

Marian Machinek

Wydział Teologii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Zagadnienie terapii uporczywej w świetle wypowiedzi Magisterium Kościoła

Przedrukowano za zgodą z: *Advances in Palliative Medicine* 2008; 7

Streszczenie

Podstawą odniesienia Magisterium Kościoła do problematyki rezygnacji z terapii uporczywej jest uznanie nieredukowalnej wartości i płynącej z niej nienaruszalności życia ludzkiego. Argumenty teologiczne wspierają i pogłębiają uznanie tej wartości w klasycznych kodeksach etyki lekarskiej. Nie oznacza to powinności przedłużania życia za wszelką cenę. Do ludzkiej kondycji należy bowiem także nieuchronność śmierci. Umieranie jest pojmowane jako ostatni akt życia, który — tak jak inne działania — powinien być świadomie przyjęty i ukształtowany z zachowaniem ludzkiej godności umierającego. Odrzucając działania eutanazyjne, Kościół opowiada się za godziwością rezygnacji z terapii uporczywej w sytuacji nieuniknionej, bliskiej śmierci. Celem decyzji o zaprzestaniu leczenia nie powinno być ani skracanie, ani przedłużanie życia pacjenta, ale ukształtowanie jego ostatnich chwil w sposób godny człowieka i możliwie wolny od dolegliwości. W obszar działań uporczywych nie wchodzi zatem opieka podstawowa, obejmująca nie tylko towarzyszenie i obecność przy umierającym, ale także łagodzenie objawów (np. bólu i duszności), ogólne czynności pielęgnacyjne, jak również postępowanie terapeutyczne, które należy do standardowej opieki medycznej. Jako opiekę podstawową należy także uznać podawanie pożywienia i płynów oraz działania wspomagające czynności życiowe, jak długo spełniają one swoją funkcję, a także nie przyczyniają się do dodatkowych cierpień umierającego.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2008; 2: xx–xx

Słowa kluczowe: Magisterium Kościoła, uporczywość terapeutyczna, wartość życia, opieka podstawowa, towarzyszenie umierającym, godność, eutanazja

Odniesienie do pacjenta u kresu jego życia jest zagadnieniem, które pojawiało się w dokumentach Kościoła jeszcze przed zaognieniem się kontrowersji dotyczącej eutanazji. Pius XII, którego pontyfikat przypadł na lata 1939–1958, po-

zostawił po sobie wiele wypowiedzi i rozstrzygnięć dotyczących problemów medyczno-etycznych, ustosunkował się także do niektórych zagadnień związanych z asystowaniem umierającym¹. Aktywność Jana Pawła II w czasie całego

¹Warto zwrócić szczególną uwagę na dwa przemówienia Piusa XII do lekarzy z lat 50. ubiegłego wieku. W pierwszym, dotyczącym etycznych problemów resuscytacji papież **reflektuje (zwraca uwagę na?)** granice moralnego obowiązku podejmowania działań medycznych podtrzymujących życie. Podkreśla, że życie ludzkie trwa tak długo, jak długo trwają witalne funkcje organizmu, w odróżnieniu od funkcjonowania poszczególnych organów (Pius XII, *Über Moralische Probleme der Wiederbelebung*, *Herder Korrespondenz* 1957; 12: 228–230). W drugim przemówieniu papież omówił zagadnienie etycznych granic metod badawczych i terapeutycznych, także w kontekście sytuacji terminalnych (Pius XII, *Die sittlichen Grenzen der ärztlichen Forschungs- und Behandlungsmethoden*, *Herder Korrespondenz* 1952–53; 7: 71–76). Zob. także krótki przegląd wypowiedzi Piusa XII w tej kwestii, w: S. Kornas, *Prawo do naturalnej śmierci w dokumentach Kościoła Katolickiego* (<http://kosciol.wiara.pl/index.php?grupa=6&cr=0&koej=0&art=1195829041&dzi=1157649853> &katg; 23.02.2008).

Adres do korespondencji: ks. prof. dr hab. Marian Machinek, MSF
Wydział Teologii
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
e-mail: mmachinek@msf.opoka.org.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2008, 2, 3, xx–xx
Copyright © 2008 Via Medica, ISSN 1898–0678

pontyfikatu (1978–2005) w dziedzinie ochrony i promocji ludzkiego życia jest z jednej strony niewątpliwie owocem osobistego zaangażowania papieża, a z drugiej wskazuje na wzrastające kontrowersje wokół znaczenia, ochrony i promocji życia ludzkiego. Ustanowienie w 1985 roku Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia oraz powołanie w 1994 roku Papieskiej Akademii Życia (*Pro Vita*) zintensyfikowało aktywność Kościoła także na płaszczyźnie badań naukowych, dotyczących problematyki życia ludzkiego. Refleksję nad opinią Magisterium Kościoła na temat terapii uporczywej należy niewątpliwie rozpocząć od analizy pytania o wartość życia ludzkiego, które stanowi klucz do zrozumienia katolickiego stanowiska w tytułowej kwestii.

Wartość życia ludzkiego

Wspólnym motywem wszystkich wypowiedzi Magisterium Kościoła jest przekonanie o wyjątkowej wartości życia ludzkiego od poczęcia do naturalnej śmierci². Kluczowa wypowiedź na temat wartości życia ludzkiego pochodzi z ogłoszonej w 1995 roku encykliki Jana Pawła II „*Evangelium vitae*”. W przekonaniu o powołaniu człowieka do pełni życia, przekraczającej ramy ziemskiego bytowania, a polegającej na udziale w życiu Bożym, papież podkreśla *wielkość i ogromną wartość ludzkiego życia także w jego fazie doczesnej*³. Podstawowym warunkiem ludzkiej egzystencji, a więc także wyjątkowych możliwości związanych z ludzką wolnością, jest życie w czasie. Nie jest ono czymś dodatkowym, ale integralną częścią istnienia człowieka. Jednocześnie wskazanie na nadprzyrodzone powołanie człowieka uwydatnia względność życia ziemskiego. Jak pisze Jan Paweł II, *nie jest ono (...) rzeczywistością „ostateczną”, ale „przedostateczną”; jest więc rzeczywistością świętą, która zostaje nam powierzona, abyśmy jej strzegli z poczuciem odpowiedzialności i doskonalili ją przez miłość i dar z siebie ofiarowany Bogu i braciom*⁴.

„Przedostateczność” życia oznacza, że nie jest ono wartością absolutną. Określenie życia jako wartości

absolutnej prowadziłoby nieuchronnie do powinności jego przedłużania za wszelką cenę i wszelkimi środkami, niezależnie od kondycji umierającego. Również każde oddanie życia za innych w akcie miłości bliźniego musiałoby wtedy być uznane za czyn niemoralny i niedopuszczalny. Niemniej jednak — nawet jako wartość „przedostateczna” — pozostaje ono wartością podstawową i świętą, która musi podlegać ochronie i nie może być poświęcana dla wartości niższej rangi. By zapobiec dwuznacznym interpretacjom zamiaru wydania encykliki, w dalszej jej części papież deklaruje: *Niniejsza encyklika, owoc współpracy Episkopatu wszystkich krajów świata, ma zatem być stanowczym i jednoznacznym potwierdzeniem wartości ludzkiego życia i jego nienaruszalności, a zarazem żarliwym apelem skierowanym w imię Boże do wszystkich i do każdego: szanuj, broń, miłuj życie i służ życiu — każdemu życiu ludzkiemu!*⁵. To jednoznaczne podkreślenie wartości życia ludzkiego będzie niewątpliwie wpływało na określenie zakresu autonomii pacjenta w dysponowaniu własnym życiem, a także kompetencji lekarza w odniesieniu do życia osoby umierającej.

Autonomia pacjenta w kontekście godności życia ludzkiego

Według Kościoła życie każdej istoty ludzkiej stanowi jednocześnie dar i zadanie. Te dwie kategorie wykluczają traktowanie życia wyłącznie w kontekście własności i prawa do samostanowienia. Jednocześnie Magisterium Kościoła wielokrotnie podkreśla, że ostatecznym Panem życia jest Bóg, który też decyduje o jego kresie: *Życie człowieka pochodzi od Boga, jest Jego darem, Jego obrazem i odbiciem, udziałem w Jego ożywym tchnieniu. Dlatego Bóg jest jedynym Panem tego życia: człowiek nie może nim rozporządzać*⁶. Nie oznacza to odebrania choremu kompetencji w decydowaniu o zakresie i jakości podejmowanych wobec niego zabiegów medycznych, a jest raczej wyrazem sprzeciwu wobec roszczenia absolutnej autonomii⁷, której wyrazem miałyby być moralne prawo do (medycznie wspomagane) samobójstwa i eutanazji. W dokumentach

²W swoich wypowiedziach Jan Paweł II często używał tego zwrotu w sensie swoistej „formuły” określającej stosunek Kościoła do problematyki ochrony życia ludzkiego.

³Jan Paweł II, Encyklika „*Evangelium Vitae*”, nr 2 (dalej: EV).

⁴Tamże.

⁵EV, nr 5.

⁶EV, nr 39.

⁷Z racji wieloznaczności terminologicznej należy podkreślić, że pojęcie „autonomia” jest używane w niniejszym tekście nie w znaczeniu fundamentalnej zdolności osoby do działania moralnego, która to zdolność jest też warunkiem kwalifikacji czynów jako moralnie dobrych bądź złych. Chodzi raczej o samostanowienie, czyli zakres swobody dokonywania wyborów dotyczących podstawowych wartości, do jakich należy życie i zdrowie.

Magisterium Kościoła wielokrotnie podkreślono kompetencje pacjenta dotyczące podejmowania decyzji o zakresie stosowanych wobec niego działań medycznych. W wydanej w 1980 roku Deklaracji Kongregacji Nauki Wiary „*lura et bona*” zwrócono uwagę (w kontekście kresu życia) na kompetencję chorego w zakresie poddania się eksperymentowi medycznemu: *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 pewnymi niebezpieczeństwami. Chory przyjmujący te lekarstwa może dać przykład wielkoduszności z korzyścią dla ludzkości*⁸.

W tym samym kontekście instrukcja odnosi się do możliwości przerwania tego rodzaju eksperymentalnego leczenia: *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 ból lub powodują uciążliwości większe od przewidywanych korzyści*⁹. W prezentowanym fragmencie warto zwrócić uwagę na zestawienie kosztów zastosowanej terapii z oczekiwanymi rezultatami, ale także na swoisty „rachunek dóbr” w zakresie relacji zastosowanych środków do ich uciążliwości i bólu, z jednoczesnym brakiem nadziei na poprawę sytuacji.

W świetle tych wypowiedzi warto dodać krótki komentarz. Należy bowiem podkreślić, że problem zakresu stosowania lub zaniechania działań medycznych u kresu ludzkiego życia dotyczy nie tylko sumienia, praw i kompetencji pacjenta, ale również sumienia, praw i kompetencji lekarza. Niewątpliwie w wielu sytuacjach między obydwojema stronami tej relacji dochodzi do konfliktów, jednak nie powinno się ich zbyt jednostronnie rozstrzygać, przyznając ostateczne moralne kompetencje do podjęcia decyzji wyłącznie pacjentowi. Lekarz byłby w takiej sytuacji zdegradowany do rangi instytucji usługowej, która podporządkowuje się woli usługobiorcy. Tymczasem należy uwzględnić co najmniej dwa czynniki, które sprawiają, że nie tylko lekarz musi brać

pod uwagę wolę pacjenta, ale także pacjent (a jeszcze bardziej ustawodawca, regulujący prawnie obszar dotyczący relacji lekarz–pacjent!) powinien doceniać opinię lekarza. Pierwszym czynnikiem jest tu **sumienie** lekarza i jego moralna integralność. Nie jest on automatem aplikującym środki lecznicze, ale osobą, która zobowiązała się do ratowania życia i działania na rzecz dobrostanu pacjenta. Drugim czynnikiem jest **kompetencja zawodowa** lekarza, dzięki której potrafi on o wiele bardziej adekwatnie ocenić sytuację i rokowania. Nie może to oczywiście oznaczać powrotu do podejścia paternalistycznego. Dokumenty Kościoła, respektując kompetencje i autonomię zarówno lekarza, jak i pacjenta, wskazują na moralną granicę każdej ludzkiej autonomii, która zostaje przekroczona tam, gdzie te decyzje — w zamiarze działających lub w bezpośrednich skutkach działań czy zaniechań — stają się zabójcze.

Prawo do godnej śmierci

W rozwiązywaniu kwestii etycznych istotną rolę będzie odgrywało zasadnicze nastawienie do śmierci. Istotnym elementem wypowiedzi Magisterium Kościoła dotyczących kresu życia jest uznanie faktu, że człowiek jest istotą śmiertelną. Śmierć jest wprawdzie doświadczeniem dramatycznym, ujawniającym kruchą kondycję ludzkiej istoty, jednak jednocześnie należy ona do życia jako jego ostatni akt i dlatego powinna być przeżywana z godnością. Jak człowiek potrzebuje asystencji i opieki u początku swego życia, tak też jego odchodzenie wymaga otoczenia go opieką i troską. Zatem, chociaż umieranie jest aktem osobistym, nie jest sprawą ściśle prywatną, ale sytuacją, w której umierający ma prawo oczekiwać życzliwości i fachowej opieki medycznej, a w szerszym kontekście — regulacji prawnych, które sprzyjają godnemu umieraniu. Niewątpliwie można sformułować moralne *prawo do umierania w spokoju, z zachowaniem godności ludzkiej i chrześcijańskiej*¹⁰. Wskazanie na godność pełni tutaj funkcję pewnej korektywy. Stwierdzenie to z jednej strony oznacza odrzucenie prawa do świadomego spowodowania własnej śmierci, ale z drugiej wskazuje także na niestosowność unikania jej za cenę uporczywości terapeutycznej.

Uwaga ta jest istotna także w odniesieniu do proponowanej w niniejszej publikacji definicji terapii uporczywej, która jest wynikiem konsensusu Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca

⁸Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji „*lura et bona*”, nr 4.

⁹Tamże.

¹⁰leB, nr 4.

Życia. W definicji tej również stosuje się pojęcie godności, określając jako uporczywe te działania medyczne, które ją naruszają. Biorąc pod uwagę fakt, jak dalece stosowanie inwazyjnych metod terapeutycznych może przedłużyć agonię umierającego i spotęgować dolegliwości temu towarzyszące, sformułowanie to jest jak najbardziej właściwe. Może się ono jednak z punktu widzenia teologii stać problematyczne wówczas, gdy godność pacjenta miałaby oznaczać po prostu jego swobodną decyzję, nieodniesioną do podstawowych zasad etycznych. Należy do nich niewątpliwie powinność respektowania nieredukowalnej wartości życia ludzkiego.

Jak podkreślono w wydanej w 1995 roku przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia „Karcie Pracowników Służby Zdrowia”, *chory w stanie terminalnym potrzebuje ludzkiej i chrześcijańskiej opieki; w imię powołania, do którego są wezwani, lekarze i pielęgniarki nie mogą odmawiać tejże opieki, winni włożyć w nią swój kompetentny wkład*¹¹. W dokumencie sprecyzowano, że chodzi o pomoc, która pozwoli umierającemu na postrzeganie i akceptację samego siebie jako osoby żyjącej. W dokumencie zacytowano ponadto wypowiedź Jana Pawła II z 1990 roku: *Odniesienie się do chorego w stanie terminalnym to bardzo często sprawdzian poczucia sprawiedliwości i miłości, szlachetności ducha, odpowiedzialności i uzdolnień profesjonalnych pracowników służby zdrowia, począwszy od lekarzy*¹². Zadaniem medycyny nie jest zatem jedynie przywracanie zdrowia i leczenie choroby, ale także towarzyszenie pacjentom na ostatnim etapie życia, kiedy nie istnieje już nadzieja na poprawę.

Godziwość rezygnacji z terapii uporczywej

Moralne prawo do rezygnacji z terapii uporczywej jest zakotwiczone w uznaniu ludzkiej kondycji, do której niepodważalnie należy śmiertelność. *Śmierć jest nieuniknionym faktem w życiu człowieka: nie można jej w sposób nieużyteczny opóźnić, unikając jej przy użyciu wszystkich środków*¹³. Śmierci człowieka, szczególnie w kontekście medycznym,

nie powinno się traktować jako porażki w walce o jego uzdrowienie, ale jako wyraz jego ograniczonej kondycji: człowiek jest i pozostanie istotą śmiertelną. Uporczywość terapeutyczna jest w dokumentach Magisterium Kościoła definiowana jako *stosowanie środków szczególnie wycieńczających i uciążliwych dla chorego, skazujących go na sztucznie przedłużaną agonię*¹⁴. Warto zwrócić uwagę na to, że powyższa wypowiedź sugeruje zawężenie definicji uporczywości terapeutycznej do fazy agonalnej, jak też na to, że głównym kryterium jest tu stopień uciążliwości, na jaki skazują umierającego zastosowane środki.

Jak stwierdzono w przywoływanej już deklaracji Kongregacji Nauki Wiary „*lura et bona*”, należy uznać za wystarczające środki powszechnie stosowane. Niebezpieczeństwo pojawienia się dodatkowych skutków negatywnych bądź też zbytnia uciążliwość związane z określonym, nawet już stosowanym sposobem leczenia, mogą uprawomocnić jego odrzucenie. W deklaracji podkreślono, że odrzucenia takiego środka nie należy traktować jako działania samobójczego; *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 niekorzystania 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*¹⁵.

Warto wskazać również na sformułowanie znajdujące się w Katechizmie Kościoła Katolickiego, w którym wskazano na istotne aspekty uporczywości terapeutycznej¹⁶. Są nimi, obok wysokich kosztów, duży stopień ryzyka, nadzwyczajny charakter środków oraz niewspółmierność (brak proporcjonalności) w stosunku do spodziewanych rezultatów tera-

¹¹Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Karta Pracowników Służby Zdrowia, nr 115 (dalej: KPSZ).

¹²KPSZ, nr 116–118.

¹³KPSZ, nr 119.

¹⁴Tamże.

¹⁵IeB, nr 4.

¹⁶Zob. Katechizm Kościoła Katolickiego (dalej: KKK), nr 2278: *Zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być uprawnione. Jest to odmowa „uporczywej terapii”. Nie zamierza się w ten sposób zadawać śmierci; przyjmuje się, że w tym przypadku nie można jej przeszkodzić. Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny; w przeciwnym razie — przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słusznym interesów pacjenta.*

peutycznych. Wszystkie te czynniki powinno się brać pod uwagę łącznie, nie przyznając żadnemu z nich rangi zasady interpretacyjnej dla pozostałych. Istotny jest też zamiar, jakim kieruje się podejmujący decyzję o rezygnacji z terapii uporczywej — nie jest nim zakończenie życia, ale niepowstrzymanie nieuchronnie nadchodzącej śmierci. Taki też powinien być motyw działania lekarza. Jego celem nie jest ani przedłużanie, ani skracanie życia pacjenta. Nie długość życia, a szeroko rozumiany dobrostan pacjenta dyktuje działania, jakie należy podjąć lub których należy zaniechać. Zawarta w tekście Katechizmu Kościoła Katolickiego wskazówka dotycząca kompetencji do podejmowania decyzji związanych z przerwaniem terapii uporczywej (*zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słusznych interesów pacjenta*) oznacza z jednej strony uznanie prawa pacjenta do podejmowania decyzji dotyczących jego życia, z drugiej strony wiąże je jednak z obiektywnymi kryteriami etycznymi. Nie chodzi tutaj zatem o respektowanie decyzji pacjenta, jakakolwiek by ona była.

Mimo wielu uściśleń wypowiedzi te nie do końca określają, co oznacza „nadzwyczajność” środka. W nowszych tekstach Magisterium Kościoła rozróżnienie między środkami zwyczajnymi i nadzwyczajnymi zastępuje się rozróżnieniem między środkami proporcjonalnymi i nieproporcjonalnymi. Wskazuje na to Papieska Rada w 1981 roku (*„Cor Unum”*): *Życie doczesne jest wartością podstawową, ale nie absolutną, dlatego jest rzeczą konieczną określić granice obowiązku utrzymania się przy życiu. Rozróżnienie pomiędzy środkami zwyczajnymi i nadzwyczajnymi wyraża powyższą prawdę i oświetla jej stosowanie do konkretnych przypadków. Użycie terminów równoznacznych, w szczególności zwrotu opieka proporcjonalna, wyraża to zagadnienie w sposób, który wydaje się bardziej zadowalający*¹⁷.

Rezygnacja z terapii uporczywej a eutanazja

Magisterium Kościoła wielokrotnie podkreśla, że zgoda na przerwanie terapii uporczywej nie oznacza akceptacji jakichkolwiek działań eutanazyjnych. Chodzi przy tym o eutanazję bezpośrednią, która, jak zaznaczono w Katechizmie Kościoła Katolickiego, *niezależnie od motywów i środków, polega na*

*położeniu kresu życiu osób upośledzonych, chorych lub umierających. Jest ona moralnie niedopuszczalna. W ten sposób działanie lub zaniechanie działania, które samo w sobie lub w zamierzeniu zadaje śmierć, by zlikwidować ból, stanowi zabójstwo głęboko sprzeczne z godnością osoby ludzkiej i z poszanowaniem Boga żywego, jej Stwórcy*¹⁸.

Działania związane z rezygnacją z terapii uporczywej różnią się od działań eutanazyjnych z jednej strony zamiarem działającego (będzie nim pragnienie skrócenia życia), a z drugiej wyborem środków, dawki lub czasu i zasięgu interwencji tak, by ich bezpośrednim skutkiem była śmierć pacjenta. Warto też podkreślić, że zgodnie z powyższą definicją nie tylko działanie, ale również świadome zaniechanie interwencji może stać się aktem eutanazyjnym.

Zagadnienie tak zwanego „rozporządzenia pacjenta”

W odniesieniu do pojęcia „testament pacjenta” (*Patiententestament*) formuluje się zasadnicze zastrzeżenie, wskazując, że w potocznym mniemaniu testament wchodzi w życie dopiero *po śmierci* osoby, która go sporządziła, podczas gdy w kontekście przerwania terapii uporczywej chodzi o decyzję dotyczącą ostatniego etapu życia pacjenta. Jeszcze bardziej nietrafne wydaje się jednak określenie „wola życia” (*living will*). Wybrany tu termin „rozporządzenie pacjenta” (*Patientenverfügung*) wydaje się bardziej adekwatny niż inne pojęcia. Magisterium Kościoła nie precyzuje wprawdzie kwestii godziwości takiego rozporządzenia, jednak, jak już wspomniano, w wielu miejscach uznaje prawo pacjenta do wyrażenia swojej woli dotyczącej kontynuowania bądź zaprzestania działań medycznych.

Opierając się na podstawowych zasadach moralności chrześcijańskiej, episkopaty i katolickie środowiska medyczne niektórych krajów (szczególnie tych, w których takiej formie wyrażenia swojej woli nadano odpowiednią rangę prawną) zaproponowały własne wersje tego typu rozporządzeń. Warto choćby pokrótce wskazać na rozwiązania przyjęte w Niemczech¹⁹ i Stanach Zjednoczonych²⁰. W obu przypadkach tekst testamentu pacjenta zaopatrzone w wyjaśnienia i dookreślenia.

¹⁷KPSZ, nr 121, przyp. 240.

¹⁸KKK, nr 2277.

¹⁹Christliche Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit den weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlichen Kirche in Deutschland, Bonn 2003.

²⁰Zob. <http://www.ncbcenter.org/> (10.09.2008).

W niemieckiej propozycji, opublikowanej w 2003 roku wspólnie przez Konferencję Episkopatu Niemiec, Radę Kościoła Ewangelickiego w Niemczech i Radę Roboczą Kościołów w Niemczech, zwrócono uwagę na rozróżnienie między „pomocą przy umieraniu” (*Sterbehilfe*), która oznacza łągodzenie objawów, a obecnością i towarzyszeniem umierającym (*Sterbebegleitung*). Jednocześnie dokument dystansuje się od takiego rozumienia pojęcia *Sterbehilfe*, które wskazywałoby na spowodowanie śmierci pacjenta. Gdy wraz z postulatami „godnego umierania” podnoszony jest postulat decydowania o długości własnego życia i momencie śmierci, wtedy pojęcie to bywa rozumiane już nie jako „pomoc przy umieraniu” (*Hilfe beim Sterben*), ale jako „pomoc ku umieraniu” (*Hilfe zum Sterben*), co byłoby równoznaczne z aktywną eutanazją. Niemiecka propozycja zawiera deklarację odrzucenia działań przedłużających życie (*lebensverlängerte Maßnahmen*), o ile zgodnie z wiedzą i przekonaniem medycznym nie mają one szansy powodzenia, a jedynie przedłużyłyby agonię. W dokumencie podkreślono konieczność kontynuowania podstawowej opieki medycznej oraz sformułowano prośbę, by w miarę możliwości sygnatariuszowi mogli towarzyszyć najbliżsi.

Z kolei w pochodzącej z 1997 roku propozycji amerykańskiej, sporządzonej przez Narodowe Katolickie Centrum Bioetyczne (*National Catholic Bioethics Center*) współpracujące z Konferencją Biskupów Stanów Zjednoczonych, mocno podkreślono duchowy aspekt umierania. Szczególnie zaakcentowano wolę pacjenta, by unikano w odniesieniu do jego osoby działań, które sprzeciwiają się nauczaniu moralnemu Kościoła i by umożliwiono mu kontakt z duszpasterzem. Dokument wyrażający wolę pacjenta określono tu jako „uprzednia dyspozycja medyczna” (*advance medical directive*), świadomie dystansując się od używanego w środowiskach pro-eutanazyjnych pojęcia *living will*. W dokumencie podkreśla się nie tyle prawo pacjenta do samostanowienia, ile troskę o tych, którzy będą zmuszeni do podejmowania decyzji odnoszących się do jego osoby. Rezygnacja z terapii może nastąpić w przypadku, gdy nie daje ona uzasadnionej nadziei na korzyści terapeutyczne, wiąże się z nadmiernymi uciążliwościami lub nakłada nadmierne wydatki na rodzinę i społeczeństwo. W dokumencie zwrócono uwagę na konieczność domniemania woli sygnatariusza, by zapewniono mu pożywienie i płyny. Nie określono natomiast szczegółowych procedur, a raczej zdefiniowano cele, które powinny przyświecać osobom decydującym o zakresie stosowanych środków. Konkretnie decyzje dokument pozostawia lekarzom i najbliższym, uznając, że jego sygnatariusz

nie jest w stanie przewidzieć wszystkich aspektów przyszłej sytuacji. Obydwie propozycje uzupełniono pełnomocnictwem, określającym osobę, której wolno będzie, w przypadku niezdolności do wyrażenia własnej woli przez pacjenta, podejmować decyzje w imieniu sygnatariusza. Systemy prawne obu krajów przewidują możliwość takiej decyzji zastępczej.

Na podstawie analizy obydwu propozycji można sformułować warunki, jakie powinien spełniać dokument, który miałby być zgodny z zasadami moralności chrześcijańskiej. Wyrażona w ten sposób uprzednia wola pacjenta nie może kwestionować samej wartości życia i zawierać osądów odnośnie do tego, czy w hipotetycznej sytuacji utraty świadomości warto kontynuować swoją egzystencję. Nie chodzi zatem o określenie, w jakim przypadku życie (według dzisiejszych wyobrażeń sygnatariusza) stanie się niegodne kontynuacji, ale o deklarację pogodzenia się z nieuniknioną śmiercią i wolę nieprzedłużania agonii. Chrześcijańskie rozporządzenie pacjenta bazuje bowiem na **prawie do godnej śmierci**, gdy ta nieuchronnie nadchodzi, a nie na **prawie do autonomicznego określania momentu śmierci**. Ta różnica powinna być widoczna już na płaszczyźnie werbalnej. Z punktu widzenia moralności chrześcijańskiej najważniejszą zasadą działania lekarskiego nie jest bezwzględne respektowanie decyzji pacjenta, ale obowiązek troski o jego zdrowie i życie. Chrześcijańskie rozporządzenie nie będzie zatem wykroczać przeciwko podstawowej zasadzie etycznej działania lekarskiego: *Salus aegroti suprema lex*.

Opieka podstawowa

W dokumentach Magisterium Kościoła podkreśla się, że nawet w przypadku rezygnacji z terapii uporczywej nie wolno nigdy zaprzestać opieki podstawowej. Należy do niej, oprócz wzmożonego ludzkiego wsparcia (towarzyszenie, pomoc psychologiczna i duchowa), pielęgnacja ciała, zaspokojenie potrzeb fizjologicznych, pożywienia i napoju, a także łągodzenie bólu i innych dolegliwości, takich jak lęk, duszność czy mdłości.

Kwestia uśmierzenia bólu

W dokumentach Kościoła poświęcono wiele miejsca zagadnieniu łągodzenia bólu i stosowania środków znieczulających. Jak podkreślono we wspomnianej już deklaracji „*lura et bona*”, łągodzenie bólu środkami farmakologicznymi, nawet wtedy, gdy jako skutek uboczny powodują one zaburzenie świadomości, może być wymogiem *ludzkiej i chrześcijańskiej roztropności*. Pragnienie otrzymania takiej po-

mocy można zakładać także w odniesieniu do tych, którzy nie są w stanie artykułować swoich życzeń²¹. W dokumencie zaznaczono jednak, że bez słusznej przyczyny nie powinno się pozbawiać umierającego świadomości. Nieuzasadnione podawanie leków wyłączających świadomość może być powodowane nie tyle pragnieniem łagodzenia cierpienia, ale (nieuświadomionym) pragnieniem otoczenia (personelu medycznego) uwolnienia się od relacji z umierającym bądź zaoszczędzeniem sobie związanej z jego pielęgnacją przykrości²². W „Karcie Pracowników Służby Zdrowia” dodano jeszcze jeden istotny aspekt — należy zapewnić choremu *możliwość wcześniejszego lub późniejszego uczynienia zadość swoim moralnym, rodzinnym i religijnym obowiązkom*²³.

W odniesieniu do możliwości przyspieszenia śmierci spowodowanego stosowaniem środków uśmierzających ból takie działania można uznać za dopuszczalne, pod warunkiem że śmierć *nie jest w żaden sposób zamierzona ani nie dąży się do niej, chociaż na skutek rozumnej przyczyny naraża się na jej niebezpieczeństwo; zamierza się tylko skuteczne uśmierzanie bólu, stosując środki znieczulające, którymi dysponuje medycyna*²⁴.

Kwestia sztucznego odżywiania i nawadniania

Jedną z kwestii wywołujących obecnie ożywione dyskusje jest pytanie o godziwość rezygnacji ze sztucznego odżywiania i nawadniania. Do tego problemu odniosła się w 2007 roku Kongregacja Nauki Wiary w specjalnej nocie zawierającej odpowiedzi na pytania przesłane do Kongregacji przez przewodniczącego Konferencji Episkopatu Stanów Zjednoczonych. Można przypuszczać, że pytania te są rezultatem dyskusji, jaka towarzyszyła zaprzestaniu sztucznego odżywiania i śmierci Theresy Marie Schiavo w 2005 roku.

Na pytanie: *Czy istnieje moralny obowiązek podawania pokarmu i wody (w sposób naturalny lub sztuczny) pacjentowi w „stanie wegetatywnym”, z wyjątkiem przypadków, gdy takie pożywienie nie może być przyswojone przez organizm pacjenta albo nie może być podawane bez powodowania znacznej dolegliwości fizycznej?* Kongregacja udzieliła odpowiedzi twierdzącej, podkreślając, że odżywianie i podawanie płynów (również metodami sztucznymi) należy zasadniczo uznać za zwyczajny i proporcjonalny, a tym samym obowiązujący sposób

podtrzymania życia **dodając?** W odpowiedzi zaznacza się jednocześnie, że działanie te są *obowiązkowe w takiej mierze i przez taki czas, w jakich służą właściwym sobie celom, czyli nawadnianiu i odżywianiu pacjenta. W ten sposób zapobiega się cierpieniom i śmierci, które byłyby spowodowane wycieńczeniem i odwodnieniem*²⁵.

Warto zauważyć, że już w sformułowaniu pytania ograniczono zakres powinności stosowania sztucznego odżywiania i nawadniania, wyłączając z niego sytuacje, gdy pożywienie nie może być przyswojone oraz gdy podawanie pożywienia/płynów wiąże się ze znacznymi dolegliwościami fizycznymi (nie ma tu mowy o dolegliwościach psychicznych, niechęci pacjenta itp.). Zasadniczym kontekstem tego pytania nie jest, jak się wydaje, sytuacja bezpośrednio bliskości śmierci, gdyż chory w permanentnym stanie wegetatywnym nie jest pacjentem umierającym, a jedynie nierokującym nadziei na powrót do stanu normalnego. Do tej kwestii wydaje się odnosić drugie z zadanych pytań — czy wolno przerwać sztuczne odżywianie i nawadnianie, gdy lekarze stwierdzą z moralną pewnością, że pacjent nigdy nie odzyska świadomości. Kongregacja udzieliła na to pytanie zdecydowanie negatywnej odpowiedzi.

Do powyższych rozstrzygnięć Kongregacja Nauki Wiary dołączyła komentarz, w którym zrekapitulowano dotychczasowe wypowiedzi Stolicy Apostolskiej na ten temat. Przywołano między innymi przemówienie Jana Pawła II z 2004 roku, w którym papież odnosi się do kondycji człowieka w stanie wegetatywnym. Nie jest on, jak podkreśla Jan Paweł II, „rośliną” czy „zwierzęciem”, a więc jakimś rodzajem życia wprawdzie ludzkiego, ale nie osobowego, ale pozostaje człowiekiem, osobą ze wszystkimi prawami jej przysługującymi: *Znajdujący się w stanie wegetatywnym pacjent, w oczekiwaniu na przebudzenie lub na swój naturalny kres, ma prawo do podstawowej opieki zdrowotnej (odżywianie, podawanie płynów, higiena, zachowanie odpowiedniej temperatury itd.) oraz do leczenia zapobiegającego komplikacjom, które pociąga za sobą stan obłożony. Ma też prawo do odpowiedniej rehabilitacji oraz do uważnej obserwacji klinicznych oznak ewentualnego przebudzenia. Chciałbym zwłaszcza podkreślić, że podawanie pacjentowi wody i pożywienia, nawet gdy odbywa się w sposób sztuczny, jest zawsze naturalnym sposobem podtrzymania życia,*

²¹IeB, nr 3.

²²KPSZ, nr 124.

²³Tamże.

²⁴IeB, nr 3.

²⁵Kongregacja Nauki Wiary, Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania, w: http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WR/kongregacje/kdwiary/odpowiedzi_odzywianie_01082007.html (23.02.2008).

a nie czynnością medyczną. W zasadzie zatem należy to uznawać za praktykę zwyczajną i proporcjonalną, a tym samym za moralnie nakazaną, w zależności od tego, w jakiej mierze i przez jaki czas zdaje się ona służyć właściwym sobie celom, czyli w danym przypadku odżywianiu pacjenta i łagodzeniu jego cierpienia²⁶.

W zakończeniu komentarza dodano jeszcze jeden istotny fragment dotyczący sytuacji zdrowotnej w krajach ubogich: *Stwierdzając, że podawanie pokarmu i wody jest zasadniczo moralnym obowiązkiem, Kongregacja Nauki Wiary nie wyklucza ewentualności, że w pewnych odizolowanych albo bardzo biednych regionach odżywianie i nawadnianie w sposób sztuczny mogą być fizycznie niemożliwe, a zatem ad impossibilia nemo tenetur [nikt nie może być zobowiązany do rzeczy niemożliwych — przyp. autora]; pozostaje jednak obowiązkiem zapewnienia minimalnej możliwej opieki i zatroszczenia się, na ile to możliwe, o środki konieczne do należytego podtrzymywania życia. Nie wyklucza się też, że pacjent na skutek zaistniałych komplikacji może nie być zdolny do przyswajania pokarmu i płynów, co uczyniłoby ich podawanie całkowicie nieużytecznym. Poza tym nie wyklucza się całkowicie ewentualności, że w pewnych rzadkich przypadkach sztuczne odżywianie i nawadnianie może być dla pacjenta nadmiernie uciążliwe bądź powodować wyjątkowe cierpienie fizyczne związane, na przykład, z komplikacjami wynikającymi z użycia aparatury. Tego typu wyjątkowe przypadki w niczym nie naruszają jednak ogólnej zasady etycznej, według której podawanie wody i pokarmu, także wtedy, gdy odbywa się w sposób sztuczny, pozostaje zawsze środkiem zwyczajnym podtrzymania życia, a nie środkiem terapeutycznym. Dlatego też należy traktować je jako zwyczaj-*

ne i proporcjonalne, także wtedy, gdy „stan wegetatywny” się przedłuża²⁷.

Powyższa opinia Magisterium Kościoła może być, jak się wydaje, analogicznie zastosowana do innych działań wspomagających, na przykład do ułatwiania i wspomagania oddychania. Zapobieganie dusznościom i udrożnienie dróg oddechowych są działaniami z zakresu opieki podstawowej. Jeśli tylko wspomaganie oddychania (także za pomocą respiratora) spełnia swoje zadanie i nie wiąże się z nadmiernymi dolegliwościami, musi być uznane za moralnie obowiązujące. W tym miejscu należy ponownie zwrócić uwagę na proponowaną w niniejszej publikacji definicję terapii uporczywej, w której podkreśla się powinność odżywiania i nawadniania, jak długo służą one dobru pacjenta. Podobnie jak w przypadku pojęcia godności, również bliższe określenie, czym jest dobro pacjenta, będzie wymagało uwzględnienia nie tylko jego decyzji, ale także istotnej wartości etycznej wiążącej (**wspólnej zarówno dla lekarza, jak i dla pacjenta?**) zarówno lekarza i pacjenta, jaką stanowi wartość życia.

Podsumowując, można stwierdzić, że istotną cechą wypowiedzi Magisterium Kościoła Katolickiego dotyczących etycznych problemów terapii uporczywej jest stałe odniesienie do wartości życia, rozumianego jako dar i zadanie. Uznanie autonomii pacjenta w zakresie decydowania o zakresie działań terapeutycznych wobec zbliżającej się śmierci osiąga swoją granicę tam, gdzie domaga się on od personelu medycznego działań lub zaniechań jednoznacznie samobójczych. Łagodzenie objawów i świadome kształtowanie ostatnich chwil życia w sposób odpowiadający godności ludzkiej pozostaje istotnym zadaniem każdego człowieka wierzącego, ale także wyzwaniem dla pracowników służby zdrowia.

²⁶Jan Paweł II, Człowiek chory zawsze zachowuje swą godność. Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Kongresu Lekarzy Katolickich (20.03.2004), w: http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/chory_godnosc_20032004.html (23.02.2008).

²⁷Kongregacja Nauki Wiary, Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania. Komentarz, w: http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WR/kongregacje/kdwiary/odpowiedzi_odzywianie-kom_01082007.html (23.02.2008).