

Nieporozumienia wokół pojęcia eutanazji

Anna Gręziak, Prezes ZG Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich

Postęp w medycynie, a szczególnie rozwój technik resuscytacyjnych stawia przed lekarzami dwa podstawowe pytania: kiedy następuje śmierć człowieka i czy istnieje obowiązek stosowania wszystkich znanych medycynie środków, by życie człowieka podtrzymywać i przedłużyć.

Problem ten nabiera szczególnego znaczenia w obliczu toczącej się dyskusji o dopuszczalności eutanazji.

Przyzwolenie na eutanazję ma swoje źródło w ludzkich postawach wobec cierpienia i śmierci.

„Kiedy pacjent jest ciężko chory, często traktuje się go jak kogoś, kto nie ma prawa do własnego zdania. Inna osoba podejmuje decyzję czy, kiedy i w jakim szpitalu będzie on umieszczony. Kiedy już się w nim znajdzie, otoczą go zaferowane pielęgniarki, salowe, stażyści i asystenci; jeden laborant pobierze mu krew, inny zrobi elektrokardiogram. Powoli lecz nieubłaganie zacznie być traktowany jako przedmiot. Nie jest już dłużej osobą. Decyzje często podejmowane są bez zapytania go o zgodę. Jeśli się buntuje, dostanie środek uspokajający, a po wielu godzinach oczekiwania i dyskusji zostanie przewieziony na salę operacyjną albo intensywnej terapii, gdzie będzie przedmiotem licznych i kosztownych zabiegów. Może błagać o wypoczynek, spokój i godność, w zamian za to dostanie kroplówki, transfuzje, podłączą go do jakiegoś aparatu. Chciałby, żeby choć jedna osoba zatrzymała się na jedną minutę, tak by mógł jej zadać jedno pytanie – ale zamiast tego kręcić się będzie wokół niego kilkanaście osób, bardzo zajętych rytmem jego serca, tętnem albo czynnością płuc, wydzielaniem gruczołów i wydalaniem moczu i kału, lecz nikt nie będzie traktować go jako istoty ludzkiej. Chciałby się stąd wyrwać, lecz byłoby to bezskuteczne, gdyż wszystko się robi po to, by ratować mu życie, a jeśli się to uda, dopiero wtedy spojrzą na niego jak na człowieka. Ci, którzy najpierw zajęliby się nim jako istotą ludzką, mogliby stracić bezcenny czas i nie uratować mu życia! Przynajmniej takie jest rozumowe usprawiedliwienie tego rodzaju poczynań – ale czy tak jest rzeczywiście? Czy naprawdę uzasadnieniem tego coraz bardziej mechanicznego, zdepersonalizowanego podejścia może być nasza własna postawa obronna? Czy w ten sposób powinniśmy podchodzić do pacjenta śmiertelnie albo ciężko chorego i rozwiązywać obawy, jakie w nas on budzi? Czy nasze skoncentrowanie się na skomplikowanej aparaturze, na ciśnieniu krwi nie jest rozpaczliwą próbą, żeby zaprzeczyć nadchodzącej śmierci, która tak nas przeraża i przyprawia o taką niepewność, że całą naszą wiedzę przelewamy na maszyny, gdyż mniej się ich obawiamy, niż cierpiącej

twarzy innej istoty ludzkiej, która raz jeszcze przypomina nam o naszej bezsilności, o naszych ograniczeniach i błędach i co najważniejsze – o naszej własnej śmiertelności?”¹

Ta hipotetyczna sytuacja odzwierciedla istotę dość często spotykanej postawy wobec ciężko chorego, umierającego człowieka. Taka postawa może prowadzić do akceptacji eutanazji.

Czym więc jest eutanazja?

„Eutanazja [gr. "dobra śmierć"], powodowane współczuciem zabicie człowieka, który cierpi i jest nieuleczalnie chory; Holandia jako pierwsze państwo zalegalizowała eutanazję – od 1994 może jej dokonać lekarz przy zachowaniu ściśle określonych ustawą warunków”.²

„Eutanazja, zabójstwo człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego; w okresie drugiej wojny światowej, pod pretekstem eutanazji hitlerowcy mordowali ludzi psychicznie chorych, dzieci upośledzone umysłowo i z wadami rozwojowymi, nieuleczalnie chorych, starców, homoseksualistów i robotników cudzoziemskich; łączna liczba ofiar eutanazji – 100-250 tys. (w tym ok. 5 tys. dzieci i ok. 12 tys. Polaków)”.³

Istotę nieporozumień, jakie powstały wokół pojęcia eutanazji obrazuje artykuł Barbary Pietkiewicz, opublikowany w tygodniku Polityka nr 46 z dnia 11 listopada 2000 r.

Zdaniem autorki *„Eutanazja w polskich szpitalach istnieje i polega na odstępianiu od uprawianej terapii, gdy wiadomo, że pacjent niedługo i tak umrze. Choć strach przed posądzeniem o eutanazję powstrzymuje wielu lekarzy przed podejmowaniem racjonalnych decyzji.*

[...] Tymczasem Kościół zezwala na postępowanie inne. W encyklice „Humanae vitae” określa się jako dopuszczalną rezygnację z uporczywej terapii, która nie jest już współmierna do rezultatów i zbyt uciążliwa dla chorego i rodziny. Dopuszcza się więc de facto eutanazję bierną”⁴

Sięgnijmy zatem do nauczania Kościoła, aby skonfrontować to twierdzenie z prawdą głoszoną na temat eutanazji przez Kościół Katolicki.

„Przez eutanazję w ścisłym i właściwym sensie należy rozumieć czyn lub zaniedbanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia. Eutanazję należy zatem rozpatrywać w kontekście intencji oraz zastosowanych metod.

Od eutanazji należy odróżnić decyzję o rezygnacji z tak zwanej uporczywej terapii, to znaczy z pewnych zabiegów medycznych, które przestały być 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. 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”.⁵

Uzyskanie odpowiedzi na pytanie co jest eutanazją, a co nią nie jest oraz wyjaśnienie nieporozumień dotyczących obowiązku stosowania określonych zabiegów medycznych wobec pacjentów nieuleczalnie chorych jest szczególnie ważne dla lekarzy i innych osób sprawujących opiekę nad chorymi.

Codziennie bowiem stają oni wobec pytań:

- w którym momencie interwencja lekarska jest działaniem przedłużającym życie, a kiedy jest tylko przedłużaniem agonii,
- czy podanie leków uśmierzających ból, które zmniejszając cierpienie powodują jednocześnie, jako skutek uboczny skrócenie życia jest moralnie dopuszczalne,
- czy działanie lekarza, który przerywa proces leczenia w pewnej końcowej fazie choroby jest równoznaczne z eutanazją?

Jednak uzyskanie odpowiedzi na te pytania nie jest łatwe. Wie o tym każdy, kto choćby jeden raz w życiu musiał się z takim problemem zmierzyć.

We wspomnianym artykule pani Barbary Pietkiewicz możemy przeczytać między innymi: *„Do Radia Zet, które nadawało audycję o eutanazji, zatelefonowała kobieta. Jej matka umierała na zatorowość płuc. Leżała pod respiratorem, miała zapalenie gardła, dusiła się. Doszła do tego wysoka gorączka, której żadne środki nie mogły usunąć. Córka siedziała przy matce, przykładła kompresy z zamrożonej wody. Modliła się, żeby już umarła, skoro to nieuniknione. Lekarze do końca ratowali ją zastrzykami, pompami; matka prosiła, żeby dać jej spokojnie odejść. [...]*

Postawa taka – mówi dr Bogdan Kamiński, anestezjolog – dominuje w oddziałach intensywnej terapii. Chory bywa poddawany trzy raz z rzędu reanimacji w kilkugodzinnych odstępach. Anestezjolog wyraża wątpliwość co do celowości tych zabiegów. Na to chirurg oświadcza, że nie jest zwolennikiem eutanazji i demonstruje dumę z powodu swej pryncypialności. Pacjent umiera, co było nieuchronne po kolejnym masażu serca, wielokrotnych defibrylacjach i całym zasobie mało humanitarnych metod ożywania.[...] Strach przed posądzeniem o eutanazję powstrzymuje wielu lekarzy przed podejmowaniem racjonalnej decyzji. Dniami, tygodniami oczekuje się, aby natura

rozwiązała problem za nich. [...] A przecież jest to postępowanie błędne, szkodliwe, rujnujące wewnętrzny spokój lekarza, dające złudne nadzieje rodzinie pacjenta, a przede wszystkim przysparzające mu cierpień”.⁶

Problem moralnej oceny zabiegów lekarskich podejmowanych w przypadkach osób nieuleczalnie chorych podjęto podczas Międzynarodowego Zgromadzenia lekarzy i chirurgów, odbytego w Rzymie 24 lutego 1957 roku. W przemówieniu skierowanym przez Papieża Piusa XII do uczestników obrad znalazło się między innymi takie stwierdzenie: „Żadna osoba nie jest zobowiązana do stosowania środków nadzwyczajnych ratowania życia. Rozróżnienie pomiędzy środkami zwyczajnymi i nadzwyczajnymi zależy od osoby, miejsca, epoki i kultury. Inne stanowisko nakładałoby ciężar odpowiedzialności zbyt wielki do zniesienia dla większości ludzi”.⁷

Myśl ta została następnie rozwinięta w wypowiedzi Papieża Pawła VI: „Jednocześnie trzeba podkreślić, że ta sama świętość życia, która zabrania lekarzowi zabijać, dyktuje mu zarazem obowiązek zastosowania wszelkich dostępnych jego umiejętnościom środków do walki przeciw śmierci. Lecz to nie obowiązuje lekarza do tego stopnia, by stosował do przedłużania życia wszelkie techniczne zdobycze, jakie dziś oferuje nieustrudzenie twórcza wiedza. W wielu bowiem wypadkach, czyż narzucanie reanimacji wegetatywnej nie byłoby bezużytecznym torturowaniem w ostatniej fazie nieuleczalnej choroby? Zadaniem lekarza jest więc raczej zmierzać do uspokojenia cierpień, niż do ostatecznych granic, bez względu na środki i możliwości, usiłować przedłużyć życie, które już w pełni nie jest ludzkie i zmierza ku swemu naturalnemu rozwiązaniu”.⁸

Potwierdzenie i rozwinięcie wcześniejszego nauczania Papieży Piusa XII i Pawła VI znajdujemy w Deklaracji Kongregacji Nauki Wiary o Eutanazji: „W naszych czasach jest ważne, by w chwili śmierci zachować godność osoby ludzkiej i znaczenie życia chrześcijańskiego, unikając pewnej tak zwanej „technicyzacji”, która niesie z sobą niebezpieczeństwo nadużyć. Mówi się więc dzisiaj o „prawie do śmierci”, przy czym nie rozumie się tego jako uprawnienia do zadania sobie śmierci przez działanie własne lub drugiego człowieka, zgodnie ze swoim życzeniem, lecz jako prawo do umierania w spokoju, z zachowaniem godności ludzkiej i chrześcijańskiej.

[...] Każdy ma obowiązek troszczyć się o swoje zdrowie i podejmować leczenie. Ci, którzy troszczą się o chorych, powinni z wielką pilnością wypełniać swoje czynności i stosować środki, które uznają za konieczne lub pożyteczne.

Czy jednak we wszystkich okolicznościach należy stosować wszystkie możliwe środki?

[...]Właściwa ocena środków może być dokonana wtedy, gdy rodzaj zastosowanej terapii, stopień jej trudności i związanych z nią niebezpieczeństw, konieczne dawki oraz możliwość zastosowania, zestawimy ze spodziewanymi rezultatami, uwzględniając w sposób właściwy stan chorego, jak również jego siły psychofizyczne. Dla łatwiejszego

zastosowania w praktyce tych zasad ogólnych, mogą okazać się pomocne następujące wyjaśnienia:

- *Gdy nie ma do dyspozycji innych środków, wolno – za zgodą chorego –zastosować środki dostarczane przez najnowsze odkrycia medyczne, chociaż nie zostałyby jeszcze sprawdzone w prowadzonych doświadczeniach i wiązałyby się z pewnym niebezpieczeństwem. Chory, przyjmujący takie nowe lekarstwa, może dać przykład wielkoduszności z korzyścią dla ludzkości.*
- *Podobnie wolno przerwać użycie takich środków, ilekroć nie osiąga się spodziewanych skutków. W podejmowaniu jednak takiej decyzji, należy wziąć pod uwagę słuszne pragnienie chorego i jego domowników oraz opinie prawdziwie biegłych lekarzy. Ci ostatni rzeczywiście będą mogli przede wszystkim dokonać słusznej oceny, kiedy koszt środków i zatrudnionych do tego ludzi nie jest proporcjonalny do przewidywanych skutków oraz gdy stosowane środki lecznicze zadają choremu bóle lub powodują uciążliwości większe od przewidywanych korzyści.*
- *Zawsze wolno uznać za wystarczające środki powszechnie stosowane. Dlatego nie można nikomu nakazywać zastosowania takiego sposobu leczenia, który – chociaż jest już stosowany – nie wyklucza jednak niebezpieczeństwa albo jest zbyt uciążliwy. Odrzucenie takiego środka nie należy porównywać z samobójstwem; należy raczej uznać to za zwykłą akceptację sytuacji ludzkiej, za chęć uniknięcia trudnych zabiegów lekarskich, których korzyść nie odpowiada pokładanej w nich nadziei, albo niedopuszczenia do wielkich obciążeń rodziny lub społeczności.*
- *Gdy zagraża śmierć, której w żaden sposób nie da się uniknąć przez zastosowanie dostępnych środków, wolno w sumieniu podjąć zamiar nie korzystania z leczenia, które może przynieść tylko niepewne i bolesne przedłużenie życia, nie przerywając jednak zwyczajnej opieki, jaka w podobnych wypadkach należy się choremu. Nie stanowi to powodu, dla którego lekarz mógłby odczuwać niepokój, jakoby odmówił pomocy komuś znajdującemu się w niebezpieczeństwie”.⁹*

Przytoczone oceny, sformułowane na gruncie etyki chrześcijańskiej znajdują coraz szerszą akceptację środowisk lekarskich.

I tak w dyrektywach przyjętych w 1973 r. przez Stowarzyszenie Lekarzy USA stanowi się m.in., że: „Należy do pacjenta lub jego rodziny zdecydować o wstrzymaniu terapii nadzwyczajnej mającej na celu przedłużenie życia fizycznego w wypadku, gdy nie ma najmniejszej wątpliwości, że śmierć jest bliska i nieunikniona”.

Zgodnie zaś z zasadami opracowanymi przez Stowarzyszenie Lekarzy Kanadyjskich (1975) „Lekarz kierujący się zasadami etyki pozwoli umrzeć swojemu pacjentowi w godności, kiedy śmierć fizyczna staje się nieunikniona. Lekarz kierujący się zasadami etyki

może utrzymywać życie w wypadku śmierci klinicznej mózgu, ale nie jest zobowiązany do wydłużania życia przez zastosowanie środków nadzwyczajnych lub heroicznych”.

W podobny sposób wypowiedziała się Szwajcarska Akademia Nauk Medycznych (1977). „W wypadku osób umierających lub chorych w niebezpieczeństwie śmierci, gdy choroba ewoluuje nieodwracalnie w kierunku fatalnego końca, a osoby te nie mogłyby później prowadzić świadomego życia, lekarz powinien zmniejszyć cierpienie, nie jest natomiast zobowiązany do zastosowania wszystkich możliwości terapeutycznych, które mogłyby przedłużyć życie”.

W świetle cytowanych wypowiedzi zasadniczym problemem pozostaje jednak nadal odróżnienie środków zwyczajnych i nadzwyczajnych.

Wiemy dobrze, że często respirator stosowany np. u chorego po skutecznej reanimacji, czy z powodu niewydolności oddechowej różnego pochodzenia jest środkiem jak najbardziej zwyczajnym, a prosta antybiotykoterapia z powodu zapalenia płuc u osoby z nieodwracalnym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego może być uznana za środek nadzwyczajny.

Kryterium podziału, zdaniem moralistów, odnosi się bardziej do stanu zdrowia pacjenta i stopnia zaawansowania choroby, niż do rodzaju środka jako takiego; lekarze skłonni są raczej uważać, że różnica polega na przeciwstawieniu środków zwykłych i niezwykłych w zależności od stanu wiedzy medycznej.

Pojęcia środków zwyczajnych i nadzwyczajnych próbowano zastąpić innymi terminami, jak np. „środki użyteczne” i „nieużyteczne”. Do tej pierwszej, zdaniem Gerarda Kelly, należałyby wszystkie lekarstwa, zabiegi czy rodzaje opieki medycznej, które oferują racjonalną nadzieję uzyskania korzyści dla pacjenta i które mogą mu być dostarczone i zastosowane bez nadmiernych wydatków, cierpienia lub innych istotnych niedogodności.

Kanadyjska Komisja Reformy Prawa wykorzystwała tę koncepcję proponując następujący zapis ustawy: „Nie jest obowiązkiem lekarza kontynuowanie lub podejmowanie zabiegu lekarskiego, kiedy jest on z punktu widzenia terapeutycznego nieużyteczny w danych okolicznościach i nie leży w najlepszym interesie osoby, której dotyczy”.

Paul Ramsey, protestancki etyk zwraca uwagę, że *„Problemy powinny być rozwiązane, w ten lub inny sposób, jako problemy pacjentów, a nie jako problemy polityki społecznej z uwagi na niedostateczną ilość łóżek lub na inne trudności w szpitalach”*¹⁰

W ostatecznym rozrachunku ciężar odpowiedzialności zawsze będzie jednak spoczywał na lekarzu, który musi rozważyć wszystkie „za i przeciw” we własnym sumieniu.

Tylko lekarz może określić początek procesu umierania i tylko on może ocenić, czy istnieje uzasadniona nadzieja skutecznego ratowania życia chorego. Wymaga to skupienia całej uwagi na osobie konkretnego pacjenta.

Zdarzało się jednak, że decyzję o powstrzymaniu się od leczenia chorego podejmował sąd. W słynnej w Stanach Zjednoczonych sprawie Sajkewicza zapadło orzeczenie o

niecelowości podejmowania zabiegu terapeutycznego. Chodziło o pacjenta cierpiącego na głęboki niedorozwój umysłowy, przebywającego od wczesnego dzieciństwa w domu opieki społecznej, który w wieku 68 lat zachorował na białaczkę. Zastosowanie chemioterapii stwarzało mu szansę, obliczoną na 50-80%, przedłużenia życia o 1 rok. Niepodjęcie leczenia spowodowałoby natomiast śmierć w przeciągu kilku tygodni.

Sąd najwyższy w Massachusetts, do którego zwrócono się o ocenę celowości tej interwencji uznał ją za bezcelową, wychodząc z założenia, że jej przeprowadzenie spowoduje szczególnie intensywne cierpienia, zważywszy na fakt, że nie można było oczekiwać współdziałania, ani zrozumienia przez pacjenta podejmowanych zabiegów. Sąd stwierdził między innymi: „Etyka medyczna wzbrania się przed zastosowaniem nadzwyczajnych środków przedłużania życia, kiedy staje się oczywiste, że nie ma nadziei na wyzdrowienie pacjenta. Wyzdrowienie nie może być definiowane jedynie przez zdolność pozostania żyjącym. Musi ono oznaczać życie bez niemożliwych do stolerowania cierpień”.

Można mieć jednak wątpliwości, czy o decyzji zaniechania leczenia zadecydowała wiążąca się z nim niewątpliwie „intensywność cierpień”, czy może raczej stan psychiczny pacjenta cierpiącego na głęboki niedorozwój umysłowy.

Istnieje przypuszczenie, że sąd złamał w tym wypadku fundamentalną zasadę poszanowania każdego ludzkiego życia.

Obowiązujący polskich lekarzy Kodeks Etyki Lekarskiej stwierdza: *„Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia.*

Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji.

W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.

*Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych”.*¹¹

Ks. Stanisław Olejnik w pracy Etyka Lekarska omawiając Kodeks Etyki Lekarskiej odkrywa głęboko chrześcijańską treść jego zapisów. Podpowiada też praktyczne sposoby wypełnienia powinności, które kodeks nakłada na lekarzy. Pisze między innymi: *„Lekarz powinien ”być” jakoś z chorym do końca, nie pozbawiać go swej opieki, nie przesuwając go na margines swej troski, nie traktować go tak, jak się traktuje niepotrzebny, zużyty sprzęt szpitalny czy domowy. Gdy już okazuje się niemożliwe leczenie chorego znajdującego się w stanie agonalnym, pozostaje lekarzowi nieść temu choremu ulgę przez środki uśmierzające ból oraz pomoc psychiczną. Nawet bardzo zapracowany lekarz nie może zaniedbać w odwiedzinach kończącego swe życie na jego oddziale pacjenta. Dotyczy to szczególnie pacjentów nie mających osób sobie bliskich, którzy by o nich pamiętali i towarzyszyli im, w miarę możliwości, w ostatniej drodze życia. Dotyczy to też osób*

poddanych tak zwanej intensywnej terapii.[...] lekarz powinien pomóc pacjentowi – nawet przy zastosowaniu szczególnych środków medycznych – pożegnać się z najbliższymi mu osobami, wyrazić świadomie ostatnią wolę, a w przypadku człowieka wierzącego, przyjmując duchownego i jego pomoc religijną”.¹²

Ukoronowaniem nauczania Kościoła Katolickiego o wartości ludzkiego życia i obowiązku chronienia jego godności jest encyklika Papieża Jana Pawła II, *Evangelium Vitae*.

W tej „dobrej nowinie” o życiu wiele uwagi poświęca Papież umieraniu i śmierci.

„Śmierć należy do życia. [...] Pomagać osobie w umieraniu oznacza pomagać jej w przeżyciu śmierci jako ostatniego doświadczenia życia”.¹³

W Encyklice *Evangelium Vitae* czytamy o eutanazji między innymi takie jeszcze słowa: *„[...] Zdumiewającą aktualność mają słowa św. Augustyna: „Nigdy nie wolno zabić drugiego człowieka: nawet gdyby sam tego chciał, gdyby wręcz o to prosił i stojąc na granicy między życiem i śmiercią błagał, by pomóc mu w uwolnieniu duszy, która zмага się z więzami ciała i pragnie się z nich wyrwać; nie wolno nawet wówczas, gdy chory nie jest już w stanie żyć”. Także w przypadku, gdy motywem eutanazji nie jest egoistyczna odmowa ponoszenia trudów związanych z egzystencją osoby cierpiącej, trzeba eutanazję określić mianem fałszywej litości, a nawet uznać ją za niepokojące „wynaturzenie”: prawdziwe „współczucie” bowiem skłania do solidarności z cudzym bólem, a nie do zabicia osoby, której cierpienia nie potrafi się znieść. Czyn eutanazji zatem wydaje się tym większym wynaturzeniem, gdy zostaje dokonany przez tych, którzy – jak na przykład krewni chorego – powinni opiekować się nim cierpliwie i z miłością, albo też przez tych, którzy – jak lekarze – ze względu na naturę swojego zawodu powinni leczyć chorego nawet w końcowych i najcięższych stadiach choroby.*

[...] Prośba, jaka wypływa z serca człowieka w chwili ostatecznego zmagania z cierpieniem i śmiercią, zwłaszcza wówczas, gdy doznaje on pokusy pogrążenia się w rozpacz i jakby unicestwienia się w niej, to przede wszystkim prośba o obecność, o solidarność i o wsparcie w godzinie próby. Jest to prośba o pomoc w zachowaniu nadziei, gdy wszystkie ludzkie nadzieje zawodzą.

[...] We współczesnej medycynie coraz większe znaczenie zyskują tak zwane „terapię paliatywne”, których celem jest złagodzenie cierpienia w końcowym stadium choroby i zapewnienie pacjentowi potrzebnego mu ludzkiego wsparcia.

[...] Już Pius XII stwierdził, że jest dozwolone uśmierzanie bólu za pomocą narkotyków, nawet gdy w konsekwencji prowadzi to do ograniczenia świadomości i skrócenia życia, jeżeli nie istnieją inne środki i jeśli w danych okolicznościach nie przeszkadza to wypełnieniu innych powinności religijnych i moralnych. W takim przypadku bowiem nie pragnie się śmierci i nie dąży do niej, choć z uzasadnionych przyczyn dopuszcza się ryzyko śmierci: pragnie się jedynie skutecznie złagodzić ból,

stosując środki przeciwbólowe udostępnione przez medycynę. Niemniej jednak nie należy pozbawiać umierającego świadomości bez poważnych przyczyn. [...] W obliczu zbliżającej się śmierci ludzie powinni być w stanie wypełnić swoje obowiązki moralne i rodzinne, zwłaszcza zaś powinni mieć możliwość w pełni świadomego przygotowania się na ostateczne spotkanie z Bogiem”.¹⁴

Na zakończenie pragnę raz jeszcze przytoczyć zdanie, które w przedstawionych rozważaniach uważam za najistotniejsze: „Przez eutanazję w ścisłym i właściwym sensie należy rozumieć czyn lub zaniechanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia.

Eutanazję należy zatem rozpatrywać w kontekście intencji oraz zastosowanych metod”.¹⁵

Przedstawione w referacie poglądy filozofów – moralistów, doświadczenia lekarzy – praktyków, a nawet nauczanie kolejnych Papieży nie rozwieją wątpliwości, jakie w prawym sumieniu powstają zawsze, gdy stajemy bezradni wobec cierpienia i nieuchronności śmierci powierzonego naszej trosce człowieka.

Rozstrzygnięcie tych wątpliwości jest jednocześnie obowiązkiem i przywilejem lekarza. Mam nadzieję, że zaprezentowana praca pomoże temu obowiązkowi sprostać.

„Gdy zaś ziemskie życie człowieka zbliża się ku końcowi, jest jeszcze **miłość**, która pozwala znaleźć najwłaściwsze sposoby, aby zapewnić osobom starszym, zwłaszcza gdy nie są już samodzielne, oraz chorym w tak zwanej ostatniej fazie życia pomoc prawdziwie humanitarną i należycie zaspokoić ich potrzeby, a przede wszystkim złagodzić ich lęki i poczucie osamotnienia.”¹⁶

Referat wygłoszony na konferencji Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich na Jasnej Górze 25 maja 2002 roku, opublikowany w książce wydawnictwa ITKM „Lekarze o Eutanazji”.

1 Elizabeth Kubler – Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Warszawa 1979.

2 Encyklopedia PWN © Wydawnictwo Naukowe PWN S.A.

3 Encyklopedia Popularna PWN, wydanie 25, 1995 r.

4 Barbara Pietkiewicz, *Wyklęte słowo Eutanazja*, *Polityka* nr 46, 11 listopada 2000 r.

5 Jan Paweł II, *Evangelium Vitae*, Rzym 1995 r.

6 Barbara Pietkiewicz, *Wyklęte słowo Eutanazja*, *Polityka* nr 46, 11 listopada 2000 r.

7 Przemówienie do Międzynarodowego Zgromadzenia lekarzy i chirurgów, 24 lutego 1957 r.: AAS 49 (1957)

8 Przemówienie do Międzynarodowego Kolegium Chirurgów, 1 czerwca 1972 r.: AAS 64 (1972).

9 KONGR. NAUKI WIARY, *Dekl. o eutanazji Iura et bona* (5 maja 1980), II: AAS 72 (1980)

10 Paul Ramsey, *Pacjent jest osobą*, Warszawa 1977

11 *Kodeks Etyki Lekarskiej, tekst jednolity ze zmianami uchwalonymi przez III Krajowy Zjazd Lekarzy*, Warszawa 12-14 grudnia 1993, Oficyna Wydawnicza Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa, listopad 1994 r.

12 Ks. Stanisław Olejnik, *Etyka Lekarska*, wydanie II, Wydawnictwo Unia, Katowice 1995 r.

13 *Papieska Rada ds. duszpasterstwa służby zdrowia, Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995 r.

14 Jan Paweł II, *Evangelium Vitae*, Rzym 1995 r.

15 Jan Paweł II, *Evangelium Vitae*, Rzym 1995 r.

16 Jan Paweł II, *Evangelium Vitae*, Rzym 1995 r.