

# WYBRANE PROBLEMY BIOETYCZNE W CHIRURGII

## CHOSEN BIOETHICAL PROBLEMS IN SURGERY

Stanisław Głuszek<sup>1,2</sup>, Dorota Rębak<sup>2</sup>, Dorota Kozieł<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach  
Kierownik: prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek

<sup>2</sup> Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego z Pracownią Badań Naukowych  
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach  
Kierownik: prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek

### STRESZCZENIE

Bioetyka odgrywa ważną rolę w medycynie, poszukując rozwiązań etyczno-moralnych w wielu obszarach od chirurgii płodu, poprzez etykę transplantologii, innowacji, badań naukowych, publikacji medycznych, aż do medycyny paliatywnej. Do podstawowych zasad bioetyki należą: autonomia chorego, czynienie dobra, nieczynienie zła, sprawiedliwość, prawdomówność.

Decyzje etyczne opierają się na filozoficznym podłożu nauk medycznych. Najbardziej powszechna stała się **moralność potoczna** skupiająca różne myśli filozoficzne. Wydawana ocena etyczna opiera się w dużym stopniu na własnym doświadczeniu życiowym i zdrowym rozsądku. We współczesnym społeczeństwie modny stał się **utilitaryzm**, w którym uzyskanie „jak największej korzyści dla jak największej liczby ludzi” staje się wyznacznikiem podejmowanych decyzji etycznych, a użyteczność jest podstawowym kryterium postępowania.

Innym modelem współczesnej etyki jest **zasada całkowitej, absolutnej autonomii**, z którą związany jest problem eutanazji. Przemyslenia dotyczące tego obszaru pozwalają wskazać odczuwany przez pacjenta ból jako główną przyczynę myśli o eutanazji. Rozwiązania problemu upatruje się w podniesieniu jakości opieki paliatywnej, okazaniu empatii i wsparcia psychicznego.

Etyczny wymiar transplantologii dotyczy m.in. problemów wiążących się z dobrowolnym oddaniem organów przez żywych dawców, ryzykiem powikłań i śmierci dawcy, przeszczepem twarzy wpływającym na sferę psychologiczną pacjenta. Podstawę etycznych decyzji w podejmowanych działaniach transplantacyjnych stanowi stwierdzenie śmierci mózgu i serca. Ważnym zagadnieniem etycznym jest DNR (*Do Not Resuscitate*) w przypadku zatrzymania krążenia.

Podstawę wszelkich interwencji medycznych stanowi świadoma zgoda chorego, poprzedzona udzieleniem rzetelnej informacji dotyczącej stopnia ryzyka proponowanego zabiegu operacyjnego. Należy pamiętać, że zarówno przedmiotem, jak i podmiotem podejmowanych działań jest człowiek i to powinno stanowić podstawę etycznych decyzji.

**Słowa kluczowe:** bioetyka, chirurgia, transplantologia, eutanazja.

### SUMMARY

Bioethics plays an important role in medicine seeking ethic and moral solutions in many fields, from fetus surgery, transplantology, innovation, scientific research, medical publication to palliative medicine ethic. Basic principles of bioethics include: the autonomy of a patient, doing good, undoing evil, justice and truthfulness.

Ethical decisions are grounded on philosophical basis of medical sciences. **Common morality**, concentrating different philosophical thoughts, has become the most prevailing. The given ethical evaluation bases, to a high degree, on one's own life experience and common sense. In a modern society **utilitarianism** has become popular, where gaining the most possible benefits for the most possible number of people becomes the determinant of taken ethical decisions, and usefulness is the basic criterion of conduct.

The second model of contemporary ethic is the **principle of complete, absolute autonomy**, which, among others, the problem of euthanasia is connected with. Considerations relating to this field allow to indicate the pain experienced by a patient as the main reason for thoughts about euthanasia. A solution to the problem is perceived in improvement in the quality of palliative care, showing empathy and psychological support.

The ethical dimension of transplantology concerns, among others, problems relating to voluntary giving organs by alive donors, the risk of complications and the death of a donor, face transplant affecting a psychological sphere of a patient. The base of ethical decisions in taking transplant actions accounts for determining brain and heart death. An important ethical issue is DNR (*Do Not Resuscitate*) in the case of circulation stop.

The basis for every medical intervention constitutes the ill person's consent proceeded by providing incredible information concerning the degree of a risk of suggested surgery. One should remember that the subject as well as the object of taken actions is a human being and this should constitute the base for ethical decisions.

**Key words:** bioethics, surgery, transplantology, euthanasia.

## WYBRANE PROBLEMY BIOETYCZNE W CHIRURGII

Bioetyka (gr. *bios* – życie, *ethos* – obyczaj) odgrywa istotną rolę w medycynie jako całości i pełni funkcję kontrolną w wielu obszarach wiedzy medycznej. Ważnym obszarem z punktu widzenia etyki są dyscypliny zabiegowe. Wszelkie oceny bioetyczne są rozpatrywane w piśmiennictwie w świetle podstawowych zasad etyki: 1) autonomii chorego (*patient autonomy*), 2) czynienia dobra (*principle beneficence*), 3) nieczynienia zła (*principle nonmaleficence*), 4) sprawiedliwości (*justice*), 5) prawdomówności (*veracity*) [1].

### Zgoda świadoma

Lekarz ma prawny obowiązek przekazania informacji choremu o stopniu ryzyka zabiegu w sposób prosty i zrozumiały. Brak rzetelnej informacji nie daje pacjentowi pełnego obrazu planowanego zabiegu. Bez wyczerpującej informacji zgoda staje się nieważna, a lekarz może być wówczas powołany do odpowiedzialności odszkodowawczej za wykonanie zabiegu bez świadomej decyzji pacjenta. Lekarz powinien ograniczać się do podania typowych powikłań, bez wnikania w rzadkie i nietypowe przypadki będące skutkiem powikłań pooperacyjnych [2].

W trudnych sytuacjach klinicznych osobom najbliższym należy przekazać najbardziej istotną część wiedzy na temat choroby. Jeżeli wystąpią powikłania i ewentualna śmierć, rodzina zmarłego z większym zrozumieniem przyjmie niepomyślny wynik leczenia. Autonomia chorego determinuje prawo do ograniczonej informacji dotyczącej powikłań i ryzyka operacji. Takie życzenie chorego powinniśmy uszanować, kierując się zasadami etycznymi [3].

Przestrzeganie zasad bioetyki (autonomia, sprawiedliwość, nieczynienie zła, dobroczynność) jest konieczne w wielu dziedzinach medycyny. Ich realizacja jest możliwa w oparciu o katalog cnót lekarza takich, jak:

- 1) wierność i stałość w zaufaniu oraz dotrzymywaniu obietnic (*fidelity to trust and promise*),
- 2) trzymanie w ryzach swoich korzyści (*effacement of selfinterest*),
- 3) intelektualna uczciwość (*intellectual honesty*),
- 4) współczucie i troska (*compassion and caring*),
- 5) odwaga (*courage*),
- 6) sprawiedliwość (*justice*),
- 7) roztropność (*prudence*) [4].

Cnoty te są szczególnie istotne w wykonywaniu obowiązków lekarza chirurga, którego praca wiąże się z wysokim natężeniem reakcji stresowej [5]. Niezwykle przydatna w chirurgii jest odwaga moralna i pokora wynikająca z ograniczoności działań lekar-

skich wobec natury i jednocześnie będąca rezultatem rozsądnych zachowań wobec zespołu i chorych. Nadmiar pychy, zarozumialstwo, przekonanie o własnej olbrzymiej wiedzy i dużych umiejętnościach w historii chirurgii wielokrotnie było przyczyną nieszczęść [1].

### Filozoficzne aspekty bioetyki

Decyzje etyczne opierają się na filozoficznym podłożu nauk medycznych. W rozwoju medycyny ważną rolę odegrały różne kierunki filozoficzne, takie jak personalizizm, scjentyzm, utylitaryzm, kantyzm, marksizm i egzystencjalizm.

W starożytności wykształcony został **hipokratejsko-samarytański etos medycyny**. Zmianie uległo spojrzenie na miejsce chorego w społeczeństwie, na życie i śmierć człowieka. W filozofii marksistowskiej społeczeństwo miało większą wartość niż pojedyncza osoba. Takie założenia mogły mieć niepożądane skutki dla refleksji etycznej z zakresu medycyny, ponieważ lekarz zawsze służył chorej osobie, przekładając jej dobro nad dobrem całego ciała społecznego [6]. W liberalistycznym podejściu jednostka ludzka rozumiana jest jako całkowicie autonomiczna. Człowiek jest jedynym decydentem swojego życia; nie zależy on od nikogo, a za drugiego jest odpowiedzialny tylko tyle, o ile podpowie mu to jego wolna wola. W kwestiach bioetycznych, zgodnie z liberalistycznym myśleniem, tylko konkretny człowiek, gdyby znalazł się w ciężkiej sytuacji nieuleczalnej choroby, ma pełne prawo zdecydować o możliwości zakończenia swojego życia [7].

### Wybrane problemy etyczne transplantacji

Podjmując etyczne zagadnienie transplantologii należy zacząć od problemu uznania śmierci mózgu i śmierci sercowej, dających możliwości działań transplantacyjnych. Zasada śmierci mózgowej utrwaliła się w świadomości społeczeństw i nie budzi większych zastrzeżeń, natomiast uznanie śmierci sercowej wzbudza kontrowersje.

Zwiększający się niedobór narządów do przeszczepów prowadzi do popularyzacji przeszczepów od żywych dawców (wątroba, nerki) i poszukiwania żywych dawców [8]. Oddanie narządów przez żyjących dawców jest etycznym dylematem ze względu na konieczność zabezpieczenia życia zdrowej osoby i poprawy jakości życia osoby chorej [9]. Nieodparte poczucie chęci oddania własnej części ciała jest niezwykłe i zobowiązuje lekarza do szczególnych zachowań zabezpieczających dawcę i biorcę. Pośrednie dawstwo narządu (czyli oddanie do banku narządów) jest przykładem radykalnego altruizmu w obliczu zagrożenia życia. Narząd jest prawdziwym darem życia, który nie może być sprzedany ani kupiony [10].

Do standardowo wykonywanej współcześnie terapii należy transplantacja nerki. Długoterminowe przeżycie poprawia się znacząco wśród chorych, którzy otrzymali nerkę w porównaniu z pacjentami oczekującymi na przeszczep.

Liczba oczekujących na narządy znacznie wzrosła, co jest związane z poprawą wyników transplantacji. Lista zmarłych dawców pozostała bez zmian w ciągu ostatnich kilku lat. Obecny mechanizm pozyskiwania nerek opiera się na dobrowolnych donacjach [11].

Ze względu na brak nerek i innych narządów do przeszczepów niektóre ośrodki transplantacji rozluźniają kryteria akceptacji dawców i używają dawców marginalnych (*marginal donors*). Po przeszczepie dawca powinien mieć przewidywany długi okres przeżycia, a biorca poprawę jakości i wydłużenie życia [12].

„Turystyka transplantacji” i handel narządami odpowiada za około 5 do 10% wszystkich światowych transplantacji nerek [13].

Przeciwnicy pieniężnej rekompensaty za pozyskanie narządów do przeszczepu, podpierają się kantowską teorią autonomii i argumentami o niemoralności sprzedawania narządów. Niektórzy uważają, że finansowe wsparcie mogłoby zwiększyć pulę dawców, więc należałoby je rozważyć. Jeśli rozwiązania te nie będą brane pod uwagę problem braku dawców nadal będzie rósł [11].

Żywi dawcy w transplantacji wątroby ryzykują powikłaniami i śmiercią. Dorośli żywi dawcy oferują lepszy dostęp do ratującej życie transplantacji pacjentom w końcowym stadium choroby wątroby na obszarach, gdzie umieralność oczekujących na przeszczep jest wysoka, a dostępność do narządów zmarłych dawców nie zaspokaja potrzeb. Zagrożenia dla żywego dawcy, takie jak ryzyko powikłań i śmierci, muszą być wzięte pod uwagę przez pacjentów i lekarzy [14].

Nową erą w transplantologii są przeszczepy twarzy, obarczone wieloma etycznymi dylematami. Chirurdzy i etycy stworzyli dokładne wytyczne etyczne selekcji pacjentów, świadomej zgody, dokładnej oceny ryzyka medycznego i psychologicznego zabiegu. Przeszczep twarzy dokonuje zmian zewnętrznego wyglądu twarzy, stanowi także bardzo trudny problem psychologiczny – akceptacji własnego ciała [15].

Etyka transplantacji opisuje i wartościuje odpowiedzialność lekarzy i jej granice względem chorych i umierających, świadomą zgodę chorego na przeszczep w aspekcie autonomii, pojęcie śmierci oraz doniosłość życia cielesnego [16].

### **Eutanazja**

„Są ludzie, gotowi zabić z całej masy powodów – spadku, by pozbyć się ciężaru emocjonalnego lub

ciężaru opieki, a od czasu do czasu, z powodu, który uważają za współczucie” [17].

Dyskusja o eutanazji jest wszechobecna, towarzyszy jej lęk o naszych pacjentów, naszych bliskich i naszą przyszłość. Czy istotnie w najtrudniejszym okresie naszego życia medycyna wykaże swoją skuteczność, a w okresie odchodzenia pozbawi nas bólu i zajmie się ogólną opieką nad nami, czy też zastosuje eutanazję jako rodzaj walki z naszym bólem [1]?

„Ludzie chcą umrzeć z kilku powodów. Pierwsze trzy to ból, ból i ból. Jeśli jest on zniesiony, to wraca chęć do życia” [18]. Ból można leczyć. Według danych WHO, ból nowotworowy można wyeliminować u 95% pacjentów. Lekarze bardzo często nie potrafią leczyć bólu – rozwiązaniem tego problemu jest doskonalenie umiejętności walki z bólem, a nie uciekanie się do eliminacji choroby „przez eliminację pacjenta”.

Współcześnie do aktów medycznych kończących życie chorego zalicza się: podawanie środków uśmierzających ból w dawkach, które mogą przyśpieszyć zgon, ograniczenie albo zaprzestanie aktywnego leczenia lub reanimacji, przerwanie stosowania urządzeń sztucznie podtrzymujących życie (np. odłączenie respiratora, przerwanie dializoterapii), towarzyszenie lub pomoc w samobójstwie, iniekcja zabójczej substancji [19]. Świadomość społeczeństw w wielu krajach europejskich kieruje się w stronę przyzwolenia na asystowanie lekarzy przy samobójstwie osób terminalnie, nieuleczalnie chorych i strasznie cierpiących [20]. Mimo powtarzających się spraw sądowych, wspomagane samobójstwo nie jest dopuszczalne w wielu krajach m.in. w Wielkiej Brytanii, a za udział w nim grozi maksymalnie 14 lat więzienia. Dziesiątki terminalnie chorych Brytyjczyków wyjeżdża do klinik w Szwajcarii, gdzie śmierć na życzenie jest dopuszczalna, a rodzina lub przyjaciele, pomagający umrzeć bliskiej osobie, nie są pociągani do odpowiedzialności prawnej.

Życie ludzkie jest wartością jedyną i niepowtarzalną, człowiekowi trzeba nieść opiekę medyczną do końca jego życia. Eutanazja jest nieusprawiedliwiona, nie może być akceptowalną drogą rozwiązywania problemów medycznych i zdrowotnych [21]. Brak godnych warunków społecznych i materialnych, brak zdrowia biologicznego, jak i psychicznego nie może podważać godności człowieka i głosić, że nie ma on prawa do życia, lecz ma prawo do śmierci. Trzeba zmieniać złe warunki życia, a nie zabijać. Śmierć nie jest niczym godnym i dobrym, jest złem, które dotyka ludzi. Nie da się oswoić śmierci, nazywając ją czymś dobrym, szlachetnym i oczekiwanym [19].

Czynniki psychiczne, takie jak objawy depresyjne i poczucie braku zainteresowania chorym, wiążą się

bezpośrednio z planowaniem eutanazji. Stosunek chorych do eutanazji jest zmienny [22].

Medycyna dość dobrze kontroluje ból, trudność stanowi problem cierpienia. Dopóki chory potrafi usprawiedliwić swoje cierpienie, dopóty żyje i nie chce umierać. Kiedy chory jednak traci nadzieję i nie widzi sensu dalszego cierpienia, wtedy dopiero zaczyna myśleć o rezygnacji z życia [23].

W obliczu śmierci chorzy wyrażają obawy i lękają się, że nikt ich nie słucha, boją się śmierci przepełnionej niepotrzebnym bólem i cierpieniem. Trudne rozmowy z poważnie chorymi przeprowadzone we właściwym czasie, dotyczące medycznych, psychosocjalnych i duchowych potrzeb w obliczu bliskiej śmierci są obowiązkiem, a także przywilejem lekarza i pielęgniarki [24, 25, 26].

Najlepszymi doradcami w postępowaniu z chorymi jest doświadczenie lekarza, jego wrażliwość i zdolność empatii, wiedza na temat zagadnień opieki paliatywnej i terminalnej połączone z umiejętnością wsparcia psychicznego [27].

#### **DNR – Do Not Resuscitate**

Na temat decyzji o niepodejmowaniu resuscytacji (DNR – *Do Not Resuscitate*) w Polsce nie ma jednoznacznych ustaleń. Decyzja taka jest podejmowana przez kierownika oddziału lub lekarza pełniącego obowiązki. Wskazana jest rozmowa z rodziną chorego i wyjaśnienie motywów podjęcia takiej decyzji [19].

W nowych wytycznych zaleca się, by decyzje o próbie resuscytacji podejmować w sposób zgodny ze świadomą decyzją każdego pacjenta, niezależnie od tego czy stanowi wcześniejsze polecenie, czy została ona podjęta niedawno lub też w inny sposób liczący się z dobrem chorego. Według tych wytycznych reanimować można tylko chorego, którego życzenia na temat resuscytacji nie są znane lub nie można ich ocenić. Świadome decyzje podjęte przez chorych zdolnych do decydowania o sobie, również te wyrażone we wcześniejszych twierdzeniach, że leczenie przedłużające życie nie jest właściwe, powinny być respektowane przez pracowników ochrony zdrowia.

Podejmowanie prób resuscytacji w przypadku chorych, u których niewydolność krążeniowo-oddechowa stanowi terminalny epizod choroby jest niewłaściwym postępowaniem. Zarówno chorzy, jak i ich bliscy nie mogą domagać się leczenia, które zespół medyczny uważa za niewłaściwe. Jednakże w miarę możliwości należy wziąć pod uwagę ich życzenia [28].

#### **Problemy etyczne umierania (End-of-life)**

„A więc jaki jest koniec życia człowieka, który długo gaśnie i któremu nic więcej ponad nadzieję dobrej śmierci medycyna ofiarować nie potrafi, a niekiedy nawet i tego nie zdoła uczynić?” [29]

Jednym z węzłowych problemów etycznych w chirurgii jest śmierć pacjenta. Umiejętność walki z bólem, trafność rozmowy z chorym i rodziną, kompetencje zawodowe, kultura osobista oraz właściwa postawa etyczna są wymagalnymi cechami lekarza [30]. Objawy terminalnego końca życia są trudne lub niemożliwe do likwidacji, problemem jest także zmniejszenie ich nasilenia. Wymagają one dobrego merytorycznego przygotowania [30].

„Kiedy jestem w stanie podczas rozmowy uspokoić i dać nadzieję choremu, nawet określoną w czasie, np. paromiesięczną, muszę złożyć autentyczną deklarację, że moje wysiłki będą nakierowane na pomoc, na utrzymanie w jakimś stopniu jego sprawności oraz usunięcia czy zmniejszenia różnorodnych dolegliwości. Wykazując szacunek dla chorego, trzeba go jednak poinformować, że opieka może być skuteczna w określonym stopniu i czasie. Dawanie pełnej nadziei bez uzasadnienia jest nieetyczne wobec chorego” [29].

Śmierć stanowi dla lekarza bolesne doznanie, klęskę i porażkę zawodową. Najtrudniejszą staje się sprawa informowania chorego o jego stanie zdrowia w obliczu śmierci. Należy udzielać moralnego wsparcia, rozumianego jako obecność przy umierającym chorym i towarzyszenie mu w milczeniu. „Godne milczenie”, empatia jest postawą dojrzałą i twórczą wobec każdego chorego, człowieczeństwem dzielącym się z drugim człowiekiem, wspierającym go w trudnych chwilach.

We współczesnym społeczeństwie umieranie ludzi przeważnie odbywa się w szpitalach bez obecności rodziny, toteż obowiązek przygotowania do śmierci pacjenta i jego bliskich w znaczącym stopniu spoczywa na lekarzach i pielęgniarkach, w nich upatruje się autentycznego zaangażowania w opiekę nad chorymi [29].

„Nie jest prawdopodobne, by natura, która wszystkie poprzednie okresy życia doskonale przeprowadziła, niby akty pięknej sztuki zlekceważyła, jak niewprawny poeta, jego akt ostatni. Życie musi mieć przecież swój ostateczny kres, swój moment dojrzałości i przekwitnięcia, jak owoc drzew i płodów ziemi, który opada, gdy już zupełnie dojrzeje. Człowiek mądry powinien poddać się spokojnie tej konieczności” – Epikur.

#### **PIŚMIENNICTWO**

[1] Głuszek S. Problemy etyczne w chirurgii. W: Przegląd Piśmiennictwa Chirurgicznego 2008. Red. W Noszczyk. Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny, Warszawa 2009; 1–9.

- [2] Wroński K, Cywiński J, Depta A. Czy pacjenci są informowani przez lekarzy o stopniu ryzyka proponowanego zabiegu operacyjnego? *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska* 2009; 6: 307–311.
- [3] Głuszek S. Problemy etyczne w chirurgii. W: *Przegląd Piśmiennictwa Chirurgicznego* 2006. Red. W Noszczyk. Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny, Warszawa 2007; 1–8.
- [4] Biesaga T. Etyka cnót w etyce medycznej. *Med Prakt Chir.* 2007; 2: 105–108.
- [5] Beals DA. Virtue ethics in a pluralistic world. *Semin Pediatr Surg* 2001; 10: 179–185.
- [6] Muszala A. Marks, Sartre i medycyna. *Med Prakt Chir* 2009; 3: 111–113.
- [7] Muszala A. „Filozofia głupcze”. Czyli na czym oparta jest etyka lekarska? *Med Prakt Chir.* 2009; 6, 157–160.
- [8] Wright L. Ethical controversies in public solicitations for organs. *Transplant Rev* 2008; 22:184–186.
- [9] Liefeldt L i wsp. Kontraindikationen zur Nierenlebenspende. *Dtsch Med Wochenschr* 2005; 130: 2039–2042.
- [10] Truog RD. The ethics of organ donation by living donors. *N Engl J Med* 2005; 353: 444–446.
- [11] Berman E, Lipschutz JM, Bloom D et al. The Bioethics und Utility of Selling Kidneys for Renal Transplantation. *Transplant Proc* 2008; 40: 1264–1270.
- [12] Banasik M. Living donor transplantation – the real gift of life. Procurement and the ethical assessment. *Annals of transplantation* 2006; 11: 4–6.
- [13] Brown RS. Live Donors In Liver Transplantation. *Gastroenterology* 2008; 134: 1802–1813.
- [14] Johanson SE, Corsten MJ. Facial transplantation in a new era: what are the ethical implications? *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2009; 17: 274–278.
- [15] Bosshard G. Ethical problems in organ transplantation. *Ther Umsch* 2009; 66: 607–611.
- [16] Voo TCH, Campbell AV, de Castro LD. The ethics of organ transplantation: shortages and strategies. *Annals Academy of Medicine* 2009; 38: 359–364.
- [17] <http://www.polskieradio.pl/wiadomości/swiat/arttykul/138018.html>
- [18] Buczyński F. Nadzieja umiera po śmierci. *Dziennik* 2008; 23–24.02: 24–25.
- [19] Biesaga T. Eutanazja – śmierć godna czy niegodna? *Med Prakt Chir* 2005; 5:115–118.
- [20] Jonem JW, McCullough LB, Richman BW. Physician-assisted suicide: has it come of age. *Surgery* 2005; 138: 105–108.
- [21] Meilaender G. Living life’s end *First Things* 2005; 153: 17–21.
- [22] Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. Attitudes and desires related to euthanasia and physician – assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. *JAMA* 2000; 284: 2460–2468.
- [23] Szawarski Z. Co badamy badając eutanazję?. *JAMA* 2001; 3: 221–222.
- [24] Puchalski Z. Refleksje chirurga: nie tylko skalpelem. *Medyk Białostocki* 2001; 2: 1–5.
- [25] Głuszek S. Problemy etyczne w chirurgii. W: *Przegląd Piśmiennictwa Chirurgicznego* 2000. Red. W Noszczyk. Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny, Warszawa 2001; 1–9.
- [26] Quill TE. Jak nawiązać rozmowę o umieraniu z ciężko chorymi pacjentami. *JAMA (PL)* 2001; 3: 195–201.
- [27] Głuszek S. Problemy etyczne w chirurgii. W: *Przegląd piśmiennictwa chirurgicznego* 2004. Red. W Noszczyk. Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny, Warszawa 2005; 1–7.
- [28] Mayor S. Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation. *BMJ* 2001; 322: 509–511.
- [29] Głuszek S. Lekarz wobec cierpienia, umierania i śmierci. W: Jastrząb M, Mastela M, Brożek T et al. *Życie i śmierć. Wyższe Seminarium Duchowne, Kielce* 2007; 32–46.
- [30] Savory EA, Marco CA. End-of-life issues in the acute and critically ill patient. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2009; 17: 21.

**Adres do korespondencji:**

prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek  
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK  
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielce 19  
e-mail: sgluszek@wp.pl  
tel. 41 349 69 09, fax. 41 349 69 16