

AGATA STRZAŁA  
Zakład Humanistycznych  
Nauk Lekarskich,  
Studium Humanistyczne,  
Uniwersytet im. Piastów Śląskich  
we Wrocławiu  
ORCID: 0000-0002-3465-8025

DOI: 10.4467/12311960MN.23.036.19086

# Geneza świadomej zgody w medycynie krajów anglojęzycznych. Od narkozy do świadomości i od kontraktu do praw

## Origins of informed consent in medicine in English-speaking countries. From narcosis to consciousness and from contract to rights

### Summary

The text presents the origins of informed consent in medical practice and research, with a special focus on English-speaking countries. The introduction of anesthesia into medical practice resulted in the emergence of a new group of injured patients who operated in the unconscious state, have no control over medical intervention, and complain that they were subjected to procedures to which they did not agree. The second impulse is experimenting involving humans in the 18th and 19th centuries, some cases gain considerable publicity (e.g. infection with pathogens) and led to high-profile trials in which the argument of patients' consent to participate in a non-therapeutic experiment appeared. In the case of therapeutic experiments, the principle of the patient's benefit prevails over his autonomy. The third factor is a gradual transition from the individual approach of the doctor to the patient, based on virtue ethics, to understanding the relationship between the doctor and the patient in terms of a contract. Then, the transition from the contract to general rights and the formulation of general patient rights.

**Słowa kluczowe:** świadoma zgoda, etyka badań z udziałem ludzi, John Gregory, Thomas Percival, Albert Moll

**Keywords:** informed consent, ethics of research on human subjects, John Gregory, Thomas Percival, Albert Moll

## Wprowadzenie

Pojęcie świadomej zgody jest stosunkowo nowe, zaczęło się bowiem formułować na przełomie XIX i XX stulecia. W praktyce lekarskiej natomiast rozpowszechniło się w drugiej połowie ubiegłego wieku, a dopiero w ostatnich dziesięcioleciach świadoma zgoda stała się wymaganym standardem w wielu krajach świata, zwłaszcza tych będących sygnatariuszami Deklaracji genewskiej i Deklaracji helsińskiej. Jej historia, znaczenie i praktyka nie są oczywiste ani znane. Wiąże się ona także z wieloma problemami etycznymi, prawnymi i praktycznymi.

Świadoma zgoda wypływa z szerszej zasady respektowania autonomii pacjenta, która w 2017 r. została dopisana do Deklaracji genewskiej<sup>1</sup>. W Polsce jest ona wymagana przed podjęciem leczenia, jak można przeczytać na stronach Naczelnej Izby Lekarskiej: „świadoma zgoda pacjenta to jednostronne, odwołalne oświadczenie woli, dzięki któremu wyłączona zostaje bezprawność interwencji medycznej (w granicach prawnie dopuszczalnych) przy jednoczesnym przejęciu przez pacjenta (lub osoby wyrażającej zgodę w jego imieniu) ryzyka zwykłych następstw związanych z udzielanym świadczeniem”<sup>2</sup>.

Z wyjątkiem sytuacji nagłych, wymagających natychmiastowej interwencji lekarskiej, a także zagrażających bezpośrednio życiu i zdrowiu pacjenta lub osób trzecich<sup>3</sup> oraz kiedy zagrożone jest zdrowie publiczne (np. obowiązkowe leczenie niektórych chorób zakaźnych<sup>4</sup>) albo gdy pacjent ze względu na stan zdrowia i wiek nie jest w stanie

---

<sup>1</sup> Deklaracja Genewska (2017), tłum. M. Czarkowski, R. Krajewski, Ośrodek Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej, Warszawa, [https://nil.org.pl/uploaded\\_files/art\\_1585658759\\_deklaracja-genewska2.pdf](https://nil.org.pl/uploaded_files/art_1585658759_deklaracja-genewska2.pdf) [dostęp: 13.02.2023].

<sup>2</sup> *Udzielanie świadomej zgody*, Naczelna Izba Lekarska, <https://nil.org.pl/dla-lekarzy/prawo/dokumentacja-medyczna/4262-udzielenie-swiadomej-zgody> [dostęp: 2.02.2022].

<sup>3</sup> Art. 18. ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. z 2022 r. nr 0, poz. 2123.

<sup>4</sup> Art. 40. ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U. z 2023 r. nr 0, poz. 1284.

podejmować decyzji lub się komunikować – leczenie bez zgody pacjenta jest zabronione<sup>5</sup> i karalne<sup>6</sup>.

Zgoda lub odmowa leczenia oznacza decyzję kompetentnego pacjenta, czyli osoby niebędącej ubezwłasnowolnioną, zdolnej do rozumienia i komunikacji. Zgodę dzieci do lat 16 zgodnie z zaleceniem Kodeksu Etyki Lekarskiej powinno się uzyskać<sup>7</sup>, ale nie jest ona prawnie wiążąca. Od 16. do 18. roku życia należy pozyskać zgodę zarówno rodzica lub opiekuna prawnego, jak i małoletniego. W przypadku osób niekompetentnych decyzję podejmują opiekuni prawni, faktyczni, sąd, a w sytuacjach nagłych – personel medyczny. Świadomość natomiast to zrozumienie, na czym polega leczenie, jego konsekwencje i alternatywy, a także skutki uboczne czy ryzyka, które poprzedzone jest udzieleniem informacji przez lekarza – ustnie lub pisemnie. Analogiczne rozwiązania prawne obowiązują w innych krajach świata, chociaż różnią się w pewnych konkretnych rozwiązaniach, np. wieku świadomej zgody w przypadku osób niepełnoletnich<sup>8</sup>, możliwych środkach przymusu, odpowiedzialności prawnej lekarzy etc.

W tekście przedstawiono genezę i historyczne czynniki wpływające na ukształtowanie się świadomej zgody w medycynie, stanowiących splot postępu sztuki leczenia, w szczególności dynamicznego rozwoju chirurgii i anestezji, rozpowszechnienia metody eksperymentalnej w medycynie oraz nowych trendów kulturowych związanych z autonomią i podmiotowością jednostek. Tekst ukazuje kształtowanie się pojęcia świadomej zgody ze szczególnym uwzględnieniem krajów anglojęzycznych, z odniesieniami do istotnych przykładów z Prus, czasów Republiki Weimarskiej oraz Francji. Ze względu na obszerność zagadnienia, a także, ponieważ zostało to opracowane w innych publikacjach, tekst nie podejmuje bezpośrednio pojęcia świadomej zgody w praktyce i dyskursie eugenicznym<sup>9</sup>. Osobne analizy poświęcono

---

<sup>5</sup> Art. 34. ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. z 2022 r. nr 0, poz. 1731.

<sup>6</sup> Art. 192. Rozdział XXIII. Przestępstwa przeciwko wolności. Część szczegółowa. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz.U. z 2022 r. nr 0, poz. 1138.

<sup>7</sup> Art. 15 pkt 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej z 2003 r.

<sup>8</sup> W.J. Morton, M. Westwood, *Informed consent in children and adolescents*, "Paediatrics & Child Health" 1997, vol. 2, no. 5, s. 329–333.

<sup>9</sup> K. Uzarczyk, *Podstawy ideologiczne higieny ras i ich realizacja na przykładzie Śląska w latach 1924–1944*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2002; eadem, *Niechciane dzieci nazizmu: eugeniczna eutanazja w dziecięcej klinice psychiatrycznej w Lublińcu w latach 1942–1944*, [w:] J. Kolbuszewski (red.), *Problemy współczesnej tanatologii: medycyna, antropologia kultury, humanistyka*, Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, Wrocław 2012, s. 203–210; A. Strządała, *Od Galtona do Watsona: przemiany pojmowania eugeniki w XIX i XX wieku*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2010.

kształtowaniu się pojęcia autonomii osoby w filozofii Johna Locka<sup>10</sup>, a także Immanuela Kanta<sup>11</sup>. Ponadto nieco odrębnym zagadnieniem są dokonania polskiej myśli deontologicznej, o wkładzie Tadeusza Kielanowskiego<sup>12</sup> czy Jerzego Sawickiego<sup>13</sup> w odniesieniu do zagadnienia zgody na leczenie traktują inne opracowania<sup>14</sup>.

## Świadomość pacjenta, narkoza a odpowiedzialność lekarza

Kwestia odpowiedzialności lekarzy podejmowana była od najdawniejszych czasów, jednak tyczyła się raczej uprawnień lekarzy poszczególnych specjalności, a także konsekwencji szkód powstałych w wyniku leczenia. W kodeksie Hammurabiego na przykład śmierć pacjenta podczas zabiegu polegającego na nacięciu tkanek skutkowała w przypadku niewolnika zadośćuczynieniem, czyli odkupieniem „nowego” niewolnika. Natomiast zgon pacjenta „wolnego” karano, obcinając lekarzowi ręce<sup>15</sup>, uniemożliwiając mu kontynuowanie zabiegów. Nie podnoszono natomiast wprost sprawy podejmowania decyzji.

Rozwój narkozy, który wyznaczał przełomowe wydarzenia, takie jak pokaz narkozy podczas zabiegu dentystrycznego w 1846 r. przez Williama T.G. Mortona czy w 1848 r. zastosowanie chloroformu podczas porodu przez Jamesa Younga Simsona<sup>16</sup>, nie tylko otworzył drogę do dłuższych, bardziej zaawansowanych, inwazyjnych operacji, ale też zmienił sytuację samego pacjenta. Staje się on zupełnie bezwolny wobec operatora, budzi się bez świadomości, co się z nim działo.

Coraz szersze wykorzystanie anestezji u schyłku XIX i w początkach XX w. sprawia, że pojawia się nowa grupa poszkodowanych i niezadowolonych pacjentów. Po przebudzeniu stwierdzają, że ich stan znacząco odbiega od tego, co deklarowali lekarze. Najwcześniejszymi świadectwami dochodzenia swoich praw przez tego typu pacjentów są

<sup>10</sup> M. Nowacka, *Johna'a Locke'a rozumienie osoby ludzkiej jako źródło współczesnej koncepcji autonomii pacjenta*, „Studia z Historii Filozofii” 2019, nr 1(10), s. 123–139.

<sup>11</sup> J. Varelius, *The value of autonomy in medical ethics*, „Medicine, health care, and philosophy” 2006, nr 9(3), s. 377–388.

<sup>12</sup> T. Kielanowski (red.), *Etyka i deontologia lekarska*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1985.

<sup>13</sup> J. Sawicki, *Przymus leczenia i eksperyment lekarski w świetle prawa*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1964.

<sup>14</sup> M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice pacjenta do samostanowienia*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, Warszawa 2012.

<sup>15</sup> *The Code of Hammurabi*, tłum. L.W. King, pkt 218–219, <https://avalon.law.yale.edu/ancient/hamframe.asp> [dostęp: 2.03.2023].

<sup>16</sup> A.-G. Lalkhen, *Ból. Mózg, opioidy i zagadki medycyny*, tłum. Ł. Müller, Znak, Kraków 2021, s. 57.

sprawy w Stanach Zjednoczonych Ameryki. Wytyczają one kierunek, w jakim rozwija się pojęcie świadomej zgody.

Jedną z pierwszych takich spraw sądowych w USA była *Mohr vs Williams*, dotycząca pacjentki, która zgodziła się na zabieg na prawym uchu. W czasie gdy była ona nieprzytomna pod wpływem anestezji, lekarz zmienił decyzję, uważając, że operacja lewego ucha jest bardziej potrzebna. W wyniku tego zabiegu niedosłuch pacjentki jeszcze się pogłębił. Mohr pozwała chirurga, a sąd przyznał jej rację, że chirurg powinien uzyskać zgodę na operowanie drugiego ucha. Inne podobne sprawy z 1905 r. – *Pratt vs Davis* czy *Rolater vs Strain* – rozstrzygano na korzyść pacjentów i ich prawa do wydania zgody lub odmowy poddania się leczeniu chirurgicznemu. Sprawa *Pratt vs Davis* toczyła się z powodu histerektomii wykonanej bez zgody pacjentki w celu leczenia epilepsji. Lekarz świadomie zataił cel operacji, zakładając, że epilepsja ogranicza zdolność kobiety do podejmowania decyzji. Natomiast sprawa *Rolater vs Strain* tyczyła się usunięcia kości stopy w trakcie zabiegu, który miał na celu drenaż i oczyszczenie miejsca infekcji, przy czym pacjent wyraźnie zaznaczył, że nie życzy sobie amputacji<sup>17</sup>.

Kolejnym kamieniem milowym w kodyfikacji świadomej zgody była sprawa *Schloendorff vs Society of New York Hospital* z 1914 r. Pacjentce podczas operacji usunięto nie tylko guz, na co ta się zgodziła, ale i całą macicę. Sąd orzekł, że podstawowym prawem pełnoletniego obywatela, będącego przy zdrowych zmysłach, jest dysponowanie swoim ciałem zgodnie z własną wolą. Ponadto, że chirurg podejmujący się operacji bez zgody jest winnym przestępstwa i musi zadośćuczynić za wyrządzone szkody<sup>18</sup>.

Jak zauważają autorzy badań dotyczących historii autonomii pacjentów w Ameryce – Bazzano, Durant i Brantley – powódkami tego typu spraw były głównie kobiety. Dochodziły swych praw do samostanowienia w kontekście medycznym, mimo że w owym czasie nie miały jeszcze praw wyborczych<sup>19</sup>. Ciało ma wymiar polityczny, dysponowanie swoim ciałem w określonym kontekście społecznym może być aktem zbrodniczym, świętokradczym, ale też, jak się okazuje, emancypacyjnym.

Samo pojęcie świadomej zgody (ang. *informed consent*) w języku angielskim w USA zostało użyte w dokumentach sądowych w 1957 r.

---

<sup>17</sup> L.A. Bazzano, J. Durant, P.R. Brantley, *A Modern History of Informed Consent and the Role of Key Information*, "The Ochsner Journal" 2022, vol. 21, no. 1, s. 81–85.

<sup>18</sup> Ibidem, s. 2.

<sup>19</sup> Ibidem.

w sprawie *Salgo v Leland Stanford Jr University Board of Trustees*, która dotyczyła paraliżu kończyn dolnych spowodowanych działaniem środka kontrastującego wprowadzonego do aorty w celu zbadania stopnia arteriosklerozy. Pacjent pozwał klinikę i głównego chirurga, skarżąc ich o nieujawnienie ryzyka związanego z podaniem kontrastu<sup>20</sup>. Ostatecznie zawyrokowano, że lekarze powinni informować o możliwych skutkach ubocznych, a pacjent ma prawo podjąć świadomą decyzję, zarówno jeśli chodzi o procedury lecznicze, jak i diagnostyczne. Decyzyjność i informowanie pacjentów w medycynie poszerzają się o wydanie lub odmowę zgody nie tylko na interwencje terapeutyczne, ale także na diagnostykę, zwłaszcza w przypadku wszelkich procedur obciążonych znacznym ryzykiem pogorszenia stanu zdrowia. Łączy się to z nowym obowiązkiem lekarza, czyli informowaniem o stanie zdrowia, leczeniu i jego celach oraz ryzyku.

Kwestie świadomej zgody omawiano też w innych krajach. Zakaz zmuszania pacjentów do leczenia, nawet jeśli są oni osadzeni w więzieniu, a więc pozbawieni wolności w większości aspektów życia, procedowano u schyłku XIX w. w Prusach. W 1891 r. pruski minister spraw wewnętrznych wydał dekret nakazujący posiadanie tuberkuliny w więzieniach na wypadek leczenia gruźlicy, zaznaczając jednak, aby nie podawać go wbrew woli pacjentów<sup>21</sup>. Podobnie jak w Ameryce zgoda na leczenie pojawia się w debacie publicznej w przypadku grup o ograniczonej na co dzień możliwości samostanowienia: kobiet i więźniów. Autonomia wiązała się ze statusem społecznym i politycznym: kobiety, prostytutki, więźniowie, osoby skazane na śmierć nie były pełnoprawne w kontekście medycznym, standardowo częściej i łatwiej korzystano z ich ciał w celach naukowych, sytuacja ta powoli zmieniała się na przełomie XIX i XX w.

## **Eksperyment naukowy a władza i ryzyko**

Oprócz narkozy oraz bardziej zaawansowanych, ale też obciążonych znacznym ryzykiem interwencji terapeutycznych i diagnostycznych inne czynniki przyczyniające się do ukształtowania się pojęcia świadomej zgody wywodzą się z etyki badań naukowych z udziałem ludzi. Szersze wykorzystanie sekcji zwłok od czasów renesansu otworzyło drzwi empirycznemu badaniu ludzkiego ciała, początkowo prze-

---

<sup>20</sup> Ibidem, s. 3.

<sup>21</sup> J. Vollmann, R. Winau, *Informed consent in human experimentation before the Nuremberg code*, "British Medical Journal (Clinical research ed.)" 1996, vol. 313, no. 7070, s. 1445–1449.

prowadzano je głównie na ludziach skazanych na śmierć, rozumiejąc autopsję również jako dopełnienie kary. Potem sekcji dokonywano na szerszej populacji, głównie osobach zmarłych w instytucjach opiekuńczych, szpitalach, sierocińcach, na biedakach<sup>22</sup>.

Wykorzystanie gilotyny jako skutecznego, niezawodnego i natychmiastowego sposobu wymierzania kary śmierci wiązało się z postępującą medykacją zadawania śmierci. Kara, jak pisze Grégoire Chamaupou, zmieniła się w eksperyment<sup>23</sup>. W czasach rewolucji francuskiej pojawiały się doniesienia o mrugających, strojących miny lub rumieniących się dopiero co ściętych głowach. Mówiło się o próbach sprawdzenia, czy po ścięciu człowiek zachowuje jeszcze przez chwilę świadomość i zdolność odczuwania, skazani mieliby na przykład mrugać, aby dać znać o tym, że wciąż potrafią się komunikować<sup>24</sup>. Rychłość, nieuchronność i standardowość zadawania śmierci stwarza doskonałe możliwości prowadzenia eksperymentu. Claude Bernard prowadził badania na wątrobach i żołądkach skazańców, którzy tuż przed śmiercią karmieni byli specjalną dietą (1851 r.). Friedrich Küchenmeister zakażał skazańców pasożytami, by sprawdzić, jak rozwijają się w ciele. Louise Pasteur natomiast wnioskował o możliwość zakażenia skazańców wściekliczną. Claude Bernard tak usprawiedliwiał te praktyki: „Uważam, że przeprowadzanie badań nad właściwościami tkanek na ciałach skazańców zaraz po egzekucji jest bardzo użyteczne dla nauki i całkowicie dozwolone. Jeden z helmintologów podał bez pytania kobiecie skazanej na śmierć larwy pasożytów jelitowych, by zobaczyć po jej śmierci, jak się rozwinęły”<sup>25</sup>.

Skazanych nie pytano o zgodę. Znamionujące narodziny kliniki szerokie wykorzystanie eksperymentu klinicznego w XVIII w. dotyczy głównie osób o niskim statusie społecznym, w szczególności prostytutek, upośledzonych, ubogich<sup>26</sup>, strukturalnie podległych władzy instytucji medycznych i opiekuńczych. Szybko doszło też do wykorzystania pacjentów nieuleczalnie chorych, na przykład stosowano kurację do eksperymentalnego leczenia tężca czy kwas azotowy do leczenia poważnych zapaleń gardła u dzieci. Rozpowszechnione były eksperymenty nad chorobami zakaźnymi, zakażano chorych, ale i zdrowych ludzi. Szczególnie popularne były badania nad kiłą, kiedy to zarażano

---

<sup>22</sup> M. Foucault, *Narodziny kliniki*, tłum. P. Pieniążek, KR, Warszawa 1999, s. 38–40.

<sup>23</sup> G. Chamaupou, *Podłe ciała. Eksperymenty na ludziach w XVIII i XIX w.*, tłum. J. Bodzińska, K.Thiel-Jańczak, Słowo-Obraz-Terytoria, Gdańsk 2012, s. 33.

<sup>24</sup> *Ibidem*, s. 26–36.

<sup>25</sup> *Za: ibidem*, s. 43.

<sup>26</sup> M. Foucault, *op. cit.*, s. 115–117.

często dzieci, nastolatków czy osoby, które jeszcze nie podjęły współżycia seksualnego.

Szkodliwe skutki większości tego typu praktyk już pod koniec XVIII w. były we Francji impulsem do rozwijania refleksji nad dopuszczalnością eksperymentów z udziałem ludzi, nadrzędną zasadą było przede wszystkim *primum non nocere*, starano się wykluczyć nadużycia dokonywane w imię dobra nauki, ograniczając wolność badań dobrem chorego. W literaturze deontologicznej pisano o przygotowaniu merytorycznym lekarza, jego niezbędnym doświadczeniu zawodowym, wreszcie o testowaniu zwłaszcza nowych, niesprawdzonych środków farmaceutycznych na zwierzętach<sup>27</sup>. Nigdzie jednak nie pojawia się w tym czasie kwestia zgody pacjenta jako zagadnienia istotnego samego w sobie.

We Francji najwcześniejszym przypadkiem dochodzenia roszczeń ze względu na nieuprawniony eksperyment wykonany na bezwolnym dziecku jest tzw. sprawa lyońska z 1859 r., która dotyczyła dziesięcioletniego chłopca w złym ogólnym stanie zdrowia, cierpiącego na grzybicę woszczynową i pozostającego w przytułku pod nadzorem ordynatora Gailletona. Ordynator został poproszony przez lekarza chorób wenerycznych Guyénota o pozwolenie na eksperymentalne leczenie grzybicy przez inkulowanie choremu chłopcu kiły trzeciorzędowej (warstw śluzówki), na co otrzymał zgodę. Wyrok w tej sprawie głosił, że chory nie miał żadnego interesu w uczestniczeniu w tym eksperymencie. Sam akt powinien być kwalifikowany jako przestępstwo polegające na uszkodzeniu ciała, jak pobicie i okaleczenie, ponieważ jego skutki są analogiczne. Ponadto lekarze zdawali sobie sprawę z ryzyka tej procedury, której dokonano nie ze względu na dobro chłopca, jego korzyść terapeutyczną, lecz sławę badacza. Do odpowiedzialności pociągnięto również ordynatora, który pozwolił na eksperyment, mimo że dziecko zostało powierzone jego opiece. Obu ukarano grzywną. W czasie procesu sformułowano też zasady, jakie powinny przyświecać eksperymentom na ludziach, a więc odpowiednie wykształcenie lekarza, uznanie celu terapeutycznego za nadrzędny oraz – jeśli służy on jedynie celom poznawczym – pacjent musi wyrazić na niego zgodę<sup>28</sup>.

Wbrew obiegowym opiniom Kodeks norymberski (1947), powstały w odpowiedzi na nadużycia i zbrodnie popełniane przez lekarzy w imię nauki na więźniach obozów koncentracyjnych, nie był pierw-

<sup>27</sup> G. Chamaupou, op. cit., s. 158–159.

<sup>28</sup> Ibidem, s. 220–222.

szym dokumentem dotyczącym uzyskiwania zgody na eksperyment medyczny u ludzi, chociaż ugruntował pojęcie świadomej zgody w świadomości społecznej oraz uutorował systematyczne stosowanie świadomej zgody w eksperymencie medycznym, wpłynął również na sformułowania Deklaracji helsińskiej<sup>29</sup>. W ostatnich dekadach XIX w. w Prusach toczyła się już debata odnośnie do dobrowolnego udziału ludzi w eksperymentach medycznych. Została ona zainicjowana przez kontrowersje związane z badaniami Alberta Neissera (1855–1916) nad chorobami wenerycznymi. Opracowując metody prewencji syfilisu w 1892 r., wstrzykiwał on pacjentkom przyjętym do kliniki z innego niezależnego powodu serum pobrane od osób ze zdiagnozowaną chorobą. Badanie przeprowadził w nadziei, że tak „zaszczepieni” pacjenci nabywają odporność. Jego pacjentkami były prostytutki lub osoby nieletnie, które nie zdawały sobie sprawy, że biorą udział w eksperymencie, ani nie pytano ich o zgodę na ryzykowną, eksperymentalną procedurę<sup>30</sup>. Kiedy okazało się, że cztery kobiety wróciły do kliniki zarażone syfilisem, Neisser przypisał to faktowi, że były one prostytutkami, a nie, że zaraziły się przez podanie serum, które okazało się nieskuteczne w ochronie przed zakażeniem.

W 1898 r. sprawa Neissera trafiła do sądu, który ukarał badacza grzywną i stwierdził, iż nawet jeśli eksperyment wydawał się mu niegroźny, to powinien on uzyskać uprzednio zgodę od pacjentów<sup>31</sup>. Ostatecznie Neisser otrzymał oficjalną reprymendę i karę finansową. Sprawę omawiano też w parlamencie w 1899 r., w wyniku czego minister odpowiedzialny za sprawy religii, edukacji i medycyny (*Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten*) nakazał sporządzenie raportu przez specjalną komisję odpowiedzialną za naukowe aspekty medycyny (*Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen*). W skład komisji wchodził uznani uczeni tamtej epoki, na przykład autor teorii komórkowej Rudolf Virchow. Raport stwierdzał, że badacze winni poinformować pacjentów o ryzyku infekcji i uzyskać ich dobrowolną zgodę. Niektórzy, jak Emil von Behring, przychylali się nawet do stanowiska, że badacz powinien najpierw eksperyment przeprowadzić na sobie samym, co było wówczas częstą praktyką.

Prawnicy zaangażowani w sprawę doszli natomiast do wniosku, że eksperyment, który nie jest częścią terapii, nie ma celu leczniczego,

---

<sup>29</sup> B. Krzyżewska, *Kodeks Norymberski a autonomia jednostki*, „*Studia Ecologiae et Bioethicae*” 2016, vol. 14, no. 3, s. 171–191.

<sup>30</sup> J. Vollmann, R. Winau, op. cit., s. 1445.

<sup>31</sup> *Ibidem*, s. 1445–1446.

ale jedynie poznawczy, a jeśli dokonywany jest bez zgody pacjenta, to należy go klasyfikować jako przestępstwo takie, jak uszkodzenie ciała<sup>32</sup>. Rozważano też kwestię nacisku na pacjenta i nadużywania uprzywilejowanej pozycji społecznej lekarza. W 1900 r. wydano w Prusach okólnik do szpitali i klinik, mówiący o tym, że wszelkie czynności, które nie są diagnozą, leczeniem lub szczepieniem, są wykluczone w przypadku osób niepełnoletnich lub niemogących podejmować decyzji z innych powodów albo w przypadku pacjentów, którzy nie wyrazili na to zgody. Zastrzegano jednocześnie, że pacjent powinien być wcześniej poinformowany o potencjalnym ryzyku. Nakazywano przy tym, aby takie sytuacje były odnotowywane w dokumentacji i historii choroby pacjenta. Okólnik miał formę nakazu, ale nie był wiążący prawnie, trudno też stwierdzić, na ile go przestrzegano.

W 1931 r. rząd Republiki Weimarskiej wydał wskazówki prowadzenia badań z udziałem ludzi, w którym wyraźnie rozróżniano nowe terapie od nieterapeutycznych eksperymentów. Zgoda pacjenta lub jego legalnego przedstawiciela była wiążąca i konieczna. W przypadku nowych terapii dopuszczano wyjątek, aby w sytuacjach nagłych dla ratowania życia pacjentów mogła być ona wdrożona bez jego zgody. Podtrzymano wymóg sporządzania dokumentacji i wyraźnie określano odpowiedzialność badacza. W ocenie dopuszczalności badań brano pod uwagę relację między potencjalnymi zyskami a szkodami. Wprowadzono też nakaz przeprowadzenia eksperymentów na zwierzętach przed wykonywaniem ich na ludziach. Badania na umierających pacjentach zostały całkowicie zakazane<sup>33</sup>.

Świat akademicki w przeważającej mierze bronił Neissera i podzielał jego poglądy, jednak zdarzały się wyjątki. Neurolog i prekursor seksuologii Albert Moll (1862–1939) w 1892 r. wydał książkę *Ärztliche Ethik: Die Pflichten des Arztes in allen Beziehungen seiner Thätigkei*, w której przeciwstawił się podobnym praktykom, w szczególności bakteriologicznym eksperymentom na ludziach, które często przeprowadzano na umierających pacjentach, wstrzykując im zarazki rzeżączki lub innych chorób. Moll poddał krytyce m.in. eksperymenty Alexandra Strubella, który chcąc „złamać nawyki” diabetyków, czyli częstego picia i oddawania moczu, zamykał ich na poddaszu kliniki w Jenie bez dostępu do wody. Pozbawieni wody pacjenci pili własną urynę<sup>34</sup>.

<sup>32</sup> Ibidem, s. 1445.

<sup>33</sup> Ibidem, s. 1446.

<sup>34</sup> A.-H. Maehle, 'God's ethicist': Albert Moll and his medical ethics in theory and practice, "Medical History" 2012, vol. 56, no. 2, s. 217–236.

Moll, rozwijając swoją etykę lekarską, posługiwał się raczej zdrowym rozsądkiem i poczuciem moralności oraz przyzwoitości, która łączy lekarzy z resztą społeczeństwa niż specyficzną teorią etyczną. Podstawową zasadą według niego, wzorem innych myślicieli tamtego czasu, było dobro pacjenta – wykluczające utylitarystyczne czy eugeniczne rozwiązania. Relacje między lekarzami a pacjentami postrzegał jako kontrakt określający wzajemne obowiązki<sup>35</sup>. Wyraźnie podkreślał, że zadaniem lekarza jest informowanie pacjenta o jego stanie zdrowia, wyjątkiem była niekorzystna, fatalna prognoza, której ujawnienie skutkowało by mogło samobójstwem. W przypadku groźnych chorób zwodzenie pacjentów uważał za dopuszczalne, gdy służyło ono powodzeniu terapii, zapobiegało utracie nadziei przez pacjenta. W przypadku śmiertelnie chorych mówienie całej prawdy należało przeanalizować, biorąc pod uwagę potencjalne skutki dla pacjenta, na przykład ujawnienie prawdy było konieczne, aby pacjent uregulował swoje sprawy, spisał testament etc., lub w przypadku katolików, aby przyjęli ostatnie namaszczenie. Takie podejście było typowe i obecne w wielu pismach deontologicznych, sądzono, że powiedzenie całej prawdy o raku lub gruźlicy, wówczas nieuleczalnych chorobach, może zabić nie tylko nadzieję, ale także samego pacjenta<sup>36</sup>.

W sprawie eutanazji Moll odwoływał się do przysięgi Hipokratesa, zakazującej tej praktyki nawet na żądanie pacjenta. Opowiadał się za to za sedacją paliatywną, aby ulżyć cierpieniom pacjenta, nawet jeśli nie odzyska on już świadomości. Aborcja była dopuszczalna według niego jedynie, gdy kobieta nie mogła urodzić siłami naturalnymi z powodu zbyt wąskich bioder, a cesarskie cięcie było zbyt ryzykowne i jednocześnie kobieta wniosowała o przerwanie ciąży. Jednak, jeśli kobieta wolała podjąć ryzyko cesarskiego cięcia, należało uszanować jej wolę. Gdyby kobieta była nieprzytomna lub umierająca, lekarz mógł przeprowadzić terminację ciąży dla ratowania życia pacjentki.

Odnosząc się do eksperymentów z udziałem ludzi, krytykował ustalenia komisji debatującej w sprawie Neissera. Na przykład wykonywanie eksperymentów z udziałem osób niepełnoletnich, a więc nawet zupełnie nieszkodliwe badania, jak pobieranie krwi, było wykluczone, jeśli służyło wyłącznie celom poznawczym. Ponadto, aby wykluczyć nadużywanie władzy lekarzy nad osobami z klasy pracującej, niewykształconej akademicko i podporządkowanej statusowo lekarzom, re-

---

<sup>35</sup> Ibidem.

<sup>36</sup> Ibidem.

komendował dokładne i dostosowane do wykształcenia pacjenta informowanie o celach badania, a także pisemne wyrażenie zgody.

Lekarze w Prusach funkcjonowali w kontekście rozwoju ubezpieczeń w modelu bismarkowskim (1883 r.), dzięki nim nastąpiło upowszechnienie się usług lekarskich w mniej zamożnych klasach społecznych – klasie robotniczej i średniej. Rozszerzył się rynek odbiorców, ale i model ich funkcjonowania – oparty już nie tylko na prywatnej działalności lekarskiej, lecz także na kontraktach ubezpieczeniowych. Zmiany systemowe wymuszały na środowisku lekarskim przeorganizowanie się, ustalenie reguł funkcjonowania, jak i dookreślenie zasad przynależności do zawodu i wykluczenia nieuczciwej konkurencji między lekarzami. Samorządy lekarskie powoływały sądy (1899 r.) oraz ustanawiały kodeksy obowiązków lekarskich, ich głównym celem było uregulowanie relacji między lekarzami, a także dbanie o reputację i prestiż zawodu. W tym czasie nastąpił bujny rozwój literatury deontologicznej. Mimo swojego głównie paternalistycznego charakteru rozważania te wpisują się w kształtowanie praw pacjenta i jego autonomii, w tym świadomej zgody<sup>37</sup>. Stopniowo następowało przesunięcie relacji między lekarzem a pacjentem z kontraktu do praw ogólnych.

## Od dżentelmeńskiej umowy przez kontrakt do praw pacjenta

Istotnym komponentem świadomej zgody jest zdefiniowanie obowiązków lekarza, w szczególności tych dotyczących informowania pacjenta. Kwestie te podejmowano już w literaturze deontologicznej od XVIII w. Niezmiernie wpływowym kodeksem etycznym w czasach nowożytnych była *Medical Ethics* (1803) angielskiego lekarza Thomasa Percivala<sup>38</sup>, który wprowadził pojęcie „etyka lekarska” (ang. *medical ethics*) do szerokiego dyskursu społecznego. Poprzedzały go podobne prace, jak *Lectures on the Duties and Qualifications of a Physician* Johna Gregory’ego (1772 r.).

Według Johna Gregory’ego praktyka medyczna to sztuka zachowania zdrowia, przedłużania życia i leczenia chorób. Wśród cnót potrzebnych w profesji lekarskiej wymienia człowieczeństwo, wrażli-

---

<sup>37</sup> Ibidem.

<sup>38</sup> J. Gregory, *Lectures on the Duties and Qualifications of a Physician*, W. Strahan, London 1772, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6502118/>, [https://books.google.pl/books?id=c1l110Cd1-kC&pg=PP7&source=kp\\_read\\_button&hl=en&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pl/books?id=c1l110Cd1-kC&pg=PP7&source=kp_read_button&hl=en&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) [dostęp: 16.02.2023].

wość serca, współczucie, porównuje nawet lekarza do anioła stróża<sup>39</sup>. Odnosząc się do władzy lekarza nad pacjentem, pisze, że powinna być ona bez wątpienia znaczna, ale nie absolutna, bo zbyt restrykcyjne wymagania nie będą przestrzegane przez pacjentów<sup>40</sup>. Władza nie powinna być więc absolutna, ale nie przez wzgląd na podmiotowość samych pacjentów, lecz skuteczność komunikacji.

Gregory dużą rolę przyznaje zasadzie poufności i zaufaniu między lekarzem a pacjentem, zdając sobie sprawę, że lekarz ma wgląd w prywatne życie i troski rodzin swoich pacjentów, których może oglądać z zupełnie innej perspektywy niż reszta społeczeństwa<sup>41</sup>. Poufność widzi jako szczególnie istotną w przypadku kobiet, co po części, jak uważa, wynika z wyższej wrażliwości kobiet w ogóle. Lekarzom wskazana jest też wstrzemięźliwość i zachowanie trzeźwości, gdyż alkohol zaburza pamięć, jasność myślenia i sądu<sup>42</sup>.

Pisząc o kwalifikacjach lekarzy, wymienia nie tylko anatomię, chemię, znajomość historii naturalnej, niekonieczną – lecz pożądaną – znajomość łaciny, greki czy francuskiego, ale także znajomość człowieka i jego zachowań<sup>43</sup>. Przyznając, że medycyna wymaga wielu różnorodnych kwalifikacji, zaznacza, że jest ona też okazją do praktykowania humanitarności. Gregory ujmuje to w obrazowy sposób, pisząc, że lekarz może przynieść ulgę w cierpieniu, której inaczej nie dałoby się kupić za wszystkie bogactwa Indii<sup>44</sup>. Medycyna jest więc okazją do okazywania cierpliwości, dobra, współczucia, wspaniałomyślności. Niemniej jednak lekarz nie powinien być zbyt wrażliwy, bo nie byłby w stanie wykonywać swoich obowiązków i efektywnie pomóc pacjentowi<sup>45</sup>. Dobro pacjenta jest więc gwarantowane indywidualnymi cnotami lekarza, a nie wynika z praw ogólnych.

John Gregory podejmuje też temat stosowania nowych remediów zasugerowanych przez pacjenta czy jego przyjaciół, które, jak wierzą, mogą być pomocne. Konkluduje, że lekarz w takim przypadku powinien zastosować się do woli pacjenta<sup>46</sup>. Stwierdza, że każdy człowiek ma prawo głosu, jeśli idzie o kwestie swojego zdrowia i życia, a lekarz winien tego wysłuchać i szczerze wyznaczyć, czy aprobuje takie leczenie czy

---

<sup>39</sup> Ibidem, s. 19–20.

<sup>40</sup> Ibidem, s. 22–23.

<sup>41</sup> Ibidem, s. 26.

<sup>42</sup> Ibidem, s. 27–18.

<sup>43</sup> Ibidem, s. 6.

<sup>44</sup> Ibidem, s. 8.

<sup>45</sup> Ibidem, s. 10.

<sup>46</sup> Ibidem, s. 32–34.

nie. Jeśli zaproponowane przez pacjenta leczenie jest niewłaściwe lub niebezpieczne, medyk powinien o tym powiedzieć i go odmówić, ale nie może się skarżyć, jeśli pacjent nie postąpi zgodnie z jego sugestią. Przyznaje zatem pewną autonomię pacjentom w przypadku poszukiwania nowych terapii, ale tylko tych będących ostatnią nadzieją dla chorego.

Kolejna kwestia dotyczy się informowania pacjenta o poważnym stanie zdrowia, co powinno być robione z wielką delikatnością, czasem dopuszcza nawet zatajenie całej prawdy o stanie zdrowia, ponieważ nie można wykluczyć, że pacjent jednak wydobrzeje. Z drugiej strony poinformowanie o złym rokowaniu jest konieczne, aby pacjent i jego rodzina poczynili konieczne kroki i przygotowania, a sama ewentualna śmierć pacjenta będzie mniejszym szokiem<sup>47</sup>. Wskazuje również, że w przypadku nieuniknionej śmierci, kiedy wyleczenie nie jest już możliwe, zadaniem lekarza jest ulżyć pacjentowi w cierpieniu. Obowiązkiem lekarza jest także pomoc pacjentowi wszystkimi możliwymi sposobami, które nie są wyjęte spod prawa<sup>48</sup>.

Ciekawą kwestią przemian w medycynie jest dyskusja na temat chirurgii, w starożytności wyróżniano dietetykę, leczenie oraz chirurgię. Podczas gdy dwie pierwsze praktykowano wspólnie, to chirurgia nie zawsze pozostawała w gestii lekarzy, część zabiegów wykonywali cyrulicy i balwierze, osoby nie zawsze wykształcone w sztukach wolnych, co zdaniem Gregory'ego należałoby ukrócić. Według niego istotne jest, aby w przypadku amputacji lekarz, biorąc pod uwagę symptomy na przykład gangreny, stwierdził, czy jest ona konieczna czy nie. Natomiast to, kto wykonuje zabieg, jest drugorzędne, ponieważ nie każdy dobry lekarz może być dobrym chirurgiem, do czego potrzebne są bystre oko i pewna ręka<sup>49</sup>. Każda dziedzina medycyny jest potrzebna, szlachetna i ważna, o ile jest wykonywana zgodnie ze sztuką i wiedzą lekarską.

Dopytywanie się pacjenta o to, jak działa leczenie, uznaje za naturalne, jednak stwierdza, że nie zawsze należy ujawniać tajniki sztuki medycznej, ponieważ jego zdaniem skuteczność leczenia opiera się też na wierze, że coś działa, a niekoniecznie na zrozumieniu mechanizmu działania. Ponadto w przypadku śmierci pacjenta lub jeśli już pod opieką lekarza stan pacjenta się pogarsza, jego przyjaciele dociekać mogą, co zrobił lekarz, i obwiniać go o to, co jest konsekwencją naturalnego przebiegu choroby. Zaznacza jednak, że istnieją przypadki,

---

<sup>47</sup> Ibidem, s. 34–35.

<sup>48</sup> Ibidem, s. 39.

<sup>49</sup> Ibidem, s. 47.

kiedy to lekarz powinien wyjaśnić, jak działa lekarstwo czy leczenie przed jego przepisaniem<sup>50</sup>.

Natomiast Percival wiele uwagi poświęca organizacji pracy szpitali, dokumentacji medycznej pacjentów, zbytniemu zagęszczeniu i higienie warunków bytowych w szpitalach, a także wzajemnym relacjom między lekarzami, aptekarzami i chirurgami, opisując współpracę, współzależności oraz odrębne dziedziny ich pracy. Analizuje również prawne aspekty praktyki medycznej, postuluje konieczność odwoływania się do instytucji koronera w przypadku nagłej śmierci czy zabójstwa. Píše też o ochronie osób chorych umysłowo, którzy utracili zdolności racjonalnego myślenia<sup>51</sup>. Ochrona obejmować powinna jego zdaniem zagwarantowanie prawa do własności lub przekazanie jej na rzecz potomnych oraz wyznaczenie pełnomocnika, który działałby w imieniu chorego, gdyby nie nastąpiła poprawa zdrowia.

Odnosi się też bezpośrednio do kwestii etycznych. Według Percivala jedną z podstawowych zasad, które bezwzględnie powinni przestrzegać lekarze, jest poufność, stan pacjentów należy komentować w taki sposób, aby nikt niepowołany nie mógł nic usłyszeć<sup>52</sup>. Stwierdza, że lekarze powinni troszczyć się również o emocje pacjentów na równi z symptomami chorób<sup>53</sup>. Jednak pacjenci nie powinni mieć wyboru lekarza, gdyż to wydłuża i utrudnia zapewnienie opieki lekarskiej, nie należy ich także zbyt informować o stanie zdrowia, bo błędne wyobrażenia i działanie wyobraźni może utrudnić proces leczenia<sup>54</sup>. Percival odnosi się też do aborcji, która nie w każdym wypadku była wyjęta spod prawa, ponieważ w przypadku budowy ciała niektórych kobiet urodzenie w pełni rozwiniętego płodu prowadziło do nieuniknionej śmierci<sup>55</sup>. Celową terminacją ciąży w innych przypadkach uważa za niedopuszczalną, odrzucając opinię starożytnych, że płód jest częścią ciała kobiety.

Jak zauważają badacze, praca Percivala utrzymana jest w paternalistycznym i korporacyjnym modelu medycyny<sup>56</sup>. Wpisuje się w styl literatury z zakresu deontologii lekarskiej tamtego okresu, podobnie jak teksty Gregory'ego czy później Molla, gdzie słynny i uznany le-

---

<sup>50</sup> Ibidem, s. 63.

<sup>51</sup> Th. Percival, *Medical ethics*, J.H. Parker, London 1803, s. 83.

<sup>52</sup> Ibidem, s. 29.

<sup>53</sup> Ibidem, s. 28.

<sup>54</sup> Ibidem, s. 29.

<sup>55</sup> Ibidem, s. 94.

<sup>56</sup> S. Patuzzo, G. Giada, C. Rosagemma, *Thomas Percival. Discussing the Foundation of Medical Ethics*, "Acta Biomedica Atenei Parmensis" 2018, vol. 89, no. 3, s. 343–348.

karz snuje refleksje nad uprawianiem medycyny. Nie mają one jednak wiążącego znaczenia dla wykonywania profesji lekarskiej, chociaż nie można nie docenić wpływu społecznego wywieranego przez podobne publikacje. Zwłaszcza zważywszy na popularność książki Percivala. Została ona szczególnie dobrze odebrana w USA, gdzie wiele organizacji lekarskich przyjęło ją jako oficjalne dokumenty regulacyjne, czasem kopiując dosłownie niektóre z jego zaleceń<sup>57</sup>. W szczególności Benjamin Rush i Isaac Hays korzystali z książki Percivala, formułując kodeks etyczny nowo powstałego American Medical Association.

Poglądy Gregory'ego, Molla i Percivala w kwestii informowania o niekorzystnej prognozie właściwie nie różnią się od opinii większości lekarzy jeszcze z lat 50. XX w. Niezwykle wolno następowały przemiany w kwestii informowania pacjentów o złej prognozie czy niekorzystnej diagnozie. W ciągu drugiej połowy XX w. wśród amerykańskich lekarzy bardzo powoli narastało przekonanie, że należy informować pacjentów o ich stanie zdrowia, zwłaszcza jeśli był on niekorzystny lub źle rokujący. Na początku lat 50. w USA jedynie 3% lekarzy zawsze informowało pacjentów o stanie zdrowia, 28% robiło to zwykle, a aż 69% nigdy albo przeważnie nie przekazywało pacjentowi diagnozy raka<sup>58</sup>. Zatajenie tak istotnej informacji podyktowane było najczęściej obawą o reakcję emocjonalną pacjenta. Podobne badania z początku lat 60. wykazały, że 90% lekarzy spośród 219 przepytanych zwykle nie informowało o nowotworze. Sytuacja zmienia się w USA z biegiem lat 70., w 1979 r. już zdecydowana większość ankietowanych lekarzy (97%) przeważnie podawało taką informację, zaznaczając, że brali przy tym pod uwagę wiek, inteligencję, życzenia rodziny i stan emocjonalny chorego<sup>59</sup>.

## Wnioski

Kwestie zgody na leczenie nie były właściwie podejmowane przed wiekiem XVIII. W etyce lekarskiej dominowały zasady wywodzone jeszcze z Przysięgi Hipokratesa, czyli nieszkodzenie (unikanie intencjonalnego krzywdzenia czy uśmiercania), dobroczynności – działania lekarza powinny być podyktowane przede wszystkim troską o dobrostan chorego. Kwestie zgody na leczenie pojawiają się w świadomości

---

<sup>57</sup> Ibidem.

<sup>58</sup> D.K. Sokol, *How the doctor's nose has shortened over time; a historical overview of the truth-telling debate in the doctor-patient relationship*, "Journal of Royal Society of Medicine" 2006, vol. 99, no. 12, s. 632–636.

<sup>59</sup> Ibidem.

społecznej za sprawą rozwoju medycyny, a konkretnie anestezjologii i chirurgii, istotnym impulsem jest też literatura deontologiczna oraz pierwsze próby regulowania eksperymentu z udziałem ludzi. Coraz powszechniejsze zastosowanie środków nie tylko znoszących ból, ale także wyłączających przytomność, zrodziło nowe problemy. Nieprzytomny pacjent nie musi znosić bólu wywołanego przez zabieg medyczny, ale z drugiej strony jest nieświadomy tego, co się z nim dzieje i jakich czynności dokonuje chirurg. Pacjenci stają się całkowicie bezbronni. Ponadto rozwój wiedzy dotyczącej anatomii, aseptyki i antyseptyki sprawia, że dynamicznie rozwija się chirurgia, interwencje medyczne nie ograniczały się już tylko do amputacji i drobnych zabiegów. Zabiegi te niosą jednak zawsze pewne ryzyko, operacja może się nie udać, operować można nie tę stronę lub część ciała, co należy, pacjent może doznać szoku, wykrwawić się, umrzeć na skutek niewłaściwie dobranej dawki środków przeciwbólowych lub silnej reakcji alergicznej. Szkodę wyrządzoną przez operację można zaobserwować na bieżąco w trakcie lub zaraz po niej, jest ona dostrzegalna bezpośrednio, widoczna gołym okiem. W przeciwieństwie do zastosowania leków przy ówczesnym rozwoju farmakologii i toksykologii czy innych zabiegów leczniczych typu dieta, wyraźny i oczywisty jest też związek przyczynowo-skutkowy między działaniem chirurga a pogorszeniem się stanu pacjenta. Łatwiej też dowieść winy chirurga.

Doprowadziło to do głośnych spraw i wyroków, które biorąc pod uwagę charakter anglosaskiego systemu prawnego, uwzględniającego instytucję precedensu, uitorowały pojęcie świadomej zgody w dyskursie prawnomedycznym. Znacznie wolniej zachodzą zmiany w traktowaniu pacjentów w dziedzinach, gdzie związek przyczynowo-skutkowy między terapią a skutkiem leczenia jest mniej oczywisty, bardziej subtelny lub trudny do dowiedzenia. W szczególności w psychiatrii, gdzie przymus leczenia utrzymuje się znacznie dłużej, w pewnych przypadkach istnieje do dziś, a zdolność podejmowania decyzji i brak świadomości oraz niemożliwość rozumienia albo komunikacji pacjentów wynika z samej natury schorzeń.

Nie bez znaczenia są też przemiany społeczno-kulturowe i polityczne, które następują w tym czasie, zniesienie pańszczyzny, niewolnictwa, stopniowe nadawanie praw kobietom i innym marginalizowanym grupom społecznym, choć oczywiście nie przebiega to równomiernie i nie zawsze konsekwentnie w różnych krajach. Rozwój rynku usług medycznych, poszerzenie go o grupy o niskim statusie społecznym, również w kontekście rozwoju ubezpieczeń społecznych, wymusza

stopniowe ujednoczenie sposobów traktowania pacjentów w formie kontraktów, umów, wreszcie praw. W procesie tym pośredniczy literatura deontologiczna, początkowo ujmująca zagadnienia etyczne z punktu widzenia cnót poszczególnych lekarzy, potem przechodząca do kontraktów między poszczególnymi pacjentami a lekarzem. Wreszcie wychodząc z jednostkowych przypadków, pojawiają się stwierdzenia ogólne dotyczące tego, co lekarze winni są pacjentom. Formułuje się zalecenia ogólne w formie kodeksów etyki lekarskiej. Dysponowanie własnym ciałem w sytuacjach medycznych, opiece i eksperymencie często poprzedza albo jest niezbędne dla uzyskania emancypacji politycznej, wypracowania ogólnych, obowiązujących wszystkie grupy społeczne praw.

## Bibliografia

### Źródła

- Deklaracja Genewska, tłum. M. Czarkowski, R. Krajewski, Ośrodek Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej, Warszawa 2017, [https://nil.org.pl/uploaded\\_files/art\\_1585658759\\_deklaracja-genewska2.pdf](https://nil.org.pl/uploaded_files/art_1585658759_deklaracja-genewska2.pdf).
- Gregory J., *Lectures on the Duties and Qualifications of a Physician*, W. Strahan, London 1772, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6502118/>, [https://books.google.pl/books?id=c1ll10CdlkC&pg=PP7&source=kp\\_read\\_button&hl=en&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pl/books?id=c1ll10CdlkC&pg=PP7&source=kp_read_button&hl=en&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false).
- Kielanowski T. (red.), *Etyka i deontologia lekarska*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1985.
- Kodeks Etyki Lekarskiej z 2003 r.
- Percival Th., *Medical ethics*, J.H. Parker, London 1803.
- Sawicki J., *Przymus leczenia i eksperyment lekarski w świetle prawa*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1964.
- The Code of Hammurabi*, tłum. L.W. King, pkt 218–219, <https://avalon.law.yale.edu/ancient/hamframe.asp>.
- Udzielanie świadomej zgody, Naczelna Izba Lekarska, <https://nil.org.pl/dla-lekarzy/prawo/dokumentacja-medyczna/4262-udzielenie-swiadomej-zgody>.
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. z 2022 r. nr 0, poz. 2123.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz.U. z 2022 r., nr 0, poz. 1138.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. z 2022 r. nr 0, poz. 1731.

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U. z 2023 r. nr 0, poz. 1284.

### Opracowania

Bazzano L.A., Durant J., Brantley P.R., *A Modern History of Informed Consent and the Role of Key Information*, "The Ochsner Journal" 2022, vol. 21, no. 1.

Boratyńska M., *Wolny wybór. Gwarancje i granice pacjenta do samostanowienia*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, Warszawa 2012.

Chamaupou G., *Podłe ciała. Eksperymenty na ludziach w XVIII i w XIX w.*, tłum. J. Bodzińska, K. Thiel-Jańczak, Słowo-Obraz-Terytoria, Gdańsk 2012.

Foucault M., *Narodziny kliniki*, tłum. P. Pieniążek, KR, Warszawa 1999.

Krzyżewska B., *Kodeks Norymberski a autonomia jednostki*, „Studia Ecologiae et Bioethicae” 2016, vol. 14, no. 3.

Lalkhen A.-G., *Ból. Mózg, opioidy i zagadki medycyny*, tłum. Ł. Müller, Znak, Kraków 2021.

Maehle A.-H., 'God's ethicist': *Albert Moll and his medical ethics in theory and practice*, "Medical history" 2012, vol. 56, no. 2.

Morton W.J., Westwood M., *Informed consent in children and adolescents*, "Paediatrics & child health" 1997, vol. 2, no. 5.

Nowacka M., *Johna'a Locke'a rozumienie osoby ludzkiej jako źródło współczesnej koncepcji autonomii pacjenta*, „Studia z Historii Filozofii” 2019, nr 1(10).

Patuzzo S., Giada G., Rosagemma C., *Thomas Percival. Discussing the Foundation of Medical Ethics*, "Acta Biomedica Atenei Parmensis" 2018, vol. 89, no. 3.

Sokol D.K., *How the doctor's nose has shortened over time; a historical overview of the truth-telling debate in the doctor-patient relationship*, "Journal of Royal Society of Medicine" 2006, vol. 99, no. 12.

Strządała A., *Od Galtona do Watsona: przemiany pojmowania eugeniki w XIX i XX wieku*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2010.

Varelius J., *The value of autonomy in medical ethics*, "Medicine, health care, and philosophy" 2006, vol. 9, no. 3.

Vollmann J., Winau R., *Informed consent in human experimentation before the Nuremberg code*, "British Medical Journal (Clinical research ed.)" 1996, vol. 313, no. 7070.

Uzarczyk K., *Niechciane dzieci nazizmu: eugeniczna eutanazja w dziecięcej klinice psychiatrycznej w Lublińcu w latach 1942–1944*, [w:] J. Kolbuszewski (red.), *Problemy współczesnej tanatologii: medycyna, antropologia kultury, humanistyka*, Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, Wrocław 2012.

Uzarczyk K., *Podstawy ideologiczne higieny ras i ich realizacja na przykładzie Śląska w latach 1924–1944*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2002.