**EUTANAZJA DEFINICJA**

EUTANAZJA (gr. eu - dobry, łagodny, godny; thanatos - śmierć) - sposób postępowania lub działanie sprowadzające bezboleśnie śmierć jako uwolnienie od bólu (Noury Międzynarodowy Słownik Webstera, wyd. V). E. w tym znaczeniu jest często nazywana „zabijaniem z litości” lub nawet „śmiercią z godnością”.

1. RYS HISTORYCZNO-PRAWNY
E. pojawiła się już u ludów wędrownych, które nieraz stosowały praktykę porzucania ludzi starych i niedołężnych oraz zabijania dzieci. Na wyspie Kos (Morze Egejskie) starcom, będącym „ekonomicznym ciężarem”, podawano napój z trucizną. Zabijanie upośledzonych dzieci było praktykowane w Sparcie. Nad brzegami Gangesu e. miała nawet charakter rytualny. Starców przyprowadzano nad rzekę, wypełniano im usta świętym mułem i wrzucano do rzeki. Zwolennikiem e. był Platon. Uważał on przedłużanie → życia ludzi nieuleczalnie chorych za niecelowe i dlatego zalecał lekarzom zaprzestanie terapii → pacjenta, który nie wykazuje dostatecznych sił witalnych. Lekarz powinien pozwolić umrzeć takim osobom, a „mających duszę nikczemną i nieuleczalną nawet zabić” (Państwo 409,1). Arystoteles z kolei zalecał, aby „żadne kalekie dziecko nie było dalej wychowywane” (Polityka VII, 14). W czasach antycznych praktykowano więc na różne sposoby e. Jedynie lekarze z kręgu Hipokratesa odrzucali zabijanie dzieci i pomoc przy uśmiercaniu, poddając terapii również osoby nieuleczalnie chore. Uczniowie Hipokratesa nie zdołali jednak powstrzymać idei sprzyjających e.
Pojawiały się one w następnych stuleciach, znajdując kolejnych zwolenników, takich jak np. F. Bacon (1561-1626), który w swoim dziele Nowa Atlantyda (1605) stwierdził, że zadaniem lekarza jest nie tylko przywracać → zdrowie, ale również - gdy nie ma nadziei na wyleczenie - pomóc choremu umrzeć, „bo jedynym co możemy dla tego człowieka uczynić w tym momencie jest eutanazja”.
W XIX w., pod wpływem filozofii D. Humea (1711-76) i A. Schopenhauera (1788-1860) rozpowszechniano opinie przychylne → samobójstwu. Zaczęto wysuwać postulat, aby nieuleczalnie chorym przyznać prawo do → śmierci, a lekarzowi pozwolić, w określonych wypadkach, na uśmiercanie swoich pacjentów. Tę opinię podzielał również F. Nietzsche (1844-1900), który w związku z odrzuceniem istnienia Boga uważał człowieka za twórcę i absolutnego pana swojego życia. Jego zdaniem naturalna śmierć nie ma sensu, dlatego człowiek jako istota rozumna powinien decydować o końcu swego życia. Gloryfikacja człowieka mocnego i wartościowego prowadziła u Nietzschego do powstania pojęcia życia „bezwartościowego”, a nawet „nie-człowieka”. To myślenie zostało jeszcze bardziej rozwinięte w biologiczno-materialistycznych poglądach darwinizmu społecznego i ideologii nazistowskiej, gdzie człowieka oceniano nie ze względu na daną mu przez Boga godność, ale wg wymiernych osiągnięć i pożytku dla społeczeństwa i narodu. Pod wpływem tych poglądów prawnik K. Binding (1841-1920) i psychiatra A. Hoche (1865-1943) w swoim słynnym dziele Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Leben (Leipzig 1920) postawili wniosek, aby ludzkie życie traciło właściwość dobra chronionego przez prawo, gdy nie ma wartości dla społeczeństwa. Stwierdzenie to stało się wkrótce teoretyczną podstawą wielkiej hitlerowskiej akcji niszczenia psychicznie chorych oraz ludzi nieproduktywnych; jej ofiarą paść miało w samych Niemczech ok. 275 tys. ludzi.
Antropologia identyfikująca człowieczeństwo z racjonalnymi i duchowymi zdolnościami człowieka rozwijała się także po II wojnie światowej. Na szczególną uwagę zasługuje tutaj działalność J. Fletchera i G. Williamsa.
Historia debaty na temat e. wyraźnie wskazuje na tendencje, które uzależniają ochronę życia od przydatności społecznej człowieka i stanowi odbicie określonego światopoglądu. Godność osoby zostaje zredukowana do jej biologicznej i ekonomicznej sprawności. Człowiek traci prawo do życia, gdy staje się dla drugich ciężarem. Obecnie tendencje proeutanazyjne są równie żywe, ale podpierają się inną argumentacją. Najczęściej mówi się o litości i współczuciu wobec człowieka cierpiącego. Podkreśla się także prawo człowieka do wyboru momentu swojej śmierci. Takie stanowisko prezentuje dwóch powszechnie znanych zwolenników e.: J. Kevorkian z USA, który pomógł popełnić samobójstwo kilkudziesięciu osobom, oraz Ph. Nitschke - australijski lekarz, znany jako konstruktor specjalnego urządzenia nazwanego maszyną śmierci. Pierwsza maszyny użyła chora na raka Janet Mills, która w obecności męża i konstruktora popełniła samobójstwo.
Klimat sprzyjający e. tworzą prężnie działające towarzystwa zabiegające o przyznanie człowiekowi prawa do śmierci. Do najważniejszych zalicza się: Concern for Dying (150 tys. członków), The Society for Right to Die (50 tys. członków), stowarzyszenie Hemlock w Kalifornii (7 tys. członków). Na całym świecie działa ok. 30 ruchów na rzecz legalizacji e., m.in. w Australii, Belgii, Danii, Francji, Hiszpanii, Indiach, Japonii, Kanadzie, Niemczech, Norwegii, Nowej Zelandii, Południowej Afryce, Szwajcarii, Szwecji, USA, Zimbabwe. Obecnie e. jest legalna w Holandii i Belgii. W 1993 r. parlament holenderski zatwierdził prawo gwarantujące lekarzom immunitet nietykalności w przypadkach e. za → zgodą pacjenta. W 1995 r. ustawą tą objęto także osoby cierpiące fizycznie lub psychicznie. Kolejna ustawa, zatwierdzona 10 IV 2001 r., uznała za zgodne z prawem uśmiercanie chorych, jeżeli zostaną spełnione trzy warunki: 1° pacjent jest nieuleczalnie chory, 2° przeżywa cierpienia nie do zniesienia, 3° dobrowolnie, jednoznacznie i po raz kolejny wyraża życzenie śmierci. Lekarz jest zobowiązany działać starannie, skonsultować się z drugim lekarzem, a po dokonaniu czynności zgłosić zgon w Urzędzie Miasta lub Gminy specjalnemu przedstawicielowi prawa, zw. koronerem. Aż 90% obywateli Holandii opowiada się za ustawą o e., a nawet uznaje ją za znaczące osiągnięcie. Ok. 6 tys. Holendrów rocznie wybiera ten sposób śmierci; wśród nich jest bardzo wielu ludzi starych, u których potwierdzono „brak nadziei”. Ta liczba stanowi 2-3% w rocznej statystyce zgonów. W praktyce jednak zgłasza się tylko 40% przypadków uśmiercania przez e. Z badań przeprowadzonych w V 2001 r. wynika, że lekarze holenderscy dokonują e. na chorych, którzy nie są zdolni wyrazić swojej woli, a także na tych, którzy są w stanie podjąć decyzję, ale nie zostali poproszeni o wyrażenie zgody. Jako decydujący motyw nieproszonej pomocy w umieraniu lekarze podają stan „cierpienia nie do zniesienia”, a także inne argumenty, np. „rodzina nie może sobie poradzić” lub „jakość życia pacjenta jest zbyt niska”. Statystycznie nie jest możliwe do uchwycenia, czy chorzy na raka, → AIDS, upośledzone noworodki oraz ludzie z otępieniem umysłowym umierają na skutek e., czy też choroby podstawowej.
W Belgii parlament ustawę o e. przyjął 16 V 2002 r. Zgodnie z prawem warunkiem dopuszczenia aktywnej pomocy w → umieraniu jest nie tylko „sytuacja bez wyjścia, spowodowana wypadkiem czy nieuleczalną chorobą”, lecz także przypadek „trwałych i nieznośnych cierpień fizycznych lub psychicznych, które nie doprowadzą do śmierci w przewidywalnym czasie”. Pacjent musi złożyć najpierw ustne albo pisemne oświadczenie woli. Zachowuje ono ważność przez 5 lat. E. dokonuje się takie wtedy, gdy pacjent - np. po wypadku - pozbawiony jest świadomości i znajduje się w stanie, który nie rokuje przeżycia. Możliwość, aby w tym czasie mogło się zmienić nastawienie w sprawie decyzji o poddaniu się e. nie zostaje uwzględniona. W nagłych wypadkach lekarz musi się przekonać, czy osoba deklarująca zgodę na śmierć w momencie swojej decyzji była pełnoletnia, zdolna do podejmowania czynności prawnych i w pełni świadoma. Jeżeli osoba jest ciężko chora, ale nie zbliża się jeszcze do śmierci, musi wyrazić swoje żądanie e. na piśmie z podaniem daty. Lekarz pierwszego kontaktu powinien skonsultować się z drugim lekarzem - specjalistą od danej choroby - albo z psychiatrą. Pomiędzy prośbą a medycznym zabiegiem prowadzącym do śmierci muszą upłynąć 4 tygodnie. W tekście ustawy podkreśla się, że prośba o e. nie może nastąpić „pod wpływem zewnętrznego nacisku”. Delikatna sugestia może jednak się pojawić ze strony rodzinnego otoczenia wnioskodawcy, a to jest szczególnie trudne do udowodnienia w przypadku osób starych i psychicznie chorych. Wielu z nich ulega także ciągle powtarzanemu argumentowi finansowego obciążenia w wypadku długiej i nieuleczalnej choroby. Te aspekty wydają się być zauważane przez inicjatorów ustawy, którzy starają się osłabić jej wyrazistość, powołując się na zapis o rozszerzeniu opieki paliatywnej.

2. OPIS I PODZIAŁY EUTANAZJI E. może być dokonana za zgodą lub bez zgody osoby poddanej śmierci. Gdy chory samodzielnie wyraża świadome żądanie pozbawienia go życia, mówi się o e. dobrowolnej. E. niedobrowolna to spowodowanie śmierci człowieka chorego, gdy ten nie jest w stanie wyrazić swojej woli, ponieważ np. jest nieprzytomny. Katechizm Kościoła Katolickiego mówi o e. bezpośredniej, która, niezależnie od motywów i środków, polega na położeniu kresu życiu osób upośledzonych, chorych lub umierających.
Wg encykliki Evangelium vitae „przez e. w ścisłym i właściwym sensie należy rozumieć czyn lub zaniedbanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia” (EV 65). W tym kontekście rozróżnia się e. czynną i bierną. Terminu „e. czynna” używa się odnośnie do tych metod medycznych, których bezpośrednim celem jest skrócenie ludzkiego życia. E. bierna oznacza nieuzasadnione zaprzestanie leczenia w celu przyśpieszenia śmierci. E. może mieć charakter → zabójstwa lub samobójstwa. Samobójstwo z kolei może być samodzielne lub wspomagane przez innych. Od e. należy odróżnić rezygnację z → uporczywej terapii oraz działań, których pierwszorzędnym celem jest złagodzenie cierpień przez terapie paliatywne.

3. OCENA MORALNA
ARGUMENTY ZA EUTANAZJĄ. Wg zwolenników e. o wartości życia decyduje jego jakość. Inspirowani utylitaryzmem, uważają oni, że e. jest korzystna dla pacjenta, gdy dotyka go nieznośne cierpienie. Absolutyzując wolność, sądzą, że każdy człowiek ma prawo dokonywać suwerennych decyzji dotyczących jego życia i momentu śmierci. W tym kontekście twierdzi się, że jeśli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia woli, a ogromnie cierpi, lekarz może domniemywać, że chory życzyłby sobie śmierci, gdyby mógł to wyrazić. E. byłaby więc wyjściem naprzeciw potrzebom umierających, a dokonujący jej postrzegani są jako humaniści wrażliwi na → ból. ARGUMENTY PRZECIW EUTANAZJI. Przeciwnicy e., odwołując się głównie do etyki personalistycznej, podkreślającej godność osoby ludzkiej, uważają e. za moralne zło. W uzasadnieniu tej oceny przytaczają następujące racje:
1° przykazanie „nie zabijaj” jest stanowczym wezwaniem do uszanowania zasady nienaruszalności życia fizycznego i integralności osobistej;
2° zaakceptowanie e. przekreśla sens życia wspólnotowego, powodując, iż społeczeństwo, zamiast być wspólnotą i miejscem dla każdego, staje się enklawą dla wybranych: bogatych i zdrowych;
3° prawna aprobata e. może spowodować zaniechanie troski i opieki nad chorymi; nie zawsze szczere są motywy współczucia i litości;
4° legalizacja e. zmienia spojrzenie na główne zadanie lekarza; zasadnicza → relacja lekarz-chory jest oparta na obustronnym zaufaniu, natomiast wprowadzenie e. niszczy nieodwracalnie to zaufanie, ponieważ pacjent w krytycznym stadium choroby nie będzie wiedział, w jakim charakterze zbliża się do niego lekarz: czy przychodzi go leczyć lub łagodzić ból, czy zadać śmierć;
5° po legalizacji e. może pojawić się niebezpieczeństwo zawierania umów między rodziną a lekarzem w celu przyśpieszenia śmierci chorego; relacja zaufania przerodzi się w nieufność, wątpliwości i strach;
6° trudna do rozwiązania jest także kwestia stopnia pewności co do nieuleczalności danej choroby; choć aktualnie jakaś choroba nie rokuje szans wyleczenia, może stać się uleczalna, ponieważ zawsze istnieje prawdopodobieństwo wykrycia nowych metod leczniczych i terapeutycznych; postęp → medycyny odbywa się w dużej mierze dzięki tzw. przypadkom beznadziejnym, skłaniającym do stosowania nowatorskich zabiegów i leków;
7° legalizacja e. sprawi, że osoby nieuleczalnie chore będą czuły presję wybierania wcześniejszej śmierci, gdyż w złym tonie będzie trwanie w cierpieniach aż do naturalnego końca.

4. GŁOS KOŚCIOŁA NEGATYWNA OCENA EUTANAZJI. Oficjalne odrzucenie e. przez Kościół miało miejsce w 1940 r. Społeczność niemiecka zadała wtedy Świętemu Oficjum pytanie, czy wolno zabijać bezpośrednio z rozkazu władzy państwowej tych, którzy chociaż nie popełnili żadnej winy zasługującej na karę śmierci, to z powodu swych obciążeń fizycznych i psychicznych nie są użyteczni dla narodu, lecz raczej uważa się ich za ciężar i przeszkodę na drodze rozwoju. W odpowiedzi Święte Oficjum stwierdziło: „Takie działanie jest przeciwne prawu naturalnemu i boskiemu pozytywnemu”. Praktyki e. odrzucił zdecydowanie Pius XII w encyklice Mistici Corporis Christi (1943): „Krew tych niewinnych ludzi, tak ukochanych przez Zbawiciela, jak i godnych najwyższego współczucia, woła z ziemi do Boga”. Kilka lat później myśl tę podjął Sobór Watykański II, uznając to wszystko, co godzi w samo życie ludzkie - a zatem i e. — za praktyki hańbiące i „sprzeczne z czcią należną Stwórcy” (KDK27). E. zdecydowanie odrzucił kard. Villot w liście z 3 X 1970 r., skierowanym w imieniu Pawła VI do Międzynarodowej Federacji Lekarskich Stowarzyszeń Katolickich. Potwierdzenie takiego stanowiska znajduje się w Allokucji Pawła VI z 8 VIII 1975 r., adresowanej do Kongresu Medycyny Psychosomatycznej .
Deklaracja o eutanazji Iura et bona Kongregacji Nauki Wiary (1980) i encyklika Jana Pawła II Evangelium vitae (1995) oceniają e. jako gwałt zadany prawu Bożemu, obrazę godności osoby ludzkiej, zbrodnię przeciw życiu, działanie przeciw ludzkości, niepokojące wynaturzenie. Tylko Bóg może decydować o życiu człowieka w sposób absolutny. Człowiek nie może rozporządzać dobrowolnie swoim życiem, ponieważ jest on tylko użytkownikiem, a nie właścicielem życia. Nie może on nikogo prosić o e. ani kogokolwiek upoważnić do pozbawienia go życia. Wolność nie daje mu takich uprawnień, nawet w obliczu krańcowego cierpienia.
Osoba jest zawsze podmiotem i powinna być przyjęta zgodnie z tym, kim jest: jednostką zachowującą nienaruszalną istotę swego człowieczeństwa. W świetle takiej antropologii e. - zarówno czynna, jak i bierna - jawi się jako działanie niedopuszczalne i jest sprzeczna z obiektywną normą moralną. Do żadnej formy e., zarówno dobrowolnej, jak i niedobrowolnej, nie upoważnia też litość wobec terminalnie chorych, dzieci upośledzonych, chorych umysłowo, starców, osób dotkniętych przez nieuleczalne choroby. „Nie chodzi w tym wypadku o udzielenie choremu pomocy, ale o zamierzone zabójstwo człowieka” (KPSZ 117). Pracownicy służby zdrowia nie mogą pomagać w żadnej praktyce eutanazyjnej i wspomaganym samobójstwie. E. nie może być nigdy usprawiedliwiona, nawet wówczas, gdy jest dokonywana na żądanie pacjenta (EV 66).
Zadanie społeczeństwa chrześcijańskiego nie może się ograniczyć tylko do potępienia e.; trzeba pomagać ludziom odrzucić niehumanitarne aspekty współczesnej kultury, popierać kulturę życia, opartą na poszanowaniu godności osoby ludzkiej, odnaleźć prawdziwe pojęcie myśli chrześcijańskiej o życiu, cierpieniu, śmierci. W tym celu, jak zauważa Jan Paweł II, konieczna jest obecność katolików we wszystkich zarządach i organizacjach narodowych i międzynarodowych, gdzie podejmuje się decyzje wielkiej wagi dla postępu społecznego. Ważne jest także dotarcie do środków społecznego przekazu, wpływających na kształtowanie opinii publicznej. Nie można zaniedbać troski o wychowanie, gdyż poprzez rodzinę dokonuje się skuteczne przyjęcie wskazań dotyczących wartości życia każdego człowieka, także ciężko doświadczonego, wyczerpanego wiekiem czy cierpieniem (Jan Paweł II, Ai partecipanti...).
Encyklika Evangelium vitae zauważa: „Aby sformułować poprawną ocenę eutanazji, trzeba ją przede wszystkim jasno zdefiniować. Przez eutanazję w ścisłym i właściwym sensie należy rozumieć czyn lub zaniedbanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia. Eutanazję należy zatem rozpatrywać w kontekście intencji oraz zastosowanych metod. [...] Poczyniwszy te rozróżnienia, w zgodzie z Magisterium moich poprzedników i w komunii z Biskupami Kościoła Katolickiego, potwierdzam, że eutanazja jest poważnym naruszeniem Prawa Bożego jako moralnie niedopuszczalne dobrowolne zabójstwo osoby ludzkiej. Doktryna ta jest oparta na prawie naturalnym i na Słowie Bożym spisanym, jest przekazana przez tradycję Kościoła oraz nauczana przez Magisterium zwyczajne i powszechne. Praktyka eutanazji zawiera - zależnie od okoliczności - zło cechujące samobójstwo lub zabójstwo” (65).
ŁAGODZENIE CIERPIENIA I ZGODA NA ŚMIERĆ. Łagodzenie cierpienia jest alternatywą wobec e. Proponują je przecie wszystkim organizacje skupione wokół Kościoła katolickiego oraz ruch opieki hospicyjno-paliatywnej. Składa się na nie m.in.: uśmierzanie bólu, towarzyszenie choremu i ukazywanie sensu cierpienia.
Zgodnie z Deklaracją o eutanazji chory może złagodzić swoje cierpienie, stosując środki przeciwbólowe, również narkotyki. „Nie byłoby roztropnym kłaść jako normę zasadniczą heroiczne znoszenie cierpień. Przeciwnie, roztropność ludzka i chrześcijańska sugeruje dla większej części chorych używanie leków, które mogą zmniejszyć cierpienie” (IB 3). Środki te, choćby nawet ograniczały świadomość i pośrednio skracały życie, można stosować pod warunkiem zachowania wymogów prawa moralnego. Euangelium vitae podkreśla, że nie należy traktować terapii paliatywnych jako e.
Aby zapobiec e., konieczne jest zapewnienie choremu ludzkiego wsparcia. Obejmuje ono opiekę psychosocjalną i duchową, pielęgnację oraz poprawę → jakości życia. Istotną rolę pełni tu obecność przy chorym, umiejętność słuchania i rozmowy, a także wsparcie rodziny. Chrześcijańską alternatywę wobec e. można upatrywać w aksjologii → cierpienia. Człowiek wierzący nie odbiera doświadczenia bólu jako przytłaczającego i niewytłumaczalnego absurdu, lecz dzięki zbawczej misji Chrystusa widzi w nim sens. „Można powiedzieć, że wraz z męką Chrystusa całe ludzkie cierpienie znalazło się w nowej sytuacji [...]. W Krzyżu nie tylko odkupienie dokonało się przez cierpienie, ale samo cierpienie ludzkie zostało też odkupione” (SD 19). Szczególną rolę w przekazywaniu tych prawd pacjentom odgrywają duszpasterze, posługujący w → hospicjach i szpitalach.
Od zamierzonego dokonania e. należy odróżnić zezwolenie na śmierć. Z samobójstwem lub e. nie jest równoznaczna rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych (EV 65). Lekarz nie jest zobowiązany do stosowania → środków nieproporcjonalnych, ajego postępowanie nie jest wówczas e. Gdy stan chorego nie rokuje nadziei na poprawę, lekarz ma moralne prawo nie stosować intensywnej terapii ani reanimacji, lecz pozwolić pacjentowi spokojnie umrzeć.
Istnieją również granice, do jakich pacjent jest zobowiązany poddać się leczeniu. Najbardziej oczywiste i podstawowe ograniczenie dotyczy efektywności leczenia i jego uciążliwości. Jeżeli szanse wyleczenia lub przywrócenia sprawności są małe albo żadne, pacjent nie musi poddawać się leczeniu. Może on też odrzucić leczenie, gdy nie jest w stanie znieść bólu lub okaleczenia, jakich ono wymaga. Równocześnie wobec pacjenta znajdującego się w → stanie terminalnym powinno się stosować zwykłe metody leczenia (środki proporcjonalne) i towarzyszyć mu w umieraniu. W obliczu nieuchronnej śmierci pacjenta ważne jest przesunięcie nacisku z leczenia na zapewnienie komfortu i polepszenie jakości pozostałego mu jeszcze czasu. Człowiek ma prawo do śmierci we własnym domu, w otoczeniu najbliższej rodziny.

LITERATURA KDK 27; IB; KKK 2277-2279; KPSZ 147-150; Jan Paweł II: SD 19; EV 64-67; O cierpieniu. Wypowiedzi Ojca Świętego do chorych i pracowników służby zdrowia 1978-1982, Warszawa 1985; Ewangelia cierpienia. Wybór przemówień i dokumentów, Kraków 1997. N. Aumonier, B. Beignier, R Letellier, Eutanazja, Warszawa 2003; A. Bartoszek, Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej, Katowice 2000; W Botoz, Zycie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioetyczne, Warszawa 1997; W. Bołoz, M. Ryś (red.), Między życiem a śmiercią. Uzależnienia, eutanazja, sytuacje graniczne, Warszawa 2002; T. Brzeziński, Etyka lekarska, Warszawa 2002; H.P. Dunn, Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów, Tarnów 1997; J. Dziedzic, Eutanazja w kontekście ludzkiego cierpienia w interpretacji etyki katolickiej, (w:) B. Błock, W Otrębski, Człowiek nieuleczalnie chory, Lublin 1997; tenże, Eutanazja a religijność, Kraków 1999; R. Fenigsen, Eutanazja. Śmierć z wyboru?, Poznań 1994; M. Gałuszka, K. Szewczyk, Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego, Warszawa 2002; K. Gryz, B. Mielec (red.), Chrześcijanin wobec eutanazji, Kraków 2001; W. Gwóźdź, Eutanazja jako problem moralny, „Studia Sandomierskie” t. 2 (1981); T. Kielanowski (red.), Etyka i deontologia lekarska, Warszawa 19852; S. Olejnik, Etyka lekarska, Katowice 19952; M. Szeroczyńska, Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie, Kraków 2004; T. Ślipko, Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki, Warszawa 19942; J. Wróbel, Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych, Kraków 1999. Jan Dziedzic (Encyklopedia bioetyki)