 Stabrowski M. 37, 125  
 Stein E. 41  
 stoicy 35-39  
 Strzelecki J. 23  
 Syska M. 77  
 Szabat M. 141  
 Szawarski Z. 11, 140  
 Szewczyk K. 13-15, 17, 64,  
 66, 75, 80, 141, 155  
 Szkulmowski Z. 78
- Ślęczek–Czakoń D. 129  
 Środa M. 30-31, 35, 40  
 świat przeżywany 5, 12,  
 19, 27-28, 59, 71, 84, 107,  
 109-110, 112, 114-115,  
 117, 119-120, 123-124,  
 127-128, 130-132, 145,  
 147-149, 152, 155, 157,  
 161, 175, 178-179, 181,  
 183  
 świętość 23, 36, 50-51, 123  
 Šarić L. 80
- Ulaniecka N. 85, 92  
 Uliński M. 17, 96  
*utilitas* 30, 43
- Tancredi D.J. 80  
 Tańczuk R. 125  
 translacja 90, 94, 96, 99
- Vaillant G.E. 88  
 Van den Hout M. P.J. 39  
 Van den Meijden J. G. 41
- Wach B. 16  
 Waldenfels B. 119  
 Waligóra M. 110  
 wartości relacyjne 27, 68,  
 87, 93, 97, 103, 138, 151,  
 156, 158, 173, 178-179,  
 183
- Watson J.C. 67  
 Widdershoven G. 19  
 Wieczorowska–Tobis K.  
 142  
 Wierzbą A. 12, 19, 37, 94,  
 105, 120, 127, 136, 152-  
 153, 171  
 wirus COVID-19 131, 150,  
 159, 172  
 Włodarczyk R. 15  
 Wodziński C. 45, 108-109,  
 120  
 Wolf S.M. 143  
 Wolska D. 125  
 Wong P.T.P. 92  
 Wróblewski P. 185  
 Wulff H.R. 111  
 Wysocka M. 172
- Xing G. 80
- Zenon z Kition 35-38  
 Zych A.A. 133, 172
- Żarowski M. 42, 109  
 Żurek G. 34