

KS. JULIAN GŁOWACKI\*

WŁOCŁAWEK

## EUTANAZJA – PROBLEM ŻYCIA, A NIE ŚMIERCI

Wszędzie tam, gdzie nie chroni się życia, wprowadza się „kulturę śmierci”. Systemy polityczne, które nie stoją na straży prawa do życia uzurpując sobie prawo do decydowania o śmierci, występują przeciwko człowiekowi. Negują godność, jaka przynależy osobie i zaprzeczają świętości życia. Współczesne problemy bioetyczne, do których należy eutanazja, wymagają pogłębionego studium naukowego, aby doświadczenia, które próbuje się już przeprowadzać nie tylko na człowieku jako jednostce, ale na całych społeczeństwach, nie stały się gwałtem na ludzkości. Zajęcia stanowiska wobec tak aktualnego problemu domaga się nie tylko sprawiedliwość, ale także szacunek dla każdego człowieka, dla jego wyjątkowości i odmienności. Eutanazja, która wymyka się już spod kontroli wielu środowisk (nie tylko medycznych), zmusza do podjęcia dyskusji z tymi, którzy pod płaszczykiem miłości i litości dopuszczają się zabójstwa, całkowicie zaprzeczając głoszonym przez siebie wartościom.

---

\* Ks. Julian Głowacki – kapłan diecezji włocławskiej, magisterium z teologii moralnej na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu (2011).

## PRÓBA ZDEFINIOWANIA

Katolicka nauka moralna o istnieniu i integralności osoby rozwinęła się w kontekście racjonalnej refleksji – *intellectus fidei* – nad tajemnicą Boga i Jego obrazu – człowieka. Historycznie takie ujęcie prowadziło do różnych konstrukcji teoretycznych: od włączonej w dogmatykę spekulatywnej syntezy (typowej dla *Sumy Teologicznej* św. Tomasza) po normatywną doktrynę o postępowaniu (klasyczne podręczniki) lub też po nowsze próby ustalenia jednej zasady regulującej chrześcijańskie działanie (miłość, naśladowanie Chrystusa itd.)<sup>1</sup>.

Historycznie należy jeszcze wyróżnić zdominowanie refleksji katolickiej nad zagadnieniami etycznymi przez *Institutiones Morales*, co miało miejsce po reformacji w XVI wieku. Dzieła te odnosiły się szczególnie do kwestii spowiedzi i grzechu. Jeśli chodzi o życie ludzkie, to wszystkie zagadnienia formułowano wokół praktycznego zastosowania piątego Przykazania Bożego. Pytania o etyczny wymiar życia i śmierci raczej nie pojawiały się w tym czasie, byłyby one nie na miejscu, jako że odpowiedź na nie była oczywista. Dopiero druga połowa ubiegłego wieku przynosi zmiany, spowodowane ewolucją warunków społeczno-kulturalnych. Nauki moralne, w tym także teologia, a raczej przede wszystkim teologia, nie może już tylko podawać rozróżnienia na dobro i zło wynikające tylko z prawa naturalnego i Bożego. Równie ważne są sens, antropologia i „wartość” bycia. W przypadku eutanazji prawidłowa postawa etyczna wynika już nie tylko z wcześniej wspomnianego prawa, ale także znaczącą rolę przypisuje się argumentom świadczącym o dobru życia nawet, gdy jest ono naznaczone znamieniem cierpienia. Współcześnie teologia moralna musi zajmować stanowisko w kwestiach ścisłego określenia początku i końca ludzkiego życia, co dawniej nie stanowiło problemu. Dziś przez rozwój zagadnień dotyczących życia ludzkiego, moralność chrześcijańska musi precyzować ogólne kwestie odnosząc się do pojawiających się trudności we właściwym interpretowaniu nauki Kościoła i odnoszenia jej do konkretnych przypadków<sup>2</sup>.

Możliwości współczesnej biologii, medycyny i dyscyplin pokrewnych są ogromne. Mimo to nadal żywo występuje problem zdrowia, cierpienia i umierania człowieka. Rodzi on postawy bardzo zróżnicowa-

<sup>1</sup> I. Carrasco de Paula, *Bioetyka. Moralność życia ludzkiego i integralność osoby*, w: L. Melina (red.), *Moralne działanie chrześcijanina*, Poznań 2008, s. 137.

<sup>2</sup> Por. tamże, s. 137–138.

ne, uwarunkowane wyznawanym światopoglądem, religią i uznawaną przez siebie hierarchią wartości. Zachowania wobec cierpienia, agonii człowieka, wyłoniły praktyczne i równocześnie teoretyczne zagadnienie eutanazji. Zogniskowało ono zainteresowanie uczonych: bioetyków, lekarzy, socjologów i psychologów, etyków i teologów moralistów, a także przedstawiciele mass mediów<sup>3</sup>.

W każdej dziedzinie, w której mowa o eutanazji, nie sposób nie zauważyć trudności językowych, wieloznaczności i odmienności teoretycznej<sup>4</sup>.

Konflikt wokół oceny moralnej eutanazji dotyczy przede wszystkim różnego rozumienia wolności, miłości i cierpienia. Pojęcia te w kontekście śmierci nabierają szczególnego znaczenia, co sprawia, że często stanowiska proeutanatyczne próbuje się uargumentować przez którąś z tych trzech dróg<sup>5</sup>.

Właściwe zdefiniowanie eutanazji dzisiaj to już zadanie nie tylko medycyny, ale także bioetyki<sup>6</sup>. Według Ramona Lucasa Lucasa błędem jest dodawanie do niej jakichkolwiek określeń, aby nacechować ją, albo w kierunku Kościoła albo świata świeckiego. Bioetyka jest jedna i ta sama i nie można jej zniekształcać, czyniąc tylko religijną czy odwrotnie wyzbywając wszelkiej religijności<sup>7</sup>. Niemniej jednak w literaturze spotykamy dość często przy definiowaniu bioetyki dodawanie do niej różnych określeń, np. teologiczna, filozoficzna, chrześcijańska<sup>8</sup>. Bioetyka zajmuje rolę służebną w stosunku do teologii moralnej dostarczając jej *status quaestionis*, czyli definicje, interpretacje i wnioski wynikające z refleksji innych dyscyplin<sup>9</sup>.

<sup>3</sup> S. Rosik, *Pokusa eutanazji a normatyw osobowej godności człowieka*, RTK XLIV (1997) z. 3, s. 27.

<sup>4</sup> Por. J. Makselon, J. Dziedzic, *Korelaty akceptacji eutanazji*, „AnalectaCracoviensia” 33 (2001), s. 121.

<sup>5</sup> Por. P. Bortkiewicz, *Mentalność eutanatyczna w świetle Encykliki Evangelium Vitae*, „Collectanea Theologica” 66 (1996) n. 3, s. 85.

<sup>6</sup> „Definicja. Bioetyka („etyka życia”) – to termin, wprowadzony przez Van Rensselaera Pottera w 1970 roku, a utworzony z dwóch słów pochodzenia greckiego: *bios* (oznaczającego „życie”) i *ethos* (oznaczającego „zwyczaj”). Bioetyka może być zdefiniowana najprościej jako nauka, która ustala normy zachowania człowieka w sferze życia i zdrowia, według racjonalnych wartości i zasad moralnych”. Definicje podajemy za: R. L. Lucas, *Bioetyka dla każdego*, Częstochowa 2005, s. 7.

<sup>7</sup> Por. tamże, s. 7–8.

<sup>8</sup> Por. I. Carrasco de Paula, dz. cyt., s. 143.

<sup>9</sup> Por. tamże, s. 142.

Należy zauważyć, że wpływu na aktualność eutanazji jako problemu interdyscyplinarnego można dopatrywać się w trzech zasadniczych przyczynach:

- dynamicznym wzroście zachorowań na choroby nowotworowe i wirusowe (Aids);
- chęci przedłużania życia umierającemu człowiekowi dzięki nieustanemu rozwojowi perspektyw medycznych;
- propagandzie eutanatycznej, czyli powstawaniu licznych organizacji popierających eutanazję<sup>10</sup>.

Eutanazja, która jest jednym z problemów bioetycznych nurtujących współczesny świat i żyjącego w nim człowieka, wymaga właściwego zdefiniowania, aby nie zafałszować tego, co niesie ona za sobą i nie stosować nawet nieświadomie nieprawdziwej interpretacji. „Słowo eutanazja pochodzi z języka greckiego: *eu* – dobry, łagodny; *thanatos* – śmierć. Jest to sposób postępowania lub działanie sprowadzające bezboleśnie śmierć jako uwolnienie od bólu (*Nowy Międzynarodowy Słownik Webstera*, wyd. V). Eutanazja w tym znaczeniu jest często nazywana zabijaniem z litości lub nawet śmiercią z godnością”<sup>11</sup>. Początkowo termin ten oznaczał umieranie w spokoju nie doświadczając cierpienia, bez żadnej ingerencji człowieka, który odchodził z tego świata oraz ludzi z jego środowiska<sup>12</sup>. Ewolucja znaczenia doprowadziła do definicji: „przyśpieszenie lub niezapobieganie śmierci, mającej na celu skrócenie cierpienia zwykle na życzenie chorego”<sup>13</sup>.

Eutanazja przez jej zwolenników często jest tłumaczona jako przejaw miłości. Wspomagane medycznie samobójstwo, czyli forma eutanazji dobrowolnej jak i każda inna forma eutanazji, o których to rodzajach jeszcze sobie powiemy, są tłumaczone jako wrażliwość na cierpienie i ból. Często próbuje się ukazywać kierowanie miłością i doszukiwanie dobra w takim rodzaju śmierci, a ukazywanie jakoby dalsze życie miało znamię zła. Niestety jednak takie uproszczone spojrzenie nie pozwala dostrzec, że eutanazja nie rozwiązuje „problemu”, a konsekwencje takich zastosowań są nieodwracalne. Powstaje wiele pytań, na które

<sup>10</sup> Por. S. Rosik, dz. cyt., s. 27.

<sup>11</sup> J. Dziedzic, *Eutanazja*, w: EB, s. 153. Zob. też: B. Häring, *W służbie człowieka. Teologia a etyczne problemy medycyny*, Warszawa 1975, s. 134.

<sup>12</sup> Por. S. Rosik, dz. cyt., s. 27.

<sup>13</sup> W. Gwóźdź, J. Stojnowski, *Eutanazja*, w: *Encyklopedia katolicka*, t. 4, R. Łukaszyk, L. Bierkowski, F. Gryglewicz (red.), Lublin 1983, kol. 1344; zob. też: R. Fenigsen, *Przysięga Hipokratesa. Rozważania o etyce i eutanazji*, Warszawa 2010.

nawet entuzjaści skracania życia ludzkiego nie potrafią odpowiedzieć. Przede wszystkim nierozwiązane pozostaje pytanie, kiedy życie nie jest już dobrem, a złem? Czy można tu w ogóle ustalić linię demarkacyjną? Czynienie tu jakichkolwiek wyjątków, nawet w wyjątkowych sytuacjach oznacza nadużycie w kwestiach godności życia ludzkiego. Nigdy też nie daje gwarancji, że zadanie śmierci nie będzie nadużyciem i *implicite* nie przynosi zła choremu, ponieważ nie ma doświadczenia, co oznacza bycie umarłym. Zgoda na eutanazję nawet definiowaną jako przejaw miłości jest logiczną niekonsekwencją prawa do życia, które jest największym przejawem miłości<sup>14</sup>.

Profesor Andreas Laun podaje trzy motywy, które miały i mają wpływ na *novum* dzisiejszej sytuacji w kwestii ludzkiego życia: rozwój medycyny, zanik religijnej wizji świata, eutanazja – „aborcja” na drugim końcu życia. Zajmiemy się tylko ostatnim z tych powodów. Zestawienie aborcji i eutanazji jest dość ciekawe, tym bardziej definiowanie eutanazji przez aborcję. Te dwa problemy etyczne stoją na dwóch granicach ludzkiego życia, początku i końcu. Oba są zamachami na ludzkie życie. Profesor Laun ukazuje praktyki aborcyjne jako usprawiedliwienie dla eutanazji, skoro wolno zabijać zdrowe dziecko, to czemu miałoby się nie pozbawiać życia osoby ciężko chorej, cierpiącej, upośledzonej. Różnica jest tylko w tym, że w pierwszym przypadku mamy do czynienia z jeszcze nienarodzonym, ale już życiem. Oczywiście zwolennicy aborcji mówią, że zachodzi zasadnicza różnica między życiem nienarodzonym a narodzonym. Mimo wszystko jednak w obu przypadkach mówimy o życiu, tym samym życiu, któremu przysługują te same prawa<sup>15</sup>.

Kongregacja Nauki Wiary, omawiając eutanazję, zwraca uwagę, że należy uściślić terminologię, żeby przyjrzeć się jej we właściwy sposób. Jest to tym bardziej ważne, iż starożytne znaczenie słowa eutanazja, rozumiane jako łagodna śmierć, dziś już jest nieaktualne. Dzisiaj rozumiemy eutanazję bardziej jako działania medyczne zmierzające do uśmierzenia bólu i cierpienia. W tym znaczeniu częściej mówi się o śmierci z litości<sup>16</sup>. Rozwój medycyny niosący za sobą wiele dobrodziejstwa przyczynił się do ewolucji terminu, a raczej poszerzenia jego zakresu semantycznego.

<sup>14</sup> Por. I. Carrasco de Paula, *Bioetyka...*, 210–211.

<sup>15</sup> Por. A. Laun, *Współczesne zagadnienia teologii moralnej. Teologia moralna – zagadnienia szczegółowe*, Kraków 2002.

<sup>16</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et Bona* 5 V 1980 (IeB), n. 2, AAS 72 (1980), s. 542–552.

Jan Paweł II mówił o konieczności „nowej personalizacji” medycyny. Miałaby ona na celu przede wszystkim całościowe ujęcie człowieka, czyli nie rozdzielanie sfery psychicznej, duchowej od ciała ludzkiego. Jest to bardziej humanitarne spojrzenie na człowieka cierpiącego<sup>17</sup>.

Deklaracja bardzo ściśle precyzuje, co rozumie używając pojęcia eutanazja: „działanie lub wstrzymanie się od działania, powodujące śmierć z samej swej natury, lub dokonane w intencji spowodowania śmierci, w celu wyeliminowania wszelkiego bólu”<sup>18</sup>. Eutanazję w takim znaczeniu określają intencje i zastosowane metody<sup>19</sup>, o czym będziemy szerzej mówić w dalszej części artykułu.

Często mówiąc o eutanazji, określa się ją jako aktywną pomoc w umieraniu. Ubranie jej w tak piękne słowa jest bardzo krzywdzące dla wszystkich, którzy poświęcają swoje życie dla drugiego człowieka, opiekują się cierpiącymi i umierającymi, pracują w hospicjach. Ludzie ci czynnie współpracują z umieraniem, a przecież ich postawa i postługa reprezentuje stanowisko wyraźnie sprzeciwiające się eutanazji<sup>20</sup>.

Należy pamiętać, że medycyna nigdy nie walczyła ze śmiercią. Medycyna zawsze walczyła z cierpieniem próbując je wyeliminować, bądź chociaż tylko zmniejszyć lub ograniczyć. W obliczu rychłej śmierci, która jest już pewna, cierpienie chorego powinno być zmniejszane nawet za cenę skrócenia czasu życia i przybliżenia momentu śmierci, tak nakazuje sztuka lekarska. Lekarze toczą walkę z cierpieniem, ale nigdy nie powinni dążyć do skrócenia życia nawet nieuleczalnie chorego pacjenta<sup>21</sup>. Eutanazja nie jest więc wymysłem medycznym, lekarskim, gdyż sprzeczna jest z podejściem medycyny do śmierci i cierpienia. Wypaczenie rozumienia medycyny, a także zauważanie tylko cierpienia spowodowało walkę już nie tylko z cierpieniem, ale także ze śmiercią, a w przypadku eutanazji nawet z życiem.

Uściślenie pojęć i właściwe zdefiniowanie „eutanazji” dostarcza dużego problemu, nic w tym dziwnego, bo już samo określenie pojęć prostszych takich jak „życie”, czy nawet „człowiek” nie jest dla niektó-

<sup>17</sup> Por. J. Kowalski, *Obrona życia ludzkiego w praktyce lekarskiej w świetle magisterium Kościoła*, HD 56 (1987) n. 1, 29.

<sup>18</sup> *IeB*, n. 2.

<sup>19</sup> Por. Jan Paweł II, Encyklika o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego *Evangelium Vita* 25 III 1995 (EV), n. 65, AAS 5 (1995), s. 401–522.

<sup>20</sup> Por. J. Splet, *Wartość życia – prawo do śmierci*, ComP 26 (2006) n. 6, s. 161–162.

<sup>21</sup> Por. T. Kielanowski, *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*, „Etyka” 14 (1975), s. 100.

rych wcale takie oczywiste. Sformułowania zawarte w polskim Kodeksie Karnym z 1969 r. dotyczące ochrony życia są nacechowane emocjonalnie. Zwroty w nim użyte też mogą być wielorako interpretowane, kiedy mamy do czynienia z „życiem”, a kiedy już tylko z jego pozorami, albo kiedy z „zabijaniem”, a kiedy z powodowaniem śmierci. Problemów w podaniu definicji tych terminów przysparza stan wiedzy lekarskiej. Nie mniej jednak prawo karne chce stać na straży „życia”, ma jednak te same problemy ze zdefiniowaniem go, co i medycyna<sup>22</sup>.

W Niemczech Adolf Hitler w 1939 roku wprowadził prawo eutanazji, rozumianej jako odebranie życia osobom upośledzonym zarówno psychicznie jak i fizycznie oraz niesprawnym starcom. Trudno nazwać ją „łagodną śmiercią”, biorąc pod uwagę fakt, iż na mocy tego prawa w ten sposób uśmiercono sto tysięcy Niemców. Nie podając już o wiele większych liczb zabitych w komorach gazowych oraz za pomocą innych okrutnych sposobów, Żydów i przedstawicieli innych narodowości, ludzi uznanych za nieprzydatnych społeczeństwu. Sprzeciw wobec takiego postępowania spowodował, że świat na ćwierć wieku milczał na temat eutanazji, aż do czasu, kiedy (na początku w ukryciu) zaczęto ją praktykować na coraz większą skalę w USA i krajach Europy Zachodniej<sup>23</sup>. W stosunku do tego wydarzenia spotkaliśmy się z pojęciem „eutanażyzm”, którym to określa się krwawą historię systemów totalitarnych. Mówiąc o eutanazji, która prowadzi kolejne społeczeństwa do upadku, ta swoista gra słów uwydatnia rangę problemu, z którym przychodzi się nam zmierzyć<sup>24</sup>.

Termin *euthanasia* pierwszy raz użyte zostało w tekstach greckich w III w. przed Chrystusem. Niektórzy uważają, że terminu tego można doszukać się u Cycerona, inni wskazują na Plutarcha<sup>25</sup>. Oczywiście w znaczeniu pierwotnym, o którym już pisaliśmy, czyli w rozumieniu dobrej śmierci, ulżeniu w cierpieniu, towarzyszeniu umierającemu. Filozof okresu Oświecenia – Francis Bacon używa tego pojęcia w nieco innym znaczeniu, rozumiejąc je jako łagodzenie cierpienia nie tylko wtedy, gdy prowadzi to do odzyskania zdrowia, ale także wtedy, gdy przyspiesza

<sup>22</sup> Por. Z. Ziemiński, *Prawne i moralne problemy śmierci i umierania*, „Etyka” 14 (1975), s. 107–108.

<sup>23</sup> Por. S. Klimaszewski, *Największa jest miłość*, Warszawa 2005, s. 56.

<sup>24</sup> Por. L. Israëł, *Eutanazja czy życie aż do końca*, Kraków 2008, s. 17.

<sup>25</sup> Zob. K. Toeplitz, *Głos w dyskusji*, „Etyka” 14 (1975), s. 119; por. też: S. Glaser, *Zabójstwo na żądanie*, Warszawa 1936, s. 58.



śmierć organizmu<sup>26</sup>. Sparafrazował słowa z Szekspirowskiego *Hamleta*: „Być szczęśliwym albo nie być wcale, oto jest pytanie”<sup>27</sup>, co znaczy mniej więcej to, co lekarze wyrażają zdaniem: „Nie chodzi o to, aby do życia dodać rok, ale by do roku dodać życie”. W ten sposób ujmują zmianę w ocenie życia, przyrównując życie do jego jakości. Śmierć jest już tylko konsekwencją takiego myślenia, bez większego znaczenia czy świadomie spowodowana czy tylko akceptowana<sup>28</sup>. Dziś jeszcze szersze znaczenie ma termin „eutanazja”. Rozumie się przez niego przede wszystkim interwencje medyczne, dążące co prawda do eliminacji bólu i cierpienia, ale nawet za cenę skrócenia życia człowieka. Pierwotne znaczenie tego pojęcia nie jest już brane pod uwagę. Zalicza się tu też uśmiercanie ludzi ułomnych fizycznie bądź psychicznie, niedołączonych i niesprawnych. Oczywiście dokonuje się to z litości w celu skrócenia nieszczęśliwego życia. Rozpatrując współczesne pojmowanie terminu „eutanazja” zauważamy, że uzasadnieniem działań człowieka w tej kwestii jest zarówno utylitaryzm ludzkiego życia jak i życzliwość wobec cierpienia drugiej osoby<sup>29</sup>.

Mówiąc o eutanazji zaraz zaczynamy zastanawiać się jak sklasyfikować ją w stosunku do zabójstwa i samobójstwa. Mimo tego samego celu, którym jest niewątpliwie zadanie śmierci, to jednak różne są motywacje działania. Zabójstwo jest przede wszystkim nacechowane nienawiścią wobec drugiego człowieka, a odebranie życia jest często wynikiem pogardy wobec życia. Natomiast samobójstwo kierowane jest przede wszystkim przez egoizm, a także jest zaprzeczeniem miłości do samego siebie. Tymczasem sprawca eutanazji kieruje się najczęściej miłością (choć niewłaściwie pojmowaną), współczuciem i litością, również jeśli sprawca przeprowadza eutanazję na samym sobie, to jednak nie kieruje się motywacją taką samą jak w klasycznym samobójstwie<sup>30</sup>. Jan Paweł II stwierdza jednak, że w niektórych przypadkach w eutanazji zawiera się zło cechujące zabójstwo i samobójstwo, ale tylko w zależności od okoliczności<sup>31</sup>.

Trzeba tu jeszcze odróżnić eutanazję od rezygnacji z leczenia i stosowania środków znieczulających, o czym szerzej powiemy sobie

<sup>26</sup> Zob. C. Williams, *Świętość życia a prawo karne*, Warszawa 1960, s. 298.

<sup>27</sup> „To be happy or not to be all, that is the question”.

<sup>28</sup> Por. H. Wümmeling, *Wobec nowych wyzwań eutanazji*, ComP 17 (1997) 1, s. 82.

<sup>29</sup> Por. M. Graczyk, *Kontrowersje wokół eutanazji*, AK 131 (1998) z. 1, s. 13–14.

<sup>30</sup> Por. tamże, s. 14–15.

<sup>31</sup> Por. EV, n. 65.



w dalszej części, przy omawianiu metod eutanatycznych, uporczywej terapii i alternatywie dla eutanazji, czyli opiece paliatywnej.

Ważne jest, aby we właściwy sposób uwypuklić różnicę między uśmiercaniem a dopuszczeniem śmierci, jest to nowe wyzwanie wobec problemu eutanazji. Zniesienia różnicy między tymi dwoma wyrażeniami domagają się zwolennicy eutanazji, równocześnie negujący świętość życia, tak jak dla przykładu Peter Singer – australijski filozof i bioetyk. Jego pogląd jest odpowiedzią na ocenianie życia przez jego jakość, co znajduje zwolenników wśród starzejącego się społeczeństwa<sup>32</sup>.

## RODZAJE I METODY EUTANATYCZNE

Eutanazja jak już wcześniej powiedzieliśmy wymaga gruntownego przyjrzenia się i dokładnego zdefiniowania, chodzi przecież o ludzkie życie. Analizując eutanazję zauważamy, że określają ją przede wszystkim intencje, którymi kierują się uczestniczący w niej i metody, którymi posługują się ludzie do jej popełnienia<sup>33</sup>.

W praktyce przez eutanazję rozumiemy przyspieszenie bądź nieprzeciwdziałanie śmierci, motywacją jest skrócenie cierpienia, przeważnie na życzenie chorego. Najczęściej dzielimy ją na czynną, która bywa też nazywana aktywną bądź pozytywną oraz bierną, określaną też jako pasywną<sup>34</sup>. Sformułowanie eutanazja pozytywna budzi jednak zastrzeżenia.

W świetle Dokumentów Kościoła mówiących wprost o eutanazji<sup>35</sup>, można sprecyzować jakie działania bezsprzecznie trzeba uznać za uśmiercenie pacjenta:

- zaaplikowanie choremu środka, który jest intencjonalnym i rzeczywistym powodem śmierci;
- podwyższanie porcji analgetyków, czego zamiarem jest po pewnym czasie doprowadzenie do śmierci;
- zaprzestanie terapii z intencją sprowadzenia śmierci;
- zaprzestanie dostarczania wartości odżywczych (czyli po prostu zagłodzenie) choremu w stanie terminalnym lub niepełnosprawnemu noworodkowi.

<sup>32</sup> Por. H. Wumermeling, dz. cyt., s. 82–83.

<sup>33</sup> Por. IeB, n. 2; por. EV, n. 65.

<sup>34</sup> Por. S. Rosik, dz. cyt., s. 35.

<sup>35</sup> Mamy tu na myśli przede wszystkim Deklarację *Iura et bona* i Encyklikę *Evangelium Vitae*, ale także pozostałe dokumenty, które mniej precyzyjnie mówią na ten temat.

Pierwsze dwie wymienione sytuacje definiuje się przez eutanazję czynną, dwa kolejne jako bierną. Zauważamy, że aby coś zaliczyć do eutanazji trzeba rozpatrzyć przede wszystkim intencje i zastosowane metody<sup>36</sup>.

Eutanazja określana jako czynna zawiera się w definicji działania zmierzającego do usunięcia cierpienia przez zadanie śmierci, natomiast eutanazja bierna to rezygnacja z dalszej terapii, oczywiście z intencją uśmiercenia<sup>37</sup>.

W myśl szeroko pojętej i neutralnej etycznie definicji eutanazji «X dokonał eutanazji Y» to tyle, co «X przyczynił się do śmierci Y, ze względu na interesy Y». Definicja ta nie przesądza, czy «przyczynienie się do śmierci» jest czynem czy zaniechaniem ani też czy Y życzył sobie śmierci czy nie. W związku z tym możemy wyodrębnić cztery rodzaje eutanazji: eutanazja bierna dobrowolna, eutanazja bierna niedobrowolna, eutanazja czynna dobrowolna, eutanazja czynna niedobrowolna<sup>38</sup>.

Termin „pomoc przy umieraniu” (*assistance in dying*) może oznaczać zarówno czynny udział w uśmiercaniu chorego jak i pomaganie przy samobójstwie. Oprócz podziału eutanazji na bierną i czynną możemy spotkać jeszcze eutanazję pośrednią. Mamy z nią do czynienia, kiedy w celach terapeutycznych podawany jest lek, który przyczynia się do przyspieszenia śmierci. Należy pamiętać, że śmierć nie jest tutaj celem, a tylko skutkiem, który co prawda był przewidywalny, ale niechciany<sup>39</sup>.

Określenie »asysta przy umieraniu« (*assisted death*) nie jest synonimem dla pojęcia eutanazja. Należy je raczej traktować jako pojęcie nadrzędne dla »aktywnej eutanazji« i »samobójstwa wspomaganego«. »Pomoc przy popełnianiu samobójstwa« różni się od aktywnej eutanazji tym, że w pierwszym przypadku śmierć następuje w następstwie działania samego chorego, chociaż w procesie tym pomaga mu lekarz (*physician assisted suicide*) lub druga osoba, zaś w drugim przypadku uśmiercanie chorego (= zabijanie chorego) realizowane jest przez lekarza. Należy jednak przyznać, że różnica pomiędzy tymi dwoma rodzajami

<sup>36</sup> Por. P. Góralczyk, *Etyczne aspekty eutanazji*, w: W. Bołoz, M. Ryś (red.), *Między życiem a śmiercią. Uzależnienia, eutanazja, sytuacje graniczne*, Warszawa 2002, s. 179.

<sup>37</sup> Por. S. Rosik, dz. cyt., s. 35.

<sup>38</sup> M. Sikora, M. S. Szczepański, *Eutanazja w świadomości społecznej: Między odrzuceniem a akceptacją*, w: B. Chyrowicz (red.), *Eutanazja: prawo do życia – prawo do wolności*, Lublin 2005, s. 68.

<sup>39</sup> Por. F. Kokot, *Eutanazja – aspekty medyczne*, w: P. Morciniec (red.), *Eutanazja w dyskusji. Euthanasie In der Diskussion*, Opole 2001, 45.

uśmiercania pacjenta może być bardzo »cieniutka« (np. podawanie przez lekarza prawie do ust unieruchomionego chorego śmiertelnej dawki jakiegoś leku)<sup>40</sup>.

Mówi się też o „pomocy w umieraniu” jako towarzyszeniu ludzi umierającym. Medycyna daje możliwości nie tylko skrócenia życia, ale przede wszystkim przedłużenia go. Umierający ma więc szansę na dłuższy i intensywniejszy czas do życia i przeżycia. Zostawienie go samemu sobie w krytycznym momencie życia oznaczałoby zdradę w zasadniczym doświadczeniu jego życia. Towarzyszenie umierającemu to przede wszystkim znalezienie sposobu na nawiązanie z nim kontaktu, nawiązanie relacji, która otwarta jest na prawdę, nawet tę najtrudniejszą.<sup>41</sup>

Zarówno eutanazja bierna, czynna jak i pośrednia w stosunku do pacjenta może być przeprowadzona:

- na prośbę lub nawet żądanie pacjenta;
- bez zgody pacjenta;
- wbrew woli pacjenta.

Życzenie pacjenta najczęściej ma miejsce jako skutek nieefektywnego leczenia bólu i odczuwanego cierpienia, ale jak powiemy sobie dalej są jeszcze inne powody. Bez zgody pacjenta dotyczy przede wszystkim uśmiercania nieuleczalnie chorych dzieci (z wrodzonymi wadami anatomicznymi lub metabolicznymi) oraz zaniechania leczenia u osób z nieodwracalnym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (chodzi o pacjentów, którzy są nieodwracalnie nieprzytomni). Eutanazja dokonywana przy sprzeciwie pacjenta nie powinna być traktowana jako kwestia poważnej polemiki<sup>42</sup>.

Eutanazję można też rozpatrywać ze względu na:

- intencje

Można mówić o eutanazji, jeśli mamy do czynienia z intencją zadania śmierci bądź jej przyspieszenia. Tylko wtedy kiedy skrócenie życia człowieka jest celem. Nie można mówić o eutanazji jeśli przyspieszenie śmierci jest tylko niejako skutkiem ubocznym, kiedy chcąc zmniejszyć, ograniczyć bądź wyeliminować cierpienie stosując środki farmakologiczne powodujemy przyspieszenie procesu umierania. Nawet jeśli jest to przewidywalne, pozostaje tylko elementem wtórnym.

<sup>40</sup> Tamże, 46.

<sup>41</sup> Por. A. Autiero, *Etyczne stanowisko wobec eutanazji i ocena debaty eutanazyjnej*, w: P. Morciniec (red.), dz. cyt., s. 139.

<sup>42</sup> Por. F. Kokot, dz. cyt., 46.

- stosowane metody

Chodzi o sytuację zamierzonej śmierci, kiedy choremu podaje się substancje powodujące śmierć, bądź rezygnuje się z ze zwykłego postępowania (np. odżywiania). Nie można mówić o eutanazji w przypadku rezygnacji z uporczywej terapii.

- działające podmioty

Z samobójstwem mamy do czynienia, kiedy ktoś odbiera sobie życie. Z zabójstwem, kiedy odbiera się życie drugiej osobie, która wcale o to nie prosiła. O samobójstwie i zabójstwie (samobójstwie wspomaganym) mówimy w przypadku, gdy ktoś prosi o śmierć.<sup>43</sup>

Ze względu na działanie możemy wyróżnić cztery różne rodzaje eutanazji: „światopogląd tajgejski” lub „darwinizm społeczny”<sup>44</sup>; „kryptanazja”; „eutanazja zabójcza”; „eutanazja samobójcza”. W pierwszym przypadku chodzi o działania mające na celu uwolnienie społeczeństwa od jednostek nie przynoszących korzyści, a więc chorych i nieużytecznych. Zalicza się tu też m.in. odmówienie komuś leczenia, bo jest sam, nie ma rodziny, czy po prostu jest już zbyt stary i szkoda na niego marnować pieniądze. Drugi rodzaj to ukryte odbieranie życia, bez informowania chorego i bez jego zgody. Występuje tu analogia do działań ludobójczych w obozach zagłady. Trzeci rodzaj – „eutanazja zabójcza” to najbardziej dyskutowany dzisiaj sposób, w którym chodzi o przerwanie cierpień, motywowane litością i współczuciem. Ostatni rodzaj to zdecydowanie się na śmierć jako bezsilność w walce z cierpieniem i często protest wobec zła<sup>45</sup>.

Bardzo często używający w dyskusji pojęcia eutanazja, posługują się nim w znaczeniu eutanazji aktywnej, tak samo funkcjonuje to pojęcie w ogólnej świadomości społeczeństwa. Używający tego pojęcia nie precyzujący, jaki rodzaj eutanazji mają na myśli, najczęściej używają go w rozumieniu definicji eutanazji aktywnej. Czyli jako świadome spowodowanie śmierci przez zastosowane środki lub zaniechanie działania wykonane przez lekarza lub najbliższych. Śmierć jest tu bezpośrednim efektem takiego działania lub jego zaniechania, co jest również bezpośrednim celem<sup>46</sup>.

<sup>43</sup> Por. R. L. Lucas, dz. cyt., s.165.

<sup>44</sup> Por. R. Fenigsen, *Eutanazja. Śmierć z wyboru?*, Poznań 1994, s. 13.

<sup>45</sup> Por. S. Rosik, dz. cyt., s. 35–36.

<sup>46</sup> Por. M. Machinek, *Śmierć w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u kresu ludzkiego życia*, n. 22, Olsztyn 2004, s. 59.

W eutanazji aktywnej powinniśmy zwrócić uwagę na dwa przypadki. Pierwszy ma miejsce, gdy chory jest świadomy i prosi o eutanazję. W tej sytuacji często mówi się o eutanazji jako wyniku miłości czy litości, a samo jej dokonanie to odpowiedź na prośbę pacjenta. Jak pokazuje jednak doświadczenie, takie wołanie pacjenta bardzo często jest krzykiem bezsilności, rozpacz, samotności i strachu, a nie może być w tej sytuacji rozpatrywane jako prośba o śmierć. Chory boi się osamotnienia, braku obecności najbliższych i pozostawienia samemu sobie, kiedy natomiast w swojej chorobie nie pozostaje sam, jego wołanie o przeprowadzenie eutanazji cichnie. Okazuje się, że wcale nie pragnie on śmierci, tylko zrozumienia i opieki. Decyzja pacjenta o eutanazji często jest też wynikiem ogromu doświadczanych cierpień, bólu fizycznego, który wydaje się nie do zniesienia. Dlatego chory powinien mieć zapewnione środki, na ile to możliwe, do skutecznego uśmierzenia bólu. Jak można się domyślać uzasadnianie eutanazji przez litość jest często zafalszowane, bo nie ma wcale na celu spełnienia prośby chorego i ulżenia jego cierpieniom, ale ulżeniu tym, którzy nie chcą już patrzeć na cierpienie bliskiej osoby. Można postawić tu retoryczne pytanie: na ile eutanazja jest odpowiedzią na trudny los chorego, a na ile pragnieniem osób z jego otoczenia?<sup>47</sup> Decyzja chorego odnośnie eutanazji podejmowana jest przede wszystkim ze względu na warunki w jakich się on aktualnie znajduje. Ból nie jest wcale pierwszym argumentem pacjenta, który prosi o przyspieszenie śmierci. Kluczowa jest relacja najbliższych osób, ich stosunek do chorego i sposób, w jaki oni przeżywają jego cierpienie. Wcale nie chodzi o okazywanie litości, tym bardziej, iż chory jest dobrym obserwatorem, wyczuwa więcej niż wydaje się towarzyszącym mu ludziom. Chory nie chce być ciężarem dla otoczenia, nie chce być zależny, bo to właśnie zależność i bezradność są najczęstszymi motywacjami prośby o dokonanie eutanazji<sup>48</sup>. Kolejną przyczyną powodującą prośbę o eutanazję jest tabuizacja śmierci. Człowiek stara się usunąć ze swojego otoczenia i życia prywatnego jakiegokolwiek myśli o śmierci, ogarniając to zagadnienie złąką milczenia, co potęguje jeszcze strach przed izolacją i odrzuceniem<sup>49</sup>.

<sup>47</sup> Por. tamże, s. 59–60.

<sup>48</sup> Por. A. Latawiec, *Za czy przeciw eutanazji*, w: Katolicki Uniwersytet Lubelski, Akademia Medyczna w Lublinie, *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*, Lublin 1996, s. 159.

<sup>49</sup> Por. A. Autiero, dz. cyt., s. 139.

Drugi przypadek pojawia się, kiedy chory nie może już wyrazić swojej woli. Zakładając, że cierpi on tak samo jak ktoś, kto poprosił o eutanazję, a tylko nie zdążył o nią poprosić, to czy lekarz może za niego podjąć decyzję o eutanazji? Skoro przy zgodzie na eutanazję na prośbę pacjenta, lekarz podziela pogląd o bezsensowności kontynuowania jego życia, to skoro analogicznie stwierdzi taką samą „jakość” życia u nieuleczalnie chorego, który nie jest w stanie wyrazić już swojej prośby o skrócenie życia, może podjąć decyzję za niego. Lekarz bądź ewentualnie rodzina mogą sami domniemywać, że chory poprosiłby o eutanazję. Takie niebezpieczeństwo wprowadza już sama legalizacja eutanazji na życzenie chorego, która pociąga za sobą sytuacje, które mnożą życie, gdy chory nie jest już w stanie wyrazić swojej woli i ktoś „wspaniałomyślnie” podejmuje decyzję za niego<sup>50</sup>. Należy podkreślić w tym miejscu, że przeprowadzenie eutanazji bez wiedzy chorego jest znacznie łatwiejsze od eutanazji dobrowolnej. W tym przypadku lekarz rezygnuje z przeprowadzenia z chorym trudnej rozmowy z propozycją eutanazji, która jest dużym obciążeniem emocjonalnym<sup>51</sup>.

Należy podkreślić, że eutanazja niedobrowolna, zarówno czynna jak i bierna, może być spowodowana bez woli lub wbrew woli. Bez woli ma miejsce, gdy chory nie może już wyrazić swojego żądania lub kiedy przeprowadza się eutanazję bez wiedzy pacjenta. Eutanazja niedobrowolna wbrew woli pacjenta ma miejsce przy sprzeciwie pacjenta, który nie chce eutanazji<sup>52</sup>.

Eutanazja dobrowolna oczywiście ma miejsce przy wiedzy i świadomej decyzji pacjenta. Mówimy o niej wtedy, gdy z własnej woli pacjent zgadza się na zadanie mu śmierci, czy nawet o nią sam poprosił<sup>53</sup>.

Mówiąc o eutanazji w stosunku do nieuleczalnie chorego kluczowe stają się więc interwencje: od niepodjęcia bądź zaprzestania leczenia, przez umożliwienie samobójstwa, aż do lekotanazji i eutanazji czynnej<sup>54</sup>. Trzeba tu niewątpliwie wyjaśnić pojęcie lekotanazji, którą niektórzy zaliczają do eutanazji<sup>55</sup>. „Lekotanazja (analgezja) dotyczy stanów termi-

<sup>50</sup> Por. M. Machinek, *Śmierć w dyspozycji człowieka*, s. 61.

<sup>51</sup> Por. R. Fenigsen, *Eutanazja...*, Poznań 1994, s. 49.

<sup>52</sup> Por. M. Sikora, M. S. Szczepański, dz. cyt., 69.

<sup>53</sup> Zob. W. Wichrowski, W. Jacórzynski, *Spór o eutanazję*, „Medicus” 1992, s. 18; por. M. Sikora, M. S. Szczepański, dz. cyt., s. 70.

<sup>54</sup> Por. M. Sikora, M. S. Szczepański, dz. cyt., s. 68.

<sup>55</sup> Cytowana pozycja: M. Sikora, M. S. Szczepański, *Eutanazja w świadomości społecznej: między odrzuceniem a akceptacją*, to zrelacjonowane w tekście badania empiryc-

nalnych, gdy dawka analgetyczna zbliża się do dawki letalnej, to znaczy ubocznym skutkiem zwalczania bólu pacjenta może być przyspieszenie lub nawet spowodowanie jego śmierci. Problem ten jest bardzo istotny, gdyż zwalczanie cierpienia umierających jest jednym z najważniejszych zadań lekarskich<sup>56</sup>.

Patrząc oczami lekarza eutanazja zawsze jest pójściem na łatwiznę, prostym skreśleniem z listy żyjących człowieka niewygodnego. Bez względu na to, jaką metodą jest dokonywana, jest wynikiem niezrozumienia chorego i bezradności, ale niestety lekarza<sup>57</sup>.

Trzeba podkreślić, że zarówno lekarze jak i ogólnie społeczeństwo poddaje ciężkiej krytyce praktyki eutanatyczne, jak i medycznie wspomagane samobójstwo zarówno u dzieci, jak i u chorych, którzy utracili poczucie rzeczywistości i świadomości. Podobnie rzecz ma się ze stosunkiem do prośby chorego o dokonanie medycznie wspomagane samobójstwa. W stosunku do tego co już zauważyliśmy, nadal otwarte pozostają jednak pytania, które powinny stanąć w centrum dyskusji nie tylko środowisk specjalistów etycznych, ale społeczeństwa w ogóle, które powinno mieć świadomość celowości i granic pomocy niesionej przez medycynę w osobie lekarza. Jakie warunki muszą zaistnieć i kiedy, żeby lekarz miał obowiązek zaprzestania technik leczniczych niezbędnych do

---

zne przeprowadzone na potrzeby rozprawy doktorskiej Marzeny Sikory: *Eutanazja w opinii i świadomości społecznej na przykładzie grupy pielęgniarek. Studium teoretyczno-empiryczne*, Katowice: Uniwersytet Śląski 2003. Promotor: prof. zw. dr hab. Marek S. Szczepański. Autorzy odwołują się do dzieła: J. Bréhant, *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, Warszawa 1993; wprowadzając zaproponowany przez profesora Jacques'a Bréhanta termin „lekotanazja”. Z tą różnicą, że prof. Bréhant odróżnia ją od eutanazji czynnej, stwierdzając jedynie, że może być użyty w stosunku do „lekotanazji” tylko w dosłownym znaczeniu (zob. s. 144). Natomiast wspomnienie wcześniej autorzy kwalifikują „lekotanazje” jako eutanazję czynną („Mówiąc o lekotanazji, możemy przyjąć, że mówimy o eutanazji czynnej”. M. Sikora, M. S. Szczepański, dz. cyt., s. 70). Wynika to z przyjętej przez nich definicji eutanazji: „Można zatem stwierdzić, że eutanazja w szerokim ujęciu obejmuje wszystkie decyzje i działania, które – niezależnie od motywów i sytuacji prowadzą do skrócenia życia człowieka nieuleczalnie chorego. W ujęciu węższym eutanazja to umotywowane współczuciem pozbawienie życia nieuleczalnie chorego” (M. Sikora, M. S. Szczepański, dz. cyt., s. 72). Zauważamy, że definicja podana na określenie eutanazji w szerszym znaczeniu nie pokrywa się z przyjętą przez nas definicją eutanazji, zgodnie z którą nie ma eutanazji jeśli intencją jest przyniesienie ulgi w cierpieniu, a nie spowodowanie śmierci.

<sup>56</sup> M. Sikora, M. S. Szczepański, dz. cyt., s. 70.

<sup>57</sup> Por. J. Stolarczyk, *Słowo o eutanazji*, w: Katolicki Uniwersytet Lubelski, Akademia Medyczna w Lublinie, dz. cyt., s. 72–73.



podtrzymania życia na prośbę chorego? Pod jakimi warunkami i kiedy lekarz ma prawo przerwać lub nawet odmówić procedur medycznych niezbędnych do podtrzymania życia<sup>58</sup>. Odpowiedzi na te pytania będziemy szukali w ostatniej części artykułu.

## STANOWISKO KOŚCIOŁA

Kościół sprzeciwiając się eutanazji stoi na straży piątego Przykazania Bożego. Życie jest święte ze względu na swoje Źródło, którym jest sam Bóg. Tylko Bóg jako Pan życia i śmierci może powołać do istnienia, kiedy chce i odebrać życie doczesne kiedy zechce. To Bóg podejmuje decyzję o śmierci człowieka. Wszelkie próby, w których człowiek stawia siebie na miejscu Boga są nadużyciem. Wszelkie zamachy na życie są przekroczeniem przykazania: „Nie będziesz zabijał” (Wj 20,13; Pwt 5,17)<sup>59</sup>. Konsekwencja prawna wynikająca z tego przykazania to prawo do życia (urodzenia się), do szacunku dla życia (wzrastać i umrzeć w sposób naturalny) i do wykształcenia. Ono stało się podstawą dla karty praw i wolności, ważnej dla wszystkich ludzi<sup>60</sup>. Nas interesuje szczególnie prawo do naturalnej śmierci.

Stanowisko Kościoła w kwestii eutanazji jest jednoznaczne i bezdyskusyjne. Kościół nie polemizuje ze śmiercią, a szczególnie z tymi, którzy się do niej przyczyniają. Eutanazja nigdy nie dotyczy tylko jednego człowieka, oczywiście jeśli rozważamy przypadek konkretnego pacjenta to on jest jej ofiarą, ale zamieszane w nią jest zawsze o wiele więcej osób i można stwierdzić, że one też są jej ofiarami, tworzą się tzw. struktury zła. Warto podać tu jeszcze jedno rozróżnienie, którego teolog moralista

<sup>58</sup> Por. F. Kokot, dz. cyt., s. 50–51.

<sup>59</sup> Należy właściwie rozumieć hebrajskie znaczenie słowa zabijanie. A. Auer, *Fünftes Gebot: „Du sollst nicht töten”*, w: W. Sandfuchs, *Die Zehn Gebote*, Würzburg 1976, s. 66 n., precyzuje: „Stosunkowo rzadkie słowo *rasach*, które w hebrajskim użyto w tym miejscu jako „zabijać”, zostało gruntownie zbadane przez specjalistów. Powołując się na ich opinię można jasno powiedzieć, że piąte przykazanie nie zabrania ani zabijania zwierząt, ani kary śmierci, ani też zabijania członków obcych plemion w starciach plemiennych bądź zabijania na wojnie. Wszystko to uchodzi w Starym Testamencie za dozwolone i faktycznie było w zwyczaju; stąd też przewinienia sprzeczne z Dekalogiem były karane śmiercią”.

<sup>60</sup> Por. Papieska Komisja Biblijna, *Biblia a moralność. Biblijne korzenie postępowania chrześcijańskiego*, Città del Vaticano 2009, n. 31.

musi być świadom, a które wydaje się niezbędnym we właściwym zrozumieniu stanowiska Kościoła w stosunku do tego zagadnienia. „Współudział w czynie złym jest to pomoc w złej czynności głównie działającego (por. KKK n. 74). Współudział może być:

- formalny, gdy ktoś jest współautorem również intencji a nie tylko czynu fizycznego (np. zabicie dziecka poczętego). Współudział formalny jest zawsze czynem grzesznym;
- materialny, ktoś ma udział tylko w czynności fizycznej. Współudział materialny może być:
  - bezpośredni
    - Udział w samej złej czynności. Np. lekarz pomaga koledze w tzw. zabiegu przerywania ciąży, pielęgniarka asystuje. Będzie to zawsze czynność grzeszna.
  - pośredni
    - Nie ma udziału w samej czynności złej tylko w tym, co tę czynność przygotowuje. Np. pielęgniarka przygotowująca do zabiegu gabinet, narzędzia, pacjenta; ktoś podaje adres lekarza, daje pieniądze na zabieg.

Współudział materialny pośredni, *per se* będzie czynnością grzeszną, *per accidens* może być czynnością dozwoloną, gdy:

- czynność sama w sobie jest dobra albo przynajmniej obojętna (ze swego przedmiotu moralnego), oraz gdy
- istnieje proporcjonalnie wielka przyczyna.

Im większe zło, tym większa przyczyna. Zawsze wymagana jest większa przyczyna, gdy ktoś ma obowiązek przeszkadzania złu (np. lekarz ma obowiązek bronić życia)<sup>61</sup>. Tam gdzie autor za przykład podał zabieg przerywania ciąży można w sposób analogiczny mówić o eutanazji. Nie mniej jednak jeśli chodzi o współudział w czynie, który sprzeciwia się Prawu Bożemu to chrześcijanin nie powinien mieć udziału w takim działaniu. Podstawowym prawem człowieka, a zarazem obowiązkiem moralnym jest sprzeciwienie się współudziałowi w niesprawiedliwości. Nie można też karać kogoś, kto z racji sprzeciwu sumienia odmawia uczestnictwa w przeprowadzaniu działań godzących w życie, a nawet już w samym ich planowaniu i przygotowywaniu. Chodzi tu szczególnie o personel medyczny i o jakiegokolwiek formy konsekwencji prawnych, dyscyplinarnych, materialnych i zawodowych, które mieliby ponieść z tytułu odmowy współudziału w czynie złym,

<sup>61</sup> A. Kokoszka, *Teologia moralna fundamentalna*, Tarnów 2001, s. 149.

czy nawet tylko wyrażeniu poparcia dla niemoralnej intencji głównego sprawcy<sup>62</sup>.

Jan Paweł II w encyklice „O wartości i nienaruszalności życia” fragment poświęcony temu zagadnieniu tytułuje dramatem<sup>63</sup> eutanazji<sup>64</sup>. Jest to już problem, który rozgrywa się na wielkiej scenie świata i nie jest to komedia<sup>65</sup>, która kończy się *happy endem*. Żeby właściwie przedstawić stanowisko Kościoła wobec eutanazji, czyli podać ocenę moralną tego zjawiska trzeba przede wszystkim w sposób właściwy ją zdefiniować<sup>66</sup>. Podać warunki, które muszą być spełnione, aby można mówić już o zadaniu śmierci, a także badać intencje, które kierują takim działaniem i metody, które zostały zastosowane<sup>67</sup>.

Przedstawiliśmy już definicję eutanazji i sposób w jaki się ona kształtowała w różnych warunkach czasoprzestrzennych. Papież Jan Paweł II analizując stanowiska swoich poprzedników<sup>68</sup> potwierdza w łączności z Biskupami Kościoła Katolickiego, „że eutanazja jest poważnym naruszeniem Prawa Bożego jako moralnie niedopuszczalne dobrowolne zabójstwo osoby ludzkiej”<sup>69</sup>. Prawda ta wynikająca z prawa naturalnego i spisane Słowa Bożego przekazywana jest przez Tradycję i nauczana

<sup>62</sup> Por. EV, n. 74.

<sup>63</sup> Dramat – gr. δράμα, δράματος – czynność, działanie, przedstawienie sceniczne, akcja; jeden z trzech głównych rodzajów literackich oparty na akcji i dialogu; sztuka sceniczna o poważnej treści; ciężkie przeżycie, nieszczęście. Według: A. Latusek, I. Puchalska, *Praktyczny słownik wyrazów obcych*, Kraków 2002, s. 136.

<sup>64</sup> Por. EV, n. 64–67.

<sup>65</sup> Komedia – gr. κωμῳδία – pieśń komosu, orszaku śpiewającego satyryczne piosenki podczas procesji ku czci Dionizosa, od κῶμος – orszak na procesji dionizyjskiej, ᾠδή – pieśń; gatunek dramatyczny, utwór sceniczny sięgający swym rodowodem starożytnej Grecji, przedstawiający wydarzenia w sposób zabawny, z wykorzystaniem komizmu sytuacyjnego, słownego i komizmu postaci oraz mający szczęśliwe zakończenie; zabawny film oparty na komizmie sytuacyjnym, słownym i komizmie postaci. Według: A. Latusek, I. Puchalska, dz. cyt., s. 293.

<sup>66</sup> Por. EV, n. 65.

<sup>67</sup> Por. IeB, n. 2.

<sup>68</sup> Zob. Pius XII, *Przemówienie do międzynarodowej grupy lekarzy* (24 lutego 1957), III: AAS 49 (1957), s. 129–147; Kongregacja Świętego Oficjum, *Decretum de directa insonitium occisione* (2 grudnia 1940), AAS 32 (1940), s. 553–554; Paweł VI, *Orędzie do telewizji francuskiej: «Każde życie jest święte»* (27 stycznia 1971), *Insegnamenti IX* (1971), s. 57–58; Paweł VI, *Przemówienie do International College of Surgeons* (1 czerwca 1972), AAS 64 (1972), s. 432–436; Sobór Watykański II, Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym *Gaudium et Spes* 7 XII 1965 (KDK), n. 27, AAS 58 (1966), s. 1025–1120.

<sup>69</sup> EV, n. 65.

przez powszechne i zwyczajne Magisterium Kościoła. Dlatego wierni powinni zgadzać się z orzeczeniami Biskupa Rzymu w sprawach wiary i moralności, zgodnie z władzą przekazaną biskupom, następcom Apostołów przez Chrystusa, jako nakazami samego Chrystusa<sup>70</sup>. Chociaż w Piśmie Świętym nie występuje pojęcie eutanazji, to jednak doktryna dotycząca eutanazji (sformułowanie przytoczyliśmy wyżej) nie jest tylko rozumowym wyjaśnieniem. Trzeba tutaj pamiętać o współzależności wiary (*fides*) i rozumu (*ratio*)<sup>71</sup>, a w Biblii spotykamy wyraźny sprzeciw dobrowolnego rozporządzania życiem osoby, co stoi przecież u podstaw, zarówno teorii jak i praktyki eutanazji<sup>72</sup>.

Eutanazja jako działanie zmierzające do zadania śmierci, czyli mające na celu odebranie życia, to obok przekroczenia Prawa Bożego, przede wszystkim obraza godności osoby, zbrodnia przeciwko życiu, a nawet gwałt na człowieczeństwie. Nie ma żadnego wytłumaczenia dla zabijania niewinnej osoby, którą niewątpliwie jest starzec, osoba nieuleczalnie chora czy konająca. Żaden z tych stanów nie pozbawia człowieka godności nadanej przez Boga wynikającej z bycia osobą. Człowiek chory nie przestaje być człowiekiem nawet jeśli nie jest w stanie sam sobą dysponować. Człowiek cierpiący staje się jeszcze bardziej człowiekiem, a jego prośby o dokonanie eutanazji są rozpaczliwym wołaniem o pomoc i miłość. Wzywanie śmierci jest spowodowane poddaniem się w walce z cierpieniem i nie może być rozumiane jako prawdziwe błaganie o eutanazję<sup>73</sup>.

Kościół domaga się szczególnego traktowania dla osób chorych i cierpiących, dostrzegając w każdym takim człowieku cierpiącego Chrystusa. Należy dołożyć wszelkich starań, aby umożliwić chorym jak najbardziej normalne życie. Wsparcie i pomoc dla nich wynika z poszanowania życia ludzkiego, które jest dalszą konsekwencją piątego Przykazania Bożego<sup>74</sup>.

Eutanazja bezpośrednia, czyli taka, która zmierza do pozbawienia życia, kierująca się różnymi motywami, nawet wspaiałomyślnym złagodzeniem bólu, bez względu na swe motywy czy środki, zawsze jest

<sup>70</sup> Por Sobór Watykański II, Konstytucja dogmatyczna o Kościele *Lumen Gentium* 21 XI 1964 (KK), n.25, AAS 57 (1965), s. 5–66.

<sup>71</sup> Por. Jan Paweł II, Encyklika o relacjach między wiarą i rozumem *Fides et ratio* (14 IX 1998), n. 1, AAS 91 (1999), s. 5–88.

<sup>72</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, *Wyjaśnienia doktrynalne odnoszące się do końcowej części formuły „wyznania wiary”* (29.06.1998), n. 11, KAI 27 (330) 7 VII 1998.

<sup>73</sup> Por. IeB, n.2.

<sup>74</sup> Por. *Katechizm Kościoła Katolickiego* (KKK), Città del Vaticano 1992, n. 2276.

moralnie niedopuszczalna. Wszelkie manipulacje w działaniu, czyli tak samo czynne jak i zaniechanie, które samo w sobie lub w konsekwencji powoduje położenie kresu życiu, jest czynem zbrodniczym. Nawet błąd w ocenie, którego nie da się wykluczyć, nie zmienia natury tego czynu, który zawsze należy potępić. Nie można dopuszczać do jakiegokolwiek próby ingerowania w kompetencje Stwórcy<sup>75</sup>.

Jeśli chodzi o zaprzestanie „uporczywej terapii” to nie jest ono postrzegane jako celowe zadanie śmierci. Jest ona tu przewidywana, ale przyjmuje się, że nie można jej przeszkodzić. Nie dąży się w tych działaniach do zadania kresu ludzkiemu życiu, rezygnuje się tylko z takich, które nie są współmierne do wyników. Wlicza się tu zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych i nadzwyczajnych, oczywiście jeśli spełnione są wcześniej omówione kryteria. Decyzje pozostawia się pacjentowi, pod warunkiem, że jego stan czyni go zdolnym do jej podjęcia i ma odpowiednie kompetencje, w innym przypadku należy ona do osób uprawnionych, ale zawsze należy mieć na uwadze poszanowanie interesów pacjenta i jego rozumnej woli<sup>76</sup>.

Nigdy jednak nie należy przerywać działań zwykłych zabiegów medycznych przysługujących choremu. Nie ma tu wyjątku nawet dla sytuacji, gdy śmierć jest nie do uniknięcia. Moralnie dopuszczalne jest stosowanie leków przeciwbólowych skracających życie w celu złagodzenia cierpienia. Muszą zostać spełnione dwa warunki: po pierwsze śmierć nie może być planowana, ani jako cel, ani nawet jako środek; po drugie jest ona jedynie możliwa, a nawet przewidywalna, ale traktowana jako nieuchronna. Należy wspomnieć w tym miejscu o wartości opieki paliatywnej, która powinna być wspierana jako najdoskonalszy wyraz bezinteresownej miłości człowieka<sup>77</sup>.

Żadna ustawa prawna nie może uznać za dopuszczalną eutanazji, gdyż jest ona zbrodnią. Dlatego ustawa taka nie jest wiążąca w sumieniu, a nawet trzeba się jej przeciwstawić. Żadne prawo wewnętrznie niesprawiedliwe nie może być wprowadzane w życie, a jeśli jest wprowadzane – chrześcijanin nie powinien się do niego stosować zarówno w przypadku eutanazji, jak i aborcji. W szczególny sposób parlamentarzyści, którzy mają wpływ na formułowanie prawa powinni w jasny sposób przeciwstawić się w głosowaniach ustawom, które stoją w opozycji do osądu sumienia.

<sup>75</sup> Por. tamże, n. 2277.

<sup>76</sup> Por. tamże, n. 2278.

<sup>77</sup> Por. tamże, n. 2279.

Jeśli nie ma możliwości całkowitego odrzucenia takiej ustawy, powinni poprzeć propozycje, które zmierzają do ograniczenia szkodliwości ustawy i zmniejszenia negatywnych skutków odcisniętych na moralności społeczeństwa.<sup>78</sup> „Cokolwiek prawa cywilne stanowią w tej sprawie, powinno być pewne, że człowiek nigdy nie może być posłuszny prawu, które samo w sobie jest niemoralne”<sup>79</sup>.

Absolutnie niedopuszczalna jest eutanazja jako zamach na świętość i nienaruszalność życia ludzkiego, tego cennego daru Bożej miłości. Nie tylko nie wolno zabijać życia, ale obowiązkiem każdego człowieka jest je chronić i troszczyć się o nie w każdym momencie, stanie i sytuacji życiowej. Nauka i technika winny być podporządkowane dobru człowieka i służyć godności osoby, a nie stanowić przestrzeń zamachu na nią<sup>80</sup>.

Jan Paweł II przywołując propozycje Kardynałów zgromadzonych na Konsystorzu w 1991 r. proponuje, aby w każdym kraju wprowadzono Dzień Życia, który niech będzie corocznie obchodzony. Powinien stać się on współdziałaniem wszystkich członków Kościoła lokalnego. Głównym jego celem miałyby być głoszenie świętości życia, budzenie wrażliwości na jego wartość w każdym aspekcie zarówno w sumieniach poszczególnych osób jak i całych wspólnot, społeczeństw, a także opowiedzenie się sprzeciwem przeciw wielkiemu złu, którym jest eutanazja<sup>81</sup>.

Przerwanie ciąży tak samo jak eutanazja noworodków jako selekcja dzieci przez określenie „jakości” życia jest wielkim złem i godzi w prawo do życia, jest dyskryminacją osób chorych. Uzurpowane „prawo do dziecka zdrowego” zaprzecza świętości życia, a kalectwo nie może być powodem skazania na śmierć, nawet jeśli sami rodzice tego się domagają. Trzeba pamiętać, że tego rodzaju decyzja jest wynikiem szoku przeżywanego na skutek takiej możliwości<sup>82</sup>.

Kościół nie zabrania natomiast działań, które z katolickiego punktu widzenia nie są czynnościami, na których określenie moglibyśmy się posłużyć terminem eutanazja. Należy tu wyróżnić trzy grupy: opiekę paliatywną, rezygnację z podejmowania środków medycznych niewspół-

<sup>78</sup> Por. EV, n. 73.

<sup>79</sup> Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o przerywaniu ciąży* *Questio de abortu*, (18 XI 1974), n. 22, AAS 66 (1974), s. 730–747.

<sup>80</sup> Por. EV, n. 81.

<sup>81</sup> Por. tamże, n. 85.

<sup>82</sup> Por. Jan Paweł II, *Trzeba raz jeszcze stwierdzić: każde życie jest święte. Przemówienie do uczestników XI Międzynarodowego Kongresu Medycyny Perinatalnej* (14.04.1988), w: *Os Rom Pol 3–4* (1988), s. 26 .

miernych do stanu chorego, bądź inaczej rezygnację z uporczywej terapii<sup>83</sup>, zastosowanie działań mających na celu ulgę w bólu i cierpieniu, które jednak w konsekwencji mogą skrócić życie<sup>84</sup>.

Biskupi zgromadzeni na Synodzie Rodziny w Rzymie w 1980 roku, potwierdzając nauczanie papieskie w tej kwestii wyraźnie sprzeciwiają się eutanazji jako możliwości rozwiązywania problemów demograficznych, socjologicznych i społecznych. Jest niemoralnym takie postępowanie, tak samo jak tylko wywieranie przymusu na rodzinach przez rządy lub organizacje międzynarodowe, nakłaniając czy zmuszając do takiego działania<sup>85</sup>.

„Nikomu nie wolno nastawać na życie człowieka niewinnego, ponieważ sprzeciwia się to miłości Boga wobec niego, narusza jego nieustraszone i niezbywalne prawo”<sup>86</sup>. Jest to prawo, którego źródłem jest sam Bóg, a nie pochodzące od człowieka, rodziców czy społeczeństwa.<sup>87</sup> Nie ma więc nic, co mogłoby uprawniać do bezpośredniego i świadomego manipulowania życiem ludzkim, zarówno działanie rozumiane jako cel i środek, a zmierzające do położenia mu kresu<sup>88</sup>. Cierpienie na nieuleczalną chorobę nie powoduje odebrania człowiekowi, nawet upośledzonemu starcowi, prawa do życia<sup>89</sup>. Nie tylko nikt nie może się zgodzić na eutanazję bezpośrednio czy nawet pośrednio, ale nikt nie może o nią prosić nawet dla samego siebie. Żaden ustawodawca nie może jej nakazać<sup>90</sup>. Pracownicy służby zdrowia muszą pamiętać, że służą zdrowiu, a nie śmierci<sup>91</sup> i mają obowiązek bronić każdego życia, dbać o nie i zapewnić

<sup>83</sup> Por. IeB, n. 4.

<sup>84</sup> Por. Papieska Rada Cor Unum, *Questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti* (27.07.1981), n. 3.2, „Regno-doc” 19 (1981), s. 602–608.

<sup>85</sup> Por. *Orędzie VI Synodu Biskupów do Rodzin Chrześcijańskich współczesnego świata* (24 października 1980), n. 5.

<sup>86</sup> IeB, n. 2; por. Jan Paweł II, encyklika o niektórych podstawowych problemach nauczania moralnego Kościoła *Veritatis Splendor* 6 VII 1993 (VS), n. 13, AAS 85 (1993), 1133–1228.

<sup>87</sup> Por. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Città del Vaticano 1995 n. 137.

<sup>88</sup> Por. Pius XII, *Przemówienie do uczestniczek Kongresu Włoskiej Katolickiej Unii Położnych* (29 października 1951), AAS 43 (1951), s. 838.

<sup>89</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o przerywaniu ciąży...*, n.12.

<sup>90</sup> Por. IeB, n. 2.

<sup>91</sup> Por. Jan Paweł II, *Przemówienie do Stowarzyszenia Katolickich Lekarzy Włoskich* (28 grudnia 1978), *Insegnamenti I* (1978), s. 438.



w miarę możliwości jak najlepsze warunki do prawidłowego rozwoju<sup>92</sup>. Dobrowolną śmierć należy traktować na równi z zabójstwem, a więc jest moralnie niedopuszczalna. Należy tu jednak zastrzec wyjątek, gdy ktoś decyduje się na działanie, które w konsekwencji prowadzi do śmierci, jak poświęcenie życia dla wielkich wartości takich jak np. zbawienie dusz<sup>93</sup>. Eutanazja, tak samo zresztą jak aborcja, jest kwalifikowana jako zabójstwo lub samobójstwo. Służba dla życia powinna stać na straży by żadne okoliczności takie jak kontekst kulturowy czy stosunek prawny nie miały wpływu na kwalifikowanie moralne<sup>94</sup>. Eutanazja to „przestępstwo” i żaden z pracowników służby zdrowia nie powinien mieć z nią nic wspólnego<sup>95</sup>. Ich powołaniem jest przecież jak już kilkakrotnie wspominaliśmy posługa „bycia zawsze na służbie życiu i towarzyszenie mu aż do końca”<sup>96</sup>.

Nie istnieje prawo do eutanazji, istnieje jedynie prawo do umiarkowania z godnością. Skoro nie ma takiego prawa, przede wszystkim dlatego, że człowiek nie jest właścicielem życia<sup>97</sup>, a więc nie może wydawać wyroków jako sędzia, nikt też nie może go egzekwować<sup>98</sup>. „Eutanazja oznacza klęskę tego, kto mówi o niej teoretycznie, decyduje o niej i praktykuje ją. Będąc czymś zupełnie innym od gestu litości okazanej choremu, eutanazja jest aktem indywidualnej i zbiorowej, samolubnej litości i ucieczki od sytuacji postrzeganej jako nie do zniesienia”<sup>99</sup>.

Przytoczone, liczne przykłady wypowiedzi Magisterium Kościoła na temat eutanazji zawarte zarówno w oficjalnych dokumentach Kościoła, pismach skierowanych do konkretnych grup społecznych czy zawodowych oraz przemówieniach papieży wygłaszanych przy okazji aktualnych wydarzeń czy spotkań z ludźmi cierpiącymi, chorymi oraz opiekującymi się nimi ukazują, że „eutanazja jako czynność pozytywna, czy jako za-

<sup>92</sup> Por. tenże, *Przemówienie do światowego Kongresu Lekarzy Katolickich* (3 października 1982), *Insegnamenti* V/3 (1982), 671.

<sup>93</sup> Por. *IeB*, n. 1.

<sup>94</sup> Por. Papińska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Città del Vaticano 1995, n. 138.

<sup>95</sup> Por. Jan Paweł II, *Przemówienie do dwóch grup roboczych powołanych przez Papieską Akademię Nauk* 3 (21 października 1985), w: *Insegnamenti* VIII/2 (1985), 1081.

<sup>96</sup> Paweł VI, *Przemówienie do uczestników III Światowego Kongresu „International College Psychomatic Medicine”* (18 września 1975), *AAS* 67 (1975), s. 545.

<sup>97</sup> Por. *KKK*, n. 2280.

<sup>98</sup> Por. Papińska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników...*, n. 148.

<sup>99</sup> Tamże, n. 149.

niedbanie, które samo z siebie czy z intencji zadaje śmierć, aby przerwać pasmo cierpień, jest niedozwolona pod żadnym pozorem”<sup>100</sup>. Kościół jest obrońcą życia ludzkiego, broni godności osoby ludzkiej, jej praw a także jawi się jako strażnik Dekalogu i właściwej interpretacji Pisma świętego. Nie jest przejawem okrucieństwa niezgoda na tzw. „łagodną śmierć”, tylko niezgodą na manipulowanie ludzkim życiem i zasłanianie się przy tym ideą pomocy człowiekowi, czy ulżeniu cierpieniom. Problem eutanazji, coraz bardziej aktualny, prowokuje do coraz głośniejszego wołania o troskę o życie ludzkie, czego dowodem jest hasło roku duszpasterskiego 2009 – „Otoczmy troską życie”<sup>101</sup>. Komisja Episkopatu Hiszpanii przygotowała wzór testamentu życia, który powinna sporządzić osoba wierząca, aby na wypadek ciężkiej choroby i braku możliwości podjęcia świadomej decyzji jej życie nie było ani poddane eutanazji ani sztucznie przedłużane czyli poddane ortotanazji<sup>102</sup>. Testament taki może położyć kres manipulacjom życiem i śmiercią, kiedy człowiek nie jest już w stanie bronić swoich przekonań, swojej wiary czy po prostu wykorzystać prawa do życia i naturalnej śmierci.

## UPORCZYWA TERAPIA

Jan Paweł II, opierając się na *Deklaracji o eutanazji* wydanej przez Kongregację Nauki Wiary, w encyklice *O wartości i nienaruszalności życia ludzkiego* ściśle precyzuje czym jest uporczywa terapia. W literaturze można też spotkać określenie „uporczywe leczenie”<sup>103</sup>. „Od eutanazji należy odróżnić decyzję o rezygnacji z tak zwanej « uporczywej terapii», to znaczy z pewnych zabiegów medycznych, które przestały być

<sup>100</sup> J. Kowalski, *Obrona życia ludzkiego w praktyce lekarskiej w świetle Magisterium Kościoła*, HD 56 (1987) n. 1, 28.

<sup>101</sup> Zob. Komisja Duszpasterstwa Konferencji Episkopatu Polski, *Otoczmy troską życie. Kościół niosący Ewangelię nadziei. Program duszpasterski Kościoła w Polsce na lata 2006–2010. Rok 2008/2009*, Poznań 2008.

<sup>102</sup> Zob. M. Vidal, *Manuale di etica teologica, 2 parte prima. Morale della persona e bioetica teologica*, Assisi 1995, 572: „TESTAMENTO VITALE (fascimile) [...] Per questo io sottoscritto. Chiedo che se per la mia infermità giungessi a essere in una situazione critica e irricuperabile, non mi si mantenga in vita per mezzo di trattamenti sproporzionati o straordinari; che non mi si applichi l'eutanasia attiva, né mi si prolunghi abusivamente e irrazionalmente il mio processo di morte; ch mi si amministrino i trattamenti adeguati per far fronte alle sofferenze”.

<sup>103</sup> Zob. I. Carrasco de Paula, dz. cyt., s. 212.

adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny. W takich sytuacjach, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem «zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwale i bolesne przedłużenie życia, nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach»<sup>104</sup>. Istnieje oczywiście powinność moralna leczenia się i poddania się leczeniu, ale taką powinność trzeba określać w konkretnych sytuacjach: należy mianowicie ocenić, czy stosowane środki lecznicze są obiektywnie proporcjonalne do przewidywanej poprawy zdrowia. Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci”.<sup>105</sup>

W świetle powyższych wypowiedzi można określić, co nie może być uważane za eutanazję:

- podawanie środków walczących z bólem, które tylko pośrednio przyspieszają śmierć, ale intencją tych zabiegów nie jest zakończenie życia, a tylko uśmierzenie bólu;
- przerwanie terapii, która nie przynosi rezultatów, a jedynie przynosi cierpienie i je przedłuża (oczywiście za zgodą pacjenta);
- w całkowicie sztuczny sposób podtrzymywane życia, które przestało być życiem osobowym, czyli podtrzymywanie agonii<sup>106</sup>.

Dwa ostatnie przypadki są wyraźnym przykładem rezygnacji z uporczywej terapii.

Uporczywą terapię można rozpatrzeć na dwóch płaszczyznach. Możemy stwierdzić, że podlega ona tej samej logice, co eutanazja, wtedy kiedy człowiek chce panować nad śmiercią. W przypadku eutanazji chce ją przyspieszyć, a w przypadku uporczywej terapii oddalić jej przyjsięcie. Człowiek stawia siebie w miejsce Boga, chce być wszechmocny. Rozpatrując uporczywą terapię i eutanazję na innej płaszczyźnie, bardziej obiektywnej, zauważamy, że podlegają różnym logikom. Pierwszą rządzi pragnienie życia, drugą natomiast śmierć. W tych konkretnych przypadkach zarówno pragnienie życia jak i śmierci można określić „za wszelką cenę”<sup>107</sup>.

<sup>104</sup> JeB, n. 4.

<sup>105</sup> EV, n. 65.

<sup>106</sup> Por. P. Góralczyk, dz. cyt., s. 180.

<sup>107</sup> Por. R. L. Lucas, dz. cyt., s. 169.

Mimo, że eutanazja stoi w sprzeczności z najbardziej podstawowym prawem – prawem do życia – i z etycznego punktu widzenia jest wielką niesprawiedliwością, to i tak w niektórych krajach próbuje się ją usankcjonować prawnie, co trudno pogodzić z prawem do życia.<sup>108</sup> Prawo do życia obowiązuje bezwarunkowo, jedyne wyjątki to kara śmierci, obrona konieczna czy wojna, nie zajmujemy się jednak żadnym z tych zagadnień. Prawo to powinno strzec każdego życia i zawsze. Jednak w szerszym rozumieniu prawo to oznacza zapewnienie koniecznych środków do życia, czyli środków, które określamy jako zwyczajne. Poruszamy się tu w granicach zakreślonych przez zasadę pomocniczości i dostępność środków, które określa proporcjonalność i odpowiedniość w danej sytuacji. Nie przeczy się niemoralności zabijania, ale dopuszczenie śmierci jest jak najbardziej moralne i nie może stawać na równi z uśmiercaniem. Nie jest to wcale żadne *novum* w teologii moralnej. Proporcjonalność określa się stosunkiem środka i celu. Jest ona zawsze funkcją dwóch zmiennych: podejmowanych środków i zamierzonego celu. Środek, który ma być przedsięwzięty musi być odpowiednio proporcjonalny do przewidywanego celu. Oczywiście stworzenie opisu celu zawiera w sobie jeszcze inne elementy jakości życia. Nie chodzi więc wcale o przedłużenie życia za wszelką cenę. Niestety sama medycyna nie jest w stanie w pełni podać odpowiedniej oceny jakości życia. Lekarz wolałby uniknąć podania oceny i pozostawić ją samemu pacjentowi. Nie zawsze jest to jednak możliwe, szczególnie w sytuacjach, kiedy pacjent nie jest już w stanie wyrazić swojej opinii. Należy dla pełnego naświetlenia sprawy i właściwego jej zrozumienia podkreślić, że lekarz nadal jest zobowiązany do niesienia pomocy, ratowania życia oraz nie przyczyniając się do śmierci, a już w żadnym wypadku nie będąc jej sprawcą, próbować przedłużać życie wszelkimi możliwymi sposobami. Nie ma prawa decydować o śmierci pacjenta, powinien starać się umożliwić choremu godne życie<sup>109</sup>.

Mówiliśmy o zapewnieniu środków zwyczajnych, jako obowiązku wynikającego z prawa do życia. Konieczne jest sprecyzowanie co należy do nadzwyczajnych środków a co do zwyczajnych, podejmowanych w celu ratowania życia lub zaniechanych jako rezygnacja z uporczywej terapii. Rezygnacja z czego jest moralnie dopuszczalna, a pozbawienie chorego czego pozostaje wielką niegodziwością. Dziś częściej posługujemy

<sup>108</sup> Por. A. Fularz, *Moralna niedopuszczalność eutanazji*, w: Katolicki Uniwersytet Lubelski, Akademia Medyczna w Lublinie, dz. cyt., s. 95.

<sup>109</sup> Por. H. Wumermeling, dz. cyt., s. 83–84.

się terminami medyczne środki proporcjonalne i nieproporcjonalne, niż zwyczajne i nadzwyczajne<sup>110</sup>. Moraliści określali, że można zrezygnować, czy w ogóle nie stosować „nadzwyczajnych” środków. Wyrażenie to jest jednak nieprecyzyjne. Dlatego właściwszym jest mówienie o „proporcjonalności” bądź „nieproporcjonalności” środków. Zwłaszcza zważywszy na intensywny rozwój terapii. Właściwa ocena środków dokonuje się przez porównanie rodzaju leczenia, stopnia trudności i ryzyka jakie się z nim wiąże, wydatki jakie za sobą pociąga, a także możliwości stosowania z przewidywalnym efektem, jakiego możemy się spodziewać. Oczywiście bierzemy pod uwagę dyspozycję w jakiej pacjent się znajduje, a więc stan chorego i siły, którymi dysponuje, zarówno fizyczne jak i moralne<sup>111</sup>. „Określeniem »proporcjonalnych i nieproporcjonalnych środków medycznych« posługuje się Kongregacja Nauki Wiary w wydawanych przez siebie dokumentach. Rozróżnienie to jednak jest uwarunkowane konkretnymi okolicznościami, a kryteria samego rozróżnienia mają charakter obiektywny i subiektywny. Do kryteriów obiektywnych należy zaliczyć: naturę środków, ich koszty i konsekwencje wynikające z zasady sprawiedliwości. Natomiast kryteria subiektywne to konieczność unikania niepokoju i trwogi, przykrości i niewygody oraz szoku psychologicznego związanego ze stosowaniem tych środków. Podstawowym zaś kryterium tego rozróżnienia jest proporcja między środkami i celem, który za ich pomocą chce się osiągnąć”<sup>112</sup>. Zauważamy więc konieczności indywidualnego traktowania każdego przypadku, bez stosowania uogólnień trzeba zbadać wszystkie okoliczności towarzyszące choremu, o których była mowa wyżej.

Profesor Wojciech Bołoz precyzuje w kilku punktach co w obiektywny sposób można zakwalifikować do danej klasy środków. Jako zwyczajny środek uważa taki sposób leczenia, który: finansowo jest dostępny dla większości mieszkańców danego kraju; nie przymnaża zbyt długich cierpień; daje prawdopodobieństwo wyleczenia. Natomiast do nadzwyczajnych środków medycznych zalicza takie, które: przerastają możliwości finansowe chorego i jego rodziny oraz przekraczają zwykłe usługi świadczone przez społeczną służbę zdrowia; mogą pozostawić nieko-

<sup>110</sup> Por. W. Bołoz, *Prawa człowieka umierającego jako gwarancja godnej śmierci*, w: W. Bołoz, M. Ryś (red.), *Między życiem a śmiercią. Uzależnienia, eutanazja, sytuacje graniczne*, Warszawa 2002, s. 227–228.

<sup>111</sup> Por. IeB, n.4.

<sup>112</sup> W. Bołoz, *Prawa człowieka umierającego...*, s. 228.

rzystne skutki psychiczne lub organiczne; nie gwarantują żadnych szans wyleczenia lub niewielkie. Kwalifikacja tych środków może zmieniać się w zależności od różnych czynników takich jak np. zamożność i poziom rozwoju kraju. Człowiek zobowiązany jest do stosowania zwyczajnych środków, nie jest natomiast moralnie zobowiązany do ratowania swojego życia czy nawet zdrowia przy użyciu środków nadzwyczajnych<sup>113</sup>.

Kongregacja Nauki Wiary podaje też kilka prawideł, które precyzując ogólne zasady ułatwiają dokonanie tej oceny. Za zgodą chorego można w przypadku, kiedy nie ma już środków leczniczych skorzystać nawet z takich, które są w fazie doświadczalnej i ich użycie niesie za sobą ryzyko. Taka postawa chorego jest przejawem wspaniałomyślności i stanowi działanie na rzecz dobra całej ludzkości. Można przerwać stosowanie środków, jeżeli efekty nie spełniają pokładanych w nich nadziei, a ich stosowanie przysparza tylko choremu jeszcze więcej cierpienia niż korzyści. Oczywiście trzeba wziąć pod uwagę zdanie chorego, jego rodziny i kompetentnych lekarzy, którzy są w stanie ocenić proporcjonalność wkładu pracy i środków w stosunku do uzyskiwanych rezultatów. Chory ma prawo odmówić poddania się leczeniu, które pociąga za sobą ryzyko i nadmierne koszty. Nie jest to jednoznaczne z samobójstwem, gdyż godziwe jest zatrzymanie się na zwykłych środkach, którymi dysponuje medycyna. Takie zachowanie chorego oznacza akceptację swojego losu i nie nakładanie zbyt dużego ciężaru na rodzinę i społeczeństwo, przez użycie skomplikowanego mechanizmu medycznego niewspółmiernego do otrzymanych efektów. Ostatnie uszczegółowienie, które podaje Kongregacja Nauki Wiary po części cytowaliśmy już. Należy jednak podkreślić, że w sytuacji, kiedy śmierć jest już nieunikniona, wolno zrezygnować z podejmowania takich środków, które zwiększyłyby tylko cierpienie chorego, wydłużyłyby czas jego agonii, przedłużyły jego życie w sposób niepewny i uciążliwy. Nie należy jednak zrezygnować z normalnych środków, które należą się choremu<sup>114</sup>.

*Katechizm Kościoła Katolickiego* określa „zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów” jako rezygnację z „uporczywej terapii”. Działanie takie jest uprawnione, jeśli jego celem nie jest spowo-

<sup>113</sup> Por. W. Bołoz, *Życie w ludzkich rękach*, Warszawa 1997, 138–139. Zob. M. Cuyas, dz. cyt., s. 23–24.

<sup>114</sup> Por. *IeB*, n. 4.

dowanie śmierci, zakłada się, że w tej sytuacji nie można jej zaradzić.<sup>115</sup> „Granica między rezygnacją z uporczywej terapii a eutanazją wydaje się bardzo delikatna. Niemniej jednak bezpośrednie cele tychże działań (intencja jako cel podmiotowy i naturalny skutek podjętego działania jako cel przedmiotowy) i środki w nich zastosowane są radykalnie odmienne, a w konsekwencji podlegają zdecydowanie zróżnicowanej ocenie moralnej”<sup>116</sup>.

Należy rozróżnić w ramach szeroko pojętej opieki medycznej aktywne zabójstwo i dopuszczenie śmierci. Między tymi dwoma postawami istnieje zasadnicza różnica etyczna. Zgłębiając problem eutanazji, wczytując się w piśmiennictwo medyczno-etyczne można zauważyć, że często próbuje się eutanazję aktywną i pasywną wrzucić do jednego worka i ukryć pod jednym pojęciem. Prawdą jednak jest, że spowodowanie śmierci przez podanie zastrzyku rzeczywiście ociera się o zabójstwo dokonane w skutek zaprzestania środka podtrzymującego życie. To jednak należy z całą stanowczością zaznaczyć, że te przykłady, które spotykamy w literaturze odnoszą się do zaniechania niesienia pomocy, co nie jest w żadnym wypadku tożsame z odpowiedzialnym dopuszczeniem zgonu, który należy odróżnić od celowej biernej eutanazji (choć nieraz nie podaje się tego rozróżnienia rozumiejąc eutanazję bierną jako rezygnację z uporczywej terapii). Między dopuszczeniem umierania a celowym zabiciem przez aktywne działanie lub zaniechanie działania istnieje różnica, która w spontaniczny sposób zauważalna jest zarówno przez pracowników medycznych i pielęgnujących, jak i członków rodziny. Podobnie jak samą eutanazję (taki podział podawaliśmy jako jeden ze spotykanych) różnicę tę można rozpatrywać w trzech wymiarach.

- przyczyny

Jeżeli przyjrzymy się aktywnemu zabójstwu to zauważamy, że człowiek umiera pod wpływem działania przyczyny obcej, działania innej osoby. Nawet w przypadku prośby chorego, z którą wiążą się nadużycia, nieporozumienia, błędne interpretacje i diagnozy. Jeżeli zaś chodzi o dopuszczenie śmierci, to należy podkreślić, że umiera tylko chory (nigdy zdrowy) i z powodu swojej choroby, przez ustające procesy życiowe. A nie jak w przypadku uśmiercania przez obce zadysponowanie różnych, zewnętrznych środków technicznych.

<sup>115</sup> Por. KKK, n. 2278.

<sup>116</sup> E. Kowalski, *Między terapią uporczywą a eutanazją. Zasada proporcjonalności w intensywnej terapii*, HD 78 (2009) n. 2, s. 32.



- intencji

Przy aktywnym zabójstwie intencją jest spowodowanie śmierci i to w trybie natychmiastowym, by umierający był martwy możliwie jak najszybciej. W przypadku dopuszczenia umierania intencje są dwie. Pierwsza to szacunek dla człowieka i dla jego życia, które zbliża się ku końcowi. Druga intencja to udzielenie temu procesowi przestrzeni, czasu i pomocy. Zauważamy, że przy aktywnym zabójstwie akcentuje się śmierć, podczas gdy przy dopuszczeniu śmierci nacisk kładzie się na życie, na jego bieg, który zbliża się ku końcowi.

- motywacji

Analizując aktywne zabójstwo dostrzegamy obce dysponowanie techniczne życiem. Aż do samego końca lekarz zachowuje władzę nad życiem, a przede wszystkim nad śmiercią, niejako ją wyprzedzając. I nawet jeśli próbowałby uzasadnić to jakimiś argumentami humanistycznymi, nie ulega wątpliwości, że dokonuje podziału pacjenta na jego psychikę i ciało. Chcąc uleczyć psychikę zabija ciało, niestety nie potrafi zniszczyć ciała w oderwaniu od osoby. Integralność ta domaga się stwierdzenia, iż każde działanie aktywnego zabójstwa jest wymierzone w całego człowieka, integralnie pojmowaną osobę, a nie tylko przeciw organizmowi (ciału). Przy aktywnym zabójstwie likwiduje się cierpiącego, podczas gdy w medycynie paliatywnej likwiduje się tylko cierpienie. Dlatego aktywne zabójstwo jest zanegowaniem osoby i nie można go pogodzić z afirmującą motywacją podstawową, z którą zgadza się dopuszczenie umierania, jako wyraz respektu dla umierającego<sup>117</sup>.

*Kodeks Etyki Lekarskiej*<sup>118</sup> ściśle określa jak powinien się zachować lekarz w stosunku do pacjenta terminalnie chorego. Mówi o niesieniu pomocy do końca, szczególnie w nieuchronnie zbliżającym się momencie śmierci. Podkreśla traktowanie chorego jak osobę, a nie przedmiot, który jest już niepotrzebny. Nakazuje humanitarną pomoc terminalną, ale też zapewnienie godnych warunków umierania. W sytuacji, gdy nie ma już rokowań poprawy stanu zdrowia, w stanach terminalnych, gdy lekarz stwierdzi, że nie ma już szans stosowanie środków leczniczych, nie jest on w obowiązku stosowania środków nadzwyczajnych. Decyzje podejmuje sam lekarz, który może w takiej sytuacji zrezygnować z podjęcia i prowadzenia reanimacji oraz uporczywej terapii. Niemniej jednak lekarz zobowiązany jest do niesienia pomocy nawet w stanach terminalnych,

<sup>117</sup> Por. G. Virt, *Eutanazja? Podstawy etyczne*, w: P. Morciniec, dz. cyt., s. 264.

<sup>118</sup> Zwracamy uwagę szczególnie na trzy artykuły: 30, s. 31 i 32.

przy czym w takich okolicznościach może się ona ograniczyć tylko do zmniejszenia cierpienia, nawet za pomocą środków narkotycznych. Takie postępowanie może wpłynąć na przyśpieszenie śmierci, ale nie może być traktowane jako eutanazja, gdyż śmierć nie jest celem i nie jest ona wprost zamierzona. Ponadto lekarz łagodząc cierpienia powinien starać się o utrzymanie „jakości” życia<sup>119</sup>.

## DZIAŁANIA ALTERNATYWNE DLA EUTANAZJI

Najtrafniejszą alternatywą dla eutanazji jest medycyna paliatywna, w której nie ma miejsca dla eutanazji. Eutanazja w świetle medycyny paliatywnej jest określana mocno i zdecydowanie jako porażka zarówno chorego jak i lekarza, wynik niespełnienia i braku umiejętności<sup>120</sup>. Każdy człowiek wezwany jest do niesienia pomocy choremu, także za pomocą możliwości jakie daje medycyna paliatywna i opieka hospicyjna. „Wszyscy zatem mamy nieść naszemu bliźniemu posługę miłości, broniąc jego życia i wspomagając je zawsze, a zwłaszcza wówczas, gdy jest słabe i zagrożone. Powinniśmy się troszczyć o nie nie tylko jako jednostki, ale także jako wspólnota, czyniąc z bezwarunkowego szacunku dla życia ludzkiego fundament nowego społeczeństwa. Jesteśmy wezwani, aby kochać i szanować życie każdego człowieka oraz dążyć wytrwale i z odwagą do tego, by w naszej epoce, w której mnożą się zbyt liczne oznaki śmierci, zapanowała wreszcie nowa kultura życia, owoc kultury prawdy i miłości”<sup>121</sup>.

Niewątpliwie cierpienie towarzyszące umieraniu spowodowane przede wszystkim bólem fizycznym ma negatywny wpływ na przeżywanie przez człowieka własnej śmierci. Oczywiście istnieje pozytywny sens cierpienia, na który wskazuje szczególnie etyka teologiczna. Prawdą jednak jest też, że straszliwy ból, którego człowiek doświadcza, odbiera mu często świadome przeżywanie własnej śmierci. Dlatego prawdziwe „towarzyszenie” umierającemu domaga się dołożenia wszelkich starań, bez oszczędzania, aby ten ból uśmierzyć. W ludzkim umieraniu ból nie może zdominować postawy człowieka, dlatego medycyna paliatywna

<sup>119</sup> Por. A. Fularz, dz. cyt., s. 95–96.

<sup>120</sup> Por. J. Stolarczyk, *Słowo o eutanazji*, w: Katolicki Uniwersytet Lubelski, Akademia Medyczna w Lublinie, dz. cyt., s. 72–73.

<sup>121</sup> EV, n. 77.

wnosi swój wkład, aby umieranie miało swój naturalny charakter, mimo, iż to nie zmniejsza jego dramatycznego wymiaru. Wnosi ona pociechę i spokój ducha – nieocenione dary w procesie umierania<sup>122</sup>.

Ustaliliśmy już wcześniej, że istnieje prawo do życia, trudno mówić o prawie do śmierci, a raczej do decydowania kiedy ta śmierć ma nastąpić. Można jednak powiedzieć o prawie do śmierci, jednocześnie precyzując, że człowiek ma prawo do ludzkiej śmierci<sup>123</sup>. To ostatnie zadanie życiowe człowieka, nie może być wykonane przez kogoś innego. By jednak człowiek chory nie próbował uciec od jego wykonania, możemy, a nawet powinniśmy pomóc, aby został zachowany ludzki wymiar umierania należny godności osoby ludzkiej. Wśród różnych form pomocy, którą możemy zaoferować choremu, najważniejszą jest opieka. Obok niezbędnej w tej sytuacji opieki medycznej i pielęgnacyjnej, nieocenioną rolę spełnia wszelka postawa życzliwości, troski i szacunku dla chorego. Przeżywanie swojego cierpienia z kimś bliskim znacznie ułatwia pogodzenie się z umieraniem. A odpowiedź na nurtujące pytania, pomoc w znalezieniu odpowiedzi na sens ludzkiego życia i cierpienia, pozwala uwolnić od lęku związanego ze śmiercią. Wiara w Jezusa Chrystusa i łączenie swoich cierpień z Jego męką, a przez to czynny udział w historii zbawienia, nadaje sens nawet chorobie, cierpieniu i śmierci<sup>124</sup>.

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 1990) opieka paliatywna jest aktywną, holistyczną, wielowymiarową opieką nad chorymi, których schorzenia szybko postępują, nie poddają się już leczeniu przyczynowemu. Celem tej opieki, będącej synonimem opieki hospicyjnej jest otoczenie ochronnym płaszczem działań (łacińskie *pallium* = płaszcz grecki) całej osoby chorego i jego rodziny, dążenie do zapewnienia jak najwyższej jakości życia. Opieka paliatywna ma na celu uśmierzenie bólu i innych dokuczliwych objawów, ofiarowanie ulgi w cierpieniach psychicznych i duchowych, podnoszenie rangi uciekającego życia<sup>125</sup>.

Opieka paliatywna nierozzerwalnie związana jest z hospicjum. Choć wydaje się, że już we współczesnej świadomości ludzi nie wywo-

<sup>122</sup> Por. A. Autiero, *Etyczne stanowisko wobec eutanazji i ocena debaty eutanazyjnej*, w: P. Morciniec, *Eutanazja w dyskusji*, s. 139–140.

<sup>123</sup> Por. IeB, n. 4.

<sup>124</sup> Por. W. Bołoz, *Życie w ...*, s. 203.

<sup>125</sup> J. Łuczak, *Etyka w opiece paliatywnej*, w: H. Bortnowska, *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, Kraków 1993, s. 30.

luje ono tylu negatywnych emocji, co kiedyś, związanych z niewłaściwą interpretacją pojęcia hospicjum i mamy coraz większą wiedzę na temat jego funkcjonowania, to jednak nadal otoczone jest pewnym murem *tabu*. Stereotypowe myślenie o hospicjum, to kojarzenie tego miejsca z umieralnią przepełnioną cierpieniem, jękiem i krzykiem, gdzie zamyka się ludzi, którzy czekają już tylko na śmierć. Doświadczenie odwiedzenia hospicjum ukazuje je jednak w zupełnie innym świetle, jako miejsca przepełnionego spokojem, życzliwością i atmosferą sprzyjającą życiu pełnią życia w najwyższym możliwym stopniu, nawet w ostatnim stadium choroby. Walczy się zarówno z bólem, różnymi dostępnymi sposobami jak i również dba się o stan psychiczny, emocjonalny oraz fizyczną wygodę chorego<sup>126</sup>. Nie do końca właściwe rozumienie, czym jest hospicjum związane jest pewnie ze świeżością funkcjonowania tego pojęcia w polskiej terminologii medycznej. Pierwsze hospicjum w Polsce powstało w 1981 roku, było to Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum”, dziś znane pod nazwą Hospicjum św. Łazarza w Nowej Hucie. Do jego powstania przyczynił się pobyt w Krakowie w 1978 r. Cicely Saunders, która otworzyła w Londynie w 1967 r. pierwsze współczesne hospicjum w Europie – Hospicjum św. Krzysztofa (ang. St. Christopher’s Hospice)<sup>127</sup>. Już wcześniej, w 1973 został opublikowany w języku polskim jej artykuł dotyczący opieki nad umierającymi<sup>128</sup>. Przetłumaczenie ang. *St. Christopher’s Hospice* jako „Zakład św. Krzysztofa” zamiast „Hospicjum św. Krzysztofa”, ukazuje, że jeszcze w latach siedemdziesiątych ubiegłego stulecia w polskiej medycynie nie było używane słowo hospicjum, nie było jej nawet znane. Jeszcze w 1987 r., a więc w sześć lat po powstaniu pierwszego w Polsce hospicjum nie zawiera się ono w angielsko-polskim słowniku lekarskim<sup>129</sup>.

Wyjątkowość opieki paliatywnej i hospicyjnej polega na wspólnej pracy zespołu ludzi połączonych troską o cierpiącego, a często nawet umierającego człowieka. Idea ruchu hospicyjnego jest tożsama z chrześci-

<sup>126</sup> Por. A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa 1997, s. 171.

<sup>127</sup> Zob. C. Saunders, *Hospicjum św. Krzysztofa*, w: H. Bortnowska, *Sens choroby*, dz. cyt., s. 266–296.

<sup>128</sup> Zob. tenże, *Chwila prawdy: opieka nad człowiekiem umierającym*, w: L. Pearson (red.), *Śmierć i umieranie*, Warszawa 1973, s. 46–74.

<sup>129</sup> Por. T. Dangel, *Wobec wyboru: opieka paliatywna czy eutanazja?*, w: W. Bołoz, M. Ryś (red.), *Między życiem a śmiercią. Uzależnienia, eutanazja, sytuacje graniczne*, Warszawa 2002, s. 198–199. Zob. P. Słomski, *Słownik lekarski angielsko-polski*, Warszawa 1987.

jańskim przesłaniem przypowieści o Miłosiernym Samarytaninie. Należy jednak z całą stanowczością podkreślić, że mimo różnic między poszczególnymi wymiarami opieki nad całym człowiekiem (rozumienie człowieka integralnie jako istoty cielesno-duchowej), nie można skutecznie nieść mu pomocy w pojedynkę. Właśnie praca zespołowa, która charakteryzuje opiekę paliatywną i hospicyjną, przynosi najlepsze efekty poprawy jakości życia pacjenta, nadając tym samym jego umieraniu podniosły charakter, a może raczej odkrywając na nowo w umieraniu godność<sup>130</sup>. Umieranie bowiem, co należy kolejny raz przypomnieć, będąc elementem życia, jego ostatnim etapem, posiada tę samą godność co samo życie.

Oprócz podkreślania współpracy zespołowej w towarzyszeniu człowiekowi umierającemu wskazuje się na przygotowanie lekarzy, którzy oprócz wykorzystywania właściwej wiedzy medycznej niezbędnej do leczenia ciała, powinni zwracać uwagę na potrzeby psychiczne, udzielając wsparcia emocjonalnego. Decyzje, które są podejmowane w okresie terminalnym mają bowiem wpływ zarówno na sposób umierania chorego jak i towarzyszącą atmosferę. Lekarz powinien współpracować z rodziną i innymi osobami, które również sprawują opiekę, jak chociażby wolontariusze, pielęgniarki, czy duszpasterze. Domaga się tego holistyczne traktowanie pacjenta, czyli zwrócenie uwagi na cierpienie zarówno fizyczne, psychiczne oraz duchowe<sup>131</sup>. Personel hospicjum to przede wszystkim pielęgniarki, które wspiera psycholog, ksiądz, odpowiednio przeszkoleni wolontariusze, lekarze stanowią niewielką jego część. Natomiast na ile to możliwe włączane są do pomocy rodziny pacjentów<sup>132</sup>.

Struktury zorganizowane jako hospicja, które przyjmują terminalnie chorych powinny zapewniać oprócz opieki medycznej, możliwość przeżycia ostatnich chwil w bliskości osób. Osoba chora odczuwająca przede wszystkim lęk przed samotnością, potrzebuje towarzyszenia. Wystarczy nieraz tylko „bycie obok”, „trzymanie za rękę”. Każdy zwyyczajny gest dla osoby zdrowej, może być na wagę złota w odczuciu osoby chorej. Nawet w chwili, gdy umierający w konkretnej już sytuacji nie ma możliwości wyrazić potrzeby osobowej obecności drugiego człowieka, nie należy bagatelizować towarzyszenia, które ma ogromny wpływ na jakość

<sup>130</sup> Por. P. Krakowiak, *Duszpasterz przy łóżu umierającego*, w: W. Bołoz, M. Ryś, *Między życiem a śmiercią*, Warszawa 2002, s. 252–253.

<sup>131</sup> Por. M. Lembas-Sznabel, *Lekarz przy łóżu umierającego*, w: W. Bołoz, M. Ryś, *Między życiem*, s. 236–237.

<sup>132</sup> Por. A. Ostrowska, dz. cyt., s. 171–172.

życia chorego. A to właśnie na jakości życia koncentruje się troska osób opiekujących się umierającym, a nie na ilości<sup>133</sup>.

Hospicjum jest nie tylko instytucją sprawującą opiekę nad umierającymi, ale także pewnym programem opieki i pomocy dla rodzin. Opieka ta nie ustaje po śmierci pacjenta – personel hospicjum pomaga rodzinie w okresie żałoby<sup>134</sup>, głównie w zwalczaniu stresów i napięć emocjonalnych, jakim jest poddana. Dokument wydany przez Państwową Organizację Hospicjów<sup>135</sup>, określający zasady ich działania i standardy opieki w Stanach Zjednoczonych definiuje hospicjum następująco: »Hospicjum jest skoordynowanym programem opieki paliatywnej i podtrzymującej (w sensie psychicznym, fizycznym, społecznym i duchowym) dla osób umierających i ich rodzin, prowadzonym przez interdyscyplinarny zespół specjalistów i wolontariuszy i centralnie administrowany. Opieka jest dostępna 24 godziny na dobę. Przy przyjęciach uwzględnia się istniejące potrzeby pacjentów i ich rodzin«<sup>136</sup>.

W dalszej części dokumentu podkreślona jest jeszcze m.in. rola hospicjum jako afirmującego życie. Życie a nie śmierć, hospicjum bowiem nie ma za zadanie przesuwać jej w czasie, ani przyspieszać, ani odraaczać<sup>137</sup>. „Hospicjum winno być miejscem wielkiej moralnej i intelektualnej pracy nad wyrobieniem w sobie świadomej i dojrzałej postawy wobec życia, a więc i wobec umierania”<sup>138</sup>.

Hospicjum traktowane jest też jako instytucja alternatywna dla umierania w szpitalu. Oddziały opieki paliatywnej są natomiast określane jako forma pośrednia między klasycznym szpitalem a hospicjum<sup>139</sup>. Skoro już wskazujemy na istnienie formy pośredniej musimy chociaż krótko nakreślić, czym ona jest. Mamy tu na myśli dwie możliwości. Pierwsza to oddziały opieki paliatywnej, czyli wybrany oddział skoncentrowany na opiece nad przysyłanymi z innych oddziałów pacjentami w fazie terminalnej. Druga forma pośrednia określa grupę osób specjalnie prze-

<sup>133</sup> Por. C. Zuccaro, *Teologia śmierci*, Kraków 2004, s. 93–94.

<sup>134</sup> Zob. P. Krakowiak, *Strata, osierocenie i żałoba. Poradnik dla pomagających i dla osób w żałobie*, Gdańsk 2007.

<sup>135</sup> T. H. Koff, *Hospice. A Caring Community*, Mass 1980.

<sup>136</sup> A. Ostrowska, dz. cyt., s. 172.

<sup>137</sup> Por. Tamże, s. 172.

<sup>138</sup> H. Bortnowska, *O polski model hospicjum*, w: J. Bogusz (red.), *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie*, Bydgoszcz 1985, s. 54.

<sup>139</sup> Por. A. Ostrowska, dz. cyt., s. 168.

szkoloną w celu opieki nad pacjentami terminalnymi, przebywającymi w różnych oddziałach szpitala, nazywaną zespołem opieki paliatywnej. Mimo, iż ta opieka związana jest w sposób nierozzerwalny ze szpitalem, jednak pozostaje istotną odmiennością celową odróżniającą te formy opieki nad umierającymi, od pacjentów, którzy umierają na innych oddziałach szpitala. Chodzi tu o jakościową różnicę w podejściu do pacjenta, gdzie w wymienionych formach pośrednich to umierający pacjent jest programowym centrum zainteresowania<sup>140</sup>.

Mówiąc o opiece paliatywnej trzeba wspomnieć zagrożenie, które może pojawić się w funkcjonowaniu hospicjum. Dozwolone jest w walce z cierpieniem fizycznym, któremu odpowiada dodatkowo jeszcze właściwy ciężar moralny, po wyczerpaniu innych dostępnych środków zastosowanie wobec chorego „snu indukowanego” lub „komy indukowanej”. Jest to swoisty rodzaj leczenia za pomocą benzodiazepiny wywołującej sztuczny sen, która ma zastąpić koktajle analgetyczne zwłaszcza kiedy stały się już nieskuteczne. Często przynosi to ulgę choremu zwłaszcza z punktu psychologicznego. Nie jest to w żadnym wypadku działanie eutanazyjne, gdyż intencja jest poprawna. Podaje się przy tym zawsze takie dawki benzodiazepiny, które nie wywołują śmierci, a tylko sen. Zagrożenie jakie temu działaniu towarzyszy to możliwość przekształcenia hospicjów w „domy pięknego zasypiania”. Logika nie jest tą samą którą towarzyszy eutanazji, opiera się bowiem na innych podstawach. Lekarz nie mogąc zatrzymać śmiertelnego postępu choroby, łagodzi jej objawy<sup>141</sup>.

Opieka paliatywna to proces, szereg wydarzeń, w którym udział biorą zarówno chory, jak i jego bliscy. Nie kończy się na podjęciu decyzji, to od niej wszystko się zaczyna. To, co wydaje się na początku trudne i przerażające, z biegiem czasu staje się bliskie – rodzina oswaja się z medycyną paliatywną przez czynny udział w pracach hospicjum. To od współdziałania rodziny z zespołem hospicyjnym zależy czy chory nabierze zaufania i będzie współpracował w celu poprawy jakości jego życia. Taka kooperacja ma służyć kompleksowemu zadbaniu o wszystkie wymiary jego cierpienia i zaspokojenie jego potrzeb w tym najtrudniejszym etapie życia, kiedy jego stan fizyczny ulega ciągłemu pogorszeniu<sup>142</sup>.

<sup>140</sup> Por. tamże, s. 173.

<sup>141</sup> Por. C. Zuccaro, *Teologia śmierci*, s. 94–95.

<sup>142</sup> Por. P. Krakowiak, *Zdążyć z prawdą. O sztuce komunikacji w hospicjum*, Gdańsk 2006, s. 68.



Zarówno medycyna paliatywna, jak i ruch hospicyjny, służą sztuce dopuszczania śmierci, czyli rozwijaniu *ars moriendi*. Lekarz, którego nikt nie zwalnia z obowiązku niesienia pomocy chorym, nie ma za zadanie przedłużać życia za wszelką cenę. Równocześnie nie może on przyczynić się też do jego skrócenia przez powodowanie, bądź tylko przyczynianie się do śmierci pacjenta. Przeniesienie środka ciężkości opieki lekarskiej z leczenia podtrzymującego życie do przyzwolenia śmierci stawia ogromne wymagania zarówno moralne jak i intelektualne, przy których będą powstawać liczne spory i dyskusje. Medycyna ma szansę przez towarzyszenie umierającemu położyć kres pojawiającemu się u niego lękowi przed śmiercią, a osiągnąwszy to, mogłaby przeciwstawić się uśmiercaniu, które jest jedynie ucieczką, a nie rozwiązaniem<sup>143</sup>. „Tym niemniej trzeba przyznać, że śmierć, którą poprzedzają lub której towarzyszą częstokroć straszliwe i długie cierpienia, pozostaje wydarzeniem, które w sposób naturalny niepokoi serce człowieka”<sup>144</sup>. Opieka paliatywna akceptuje więc śmierć jako nieuchronną, nie przyznając człowiekowi praw do panowania nad nią w sposób boski. Nie próbuje skracać ani przedłużać życia. Nie wspiera ani eutanazji ani uporczywej terapii, wydaje się najbardziej naturalną formą służby człowiekowi, jego życiu i śmierci. Pomaga przeżywać proces umierania i dojrzeć pacjentowi do przyjęcia własnej śmierci, pogodzenia się z gasnącym życiem. Uczy jak godnie żyć i umierać<sup>145</sup>. *Karta Pracowników Służby Zdrowia* podkreśla obowiązek towarzyszenia życiu od początku do końca. W stosunku do chorych terminalnie mówi o specjalnym rodzaju opieki zapewniającym choremu poszanowanie życia nawet w momencie umierania wzywając do odpowiedzialności terapeutycznej pracownika służby zdrowia. Opieka paliatywna powinna łagodzić ciężar umierania, a przez „obecność w miłości” odróżnić ludzkie umieranie od „fenomenu ściśle medycznego”<sup>146</sup>.

Zespół hospicyjny<sup>147</sup> dokłada wszelkich starań by w ostatnie chwile pacjenta, kiedy już wszedł w proces umierania, a co można stwierdzić

<sup>143</sup> Por. H. Wumermeling, dz. cyt., s. 84–85.

<sup>144</sup> *IeB*, n. 3.

<sup>145</sup> Por. J. Łuczak, dz. cyt., s. 32.

<sup>146</sup> Por. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby zdrowia, *Karta Pracowników...*, n. 114–118.

<sup>147</sup> „Przez zespół hospicyjny spełnia się przy chorym, umierającym, obecność Kościoła Powszechnego. Ta obecność objawia się w trzech jego funkcjach: w zwiastowaniu, w liturgii i w diakonii. Zwiastowanie – ma na celu, między innymi, przezwyciężyć

przez różne symptomy zarówno samego zachowania się chorego jak i przez jego zmieniający się wygląd zewnętrzny, zwyciężyła w jego postawie nadzieja. Pacjent czuje, że umiera, co potęguje poczucie lęku i niepewności. Moment ten jest też szczególnym wyzwaniem zarówno dla rodziny pacjenta jak i pracowników hospicjum oraz wolontariuszy. Dokładają oni wszelkich starań by w tym kluczowym momencie być obecnym w sposób fizyczny przy osobie, która rozpoczęła już ostatni etap życia ludzkiego. Towarzystwo przez cały pobyt hospicjum, teraz staje się trudniejsze. Trzeba komunikować się z chorym często językiem niewerbalnym, przez gesty, spojrzenia. Właściwe ich odczytanie, które nieraz może przysporzyć kłopotów, o tyle jest bardzo istotne, że zrozumienie pragnień i potrzeb chorego w tych ostatnich chwilach pozwoli zareagować na przyczyny jego cierpienia i o ile to możliwe zadbać o ich usunięcie. Bezczenna wydaje się tu pomoc rodziny, która lepiej zna chorego, jego zachowania i może trafniej je odczytać. Ważne jest też zapewnienie choremu odpowiedniego otoczenia, każdy detal może przynieść radość, która ułatwia przejście przez proces umierania. Jeśli to tylko możliwe chory powinien mieć możliwość umierania w swoim własnym domu, otoczony przedmiotami, które towarzyszyły mu w życiu, a które lubił. Jeśli proces umierania zachodzi w oddziale szpitalnym czy hospicjum, powinno się zatroszczyć by ważne dla chorego pamiątki czy przedmioty kultu religijnego, może rodzinne fotografie, znalazły się w zasięgu jego wzroku. Ważne jest odpowiednie oświetlenie, nie zbyt rżące słabnący wzrok chorego i nie skierowane też wprost na niego. W procesie umierania ważny jest każdy najdrobniejszy szczegół, o zapew-

---

występujący nieraz u chorego kryzys wiary. Trudno czasami udźwignąć prawdę, że Bóg może być obecny w sytuacji, przed którą chory się wzdryga i jej nie akceptuje. Kościół ma tu obowiązek głosić prawdę o Bogu zawsze obecnym, idącym z nami. [...] Liturgia Kościoła – przynosi choremu dar wzmocnienia i uświęcenia w sakramencie pojednania, sakramencie chorych i w Eucharystii. [...] Właściwym sakramentem umierania nie jest sakrament chorych, ale Eucharystia zwana wiatykiem. Jest ona pokarmem dającym siłę na ostatnią drogę. Jest ona także zadatkiem zmartwychwstania. Diakonia – to ten rodzaj zadań Kościoła, które polega na odpowiedniej formacji duszpasterzy, by uświadamiali sobie istotę misji przy chorym, by byli zorientowani jak się zachować w tej dziedzinie życia ludzkiego. [...] Diakonia Kościoła wobec chorych i umierających obejmuje każde działanie Kościoła, które otwiera się na potrzebę ludzką. Może ono przybrać różne formy, od informacyjnej, poprzez współudział w posłudze przy chorym aż po zorganizowane inicjatywy wspierające”. S. Rosik, *Pokusa eutanazji a normatywny wymiar osobowej godności człowieka*, RTK XLIV (1997) z. 3, 49–50.

nienie którego stara się zespół hospicyjny, a który może być ułatwieniem dla umierającego<sup>148</sup>.

Jesteśmy przekonani, że ukazanie roli hospicjum uwypukla różnicę między nim a szpitalem. Przede wszystkim zwracaliśmy uwagę na nowe, specyficzne formy opieki, środek ciężkości, który kładzie się na towarzyszeniu umieraniu, a nie próbach ratowania życia przy użyciu wszelkich środków i metod medycznych. Przede wszystkim różnicę zauważamy w typie opieki nad całym pacjentem, co wielokrotnie już podkreślaliśmy, a nie tylko nad leczoną chorobą. Należy jednak pamiętać, że to w szpitalach umiera jeszcze większa liczba osób, dlatego niektóre elementy ideologii hospicjów powinny znaleźć miejsce w opiece szpitalnej<sup>149</sup>. „Poza argumentami najważniejszymi, merytorycznymi, dotyczącymi jakości opieki nad terminalnie chorymi pacjentami w hospicjach istnieje jeszcze niebagatelny argument finansowy. Według szacunków amerykańskich koszt jednego łóżka w hospicjum jest kilkakrotnie niższy od łóżka szpitalnego na oddziale onkologicznym. Niepotrzebne jest tu bowiem kosztowne wyposażenie techniczne, a wiele prac pielęgnacyjno-opiekuńczych wykonują nieodpłatnie wolontariusze i rodziny pacjentów”<sup>150</sup>.

Należy podkreślić na kanwie powyższych rozważań, że śmierć sama w sobie zawiera dostojeństwo, a opieka paliatywna służy temu, aby go nie zamazać. To głównie od chorego i osób mu towarzyszących zależy czy zostanie to uwypuklone. Szacunek do śmierci zabrania w jakikolwiek sposób się z niej naśmiewać lub stawać się na nią nieczułym. W naszym stosunku do śmierci, wyraża się jednocześnie stosunek do życia, jego poszanowania. Ta postawa ukazuje poziom kultury, bo śmierć nieodłącznie wpisana jest w egzystencję człowieka i nikt nie może mieć do niej obojętnego stosunku<sup>151</sup>.

## L'EUTANASIA –IL PROBLEMA DELLA VITA NON DELLA MORTE

### SOMMARIO

Per il mondo moderno, l'eutanasia diventa il problema grande. Si l'occupano le varie discipline scientifiche, anche la Chiesa e la teologia affrontano la suddetta

<sup>148</sup> Por. P. Krakowiak, *Zdążyć z prawdą...*, s. 70–72.

<sup>149</sup> Por. A. Ostrowska, dz. cyt, s. 184.

<sup>150</sup> Tamże, s. 185.

<sup>151</sup> Por. E. Ozorowski, *Życie i śmierć w aspekcie godności człowieka*, w: K. Konecki, Z. Pawlak, K. Rulka (red.), *Teologia, ekumenizm, kultura. Księga pamiątkowa dedykowana Księdzu Profesorowi Wojciechowi Hancowi z okazji 65. rocznicy urodzin*, Włocławek 2006, s. 445.

questione. La opinione della Chiesa davanti all'eutanasia è incontestato, essa si contraddice l'eliminazione dell'uomo, di contribuire la sua morte. Il problema diviene più grave, se osserviamo i casi concreti e le prove di giustificazione delle decisioni per condurre a termine una vita.

Nell'articolo è stata presentata, non soltanto la definizione e le difficoltà con essa legate, ma anche i modi e le metodi di compiere d'eutanasia. Essa è stata distinta dalla terapia insistente, perchè si succede spesso, che si fa gli errori tra nozioni di "uccidere" e "ammettere la morte". Si cita le molte enunciazioni da parte della Chiesa, i papi, sottolineando che la Chiesa non permette in nessun modo di fare l'eutanasia. Alla fine, come la conclusione, sono state descritte i modi di agire, alternative, come la medicina palliativa e l'assistenza nell'ospizio, l'attività per protezione della vita e della dignità di morire.