

Waldemar Chrostowski

Zasady etyczne w opiece nad umierającym człowiekiem w nauczaniu Kościoła katolickiego

Collectanea Theologica 70/3, 89-108

2000

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

WALDEMAR CHROSTOWSKI, WARSZAWA

ZASADY ETYCZNE W OPIECE NAD UMIERAJĄCYM CZŁOWIEKIEM W NAUCZANIU KOŚCIOŁA KATOLICKIEGO

„To, co nazywamy miłością, jest w swojej istocie szacunkiem dla życia” – napisał Albert Schweitzer¹. Ta zasada stanowi podstawę wszelkiej etyki, także chrześcijańskiej, również w zakresie opieki paliatywnej. Każde życie wymaga najwyższego szacunku, zaś w odniesieniu do sytuacji umierania i śmierci trzeba tym bardziej uczynić wszystko, aby uchronić godność człowieka². W bioetyce, rozwijanej także z chrześcijańskiego punktu widzenia, kładzie się duży nacisk przede wszystkim na początki ludzkiego życia. Uwagę bioetyków zajmują takie zagadnienia, jak sztuczne zapłodnienie, macierzyństwo zastępcze, terapia genowa i inżynieria genetyczna oraz badania prenatalne. Dopiero w ostatnich dziesięcioleciach rozwinęła się refleksja wokół ochrony i promocji zdrowia i życia oraz kwestii związanych ze śmiercią i umieraniem. Jej przedmiotem są już nie tylko zagadnienia przerywania ciąży, samobójstwa, eutanazji, kary śmierci i wojny obronnej³, lecz także szeroko pojęta problematyka umierania i śmierci, nie związana bezpośrednio ani wyłącznie z tym, co może być słusznie traktowane jako zamach na życie

Refleksja nad śmiercią jako najbardziej osobistym wydarzeniem życia człowieka jest różnie ukierunkowana i odzwierciedla rozmaite opcje światopoglądowe i moralne. Jej szybki rozwój wiąże się z faktem, że umieranie i śmierć stały się oficjalnie problemami naukowymi, którymi zajęła się dyscyplina nazwana tanatologią. Dużą rolę odgrywa swoista fascynacja śmiercią, a także żywiołowy rozwój nowoczesnej medycyny, który ukazał nieznanne przedtem możliwości oraz wynikające z nich bez-

¹ A. Schweitzer, *Gesammelte Werke*, red. R. Grabs, München 1974, t. II, s. 379.

² W. Chrostowski, *Godność człowieka umierającego – potrzeby duchowe*, *Collectanea Theologica* 69 (1999) 4, s. 89-110.

³ Zob. np. W. Bołoz, *Życie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioetyczne*, Warszawa 1997.

precedensowe dylematy etyczne⁴. Śmierć, a jeszcze bardziej towarzyszenie człowiekowi terminalnie choremu i opieka paliatywna, zmuszają do zadawania bardzo trudnych pytań, ale nie chronią przed pokusami banalizacji tanatologii i związanych z nią ściśle dylematów etycznych⁵. W kontekście szerokiego spectrum różnych wypowiedzi na te tematy nauczanie Kościoła katolickiego ma więc ogromne znaczenie.

Nauczanie jest zawarte w dokumentach wydanych w ciągu ostatniego półwiecza. Należą do nich wypowiedzi papieża Piusa XII, zwłaszcza dwa przemówienia, ogłoszone w 1957 i 1958 r., oraz jego następców – Jana XXIII, Pawła VI i Jana Pawła II, wzbogacone o dokumenty ważnych urzędów Stolicy Apostolskiej, jak Kongregacja Nauki Wiary, Papieska Rada „Cor Unum” i Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Fundament całości posoborowego nauczania Kościoła zawiera ogłoszony 11 października 1992 r. *Katechizm Kościoła Katolickiego* (KKK). Przedmiotem niniejszych rozważań jest nauczanie wyłożone właśnie w KKK i w dokumencie ogłoszonym w 1995 r. przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, zatytułowanym *Karta Pracownika Służby Zdrowia*. Ten ważny dokument często powołuje się na wcześniejsze wypowiedzi, w tym na wydaną prawie równocześnie, bo 25 marca 1995 r., encyklikę Jana Pawła II *Evangelium vitae*. Należy zaznaczyć, że szczególnie bogate nauczanie Jana Pawła II na temat teologii cierpienia, a także sensu umierania i śmierci oraz potrzeby towarzyszenia umierającym i opieki nad nimi, wymaga osobnego studium⁶.

Katechizm Kościoła Katolickiego

W najnowszym *Katechizmie Kościoła Katolickiego*⁷, fundamentalne nauczanie, z którego wynikają zasady etyczne w opiece nad człowiekiem umierającym, zostało wyłożone w paragrafie *Poszanowanie życia ludz-*

⁴ Zob. rozdział *Współczesne zainteresowanie śmiercią* w: A. Siemianowski, *Śmierć i perspektywa nadziei. Esej filozoficzny o ostatecznych sprawach człowieka*, Gniezno 1992, s. 7-31.

⁵ *Tamże*, s. 23-28.

⁶ Punktem wyjścia mogą być następujące publikacje: *Jan Paweł II o cierpieniu*, Warszawa 1984 (zawiera wypowiedzi Ojca Świętego od 17 X 1978 do końca 1982 r.); *Krzyż znakiem naszej wiary i nadziei – Jan Paweł II o cierpieniu Chrystusa i człowieka*, Kalwaria 1985 (zbiór odnośnych tekstów z pierwszych pięciu lat pontyfikatu); Z.K. Szostkiewicz (oprac.), *Ewangelia cierpienia w nauczaniu Jana Pawła II*, Warszawa 1995 (antologia tekstów papieskich o cierpieniu doprowadzona do 27 IV 1994 r.); zob. także J. Majewski, *Miłość ukrzyżowana. Nad teologią cierpienia Jana Pawła II*, Warszawa 1998.

⁷ *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 1994.

kiego. Wchodzi on w skład artykułu piątego w rozdziale drugim (*Wspólnota ludzka*) części trzeciej (*Życie w Chrystusie*). Artykuł piąty jest poświęcony piątemu przykazaniu Dekalogu, czyli „Nie zabijaj”. Nauczanie mające bezpośredni związek z opieką paliatywną zostało zawarte w punktach (nr 2276-2279) dotyczących eutanazji. Najpierw czytamy: „Osoby, których sprawność życiowa jest ograniczona lub osłabiona, domagają się szczególnego szacunku. Chorzy lub upośledzeni powinni być wspierani, by mogli prowadzić, w takiej mierze, w jakiej to możliwe, normalne życie” (nr 2276).

Aczkolwiek ta norma ma na względzie chorych i upośledzonych, którzy nie znajdują się w bezpośrednim niebezpieczeństwie śmierci, nie ulega wątpliwości, że dotyczy również ludzi umierających. Wskazanie na obowiązek tej troski łączy się w KKK z nawiązaniem do nauczania o sakramencie Namaszczenia Chorych (cz. II, art. 5, nr. 1499-1532). Wyjaśniając podstawy tego sakramentu w ekonomii zbawienia (nr. 1500-1513), KKK rozwija motyw Chrystusa-lekarza: „Współczucie Chrystusa dla chorych i liczne uzdrowienia z różnego rodzaju chorób są wymownym znakiem, że «Bóg łaskawie nawiedził lud swój» (Łk 7,16) i że Królestwo Boże jest bliskie. Jezus ma nie tylko moc uzdrawiania, lecz także moc przebaczenia grzechów. Przyszedł, by uleczyć całego człowieka, duszę i ciało; jest lekarzem, którego potrzebują chorzy. Jego współczucie dla wszystkich cierpiących posuwa się tak daleko, że Jezus utożsamia się z nimi: «Byłem chory, a odwiedziliście Mnie» (Mt 25,36). Jego szczególna miłość do ludzi dotkniętych słabością nie przestaje w ciągu wieków pobudzać chrześcijan do specjalnej troski o tych, którzy cierpią na ciele i duszy. Znajduje się ona u podstaw podejmowania niestrudzonych wysiłków, by ulżyć im w cierpieniu” (nr 1503).

Podstawę nauczania Kościoła na temat troski i opieki nad chorymi i umierającymi stanowi zatem przykład samego Jezusa Chrystusa oraz to, że utożsamia się On z cierpiącymi. Postrzegana w tym świetle posługa personelu medycznego nabiera niezwyklej wartości i wpisuje się w nurt wielowiekowych wysiłków chrześcijan, którzy nieśli skuteczną pomoc siostronom i braciom w potrzebie. W chrześcijańskim spojrzeniu na cierpienie, umieranie i śmierć dominuje perspektywa chrystocentryczna oraz chrystomorficzna: skoro Jezus Chrystus utożsamia się z każdym chorym, cierpiącym i umierającym, to posługa wobec tych ludzi oraz okazywana im pomoc i współczucie są najwznioślejszą służbą samemu Zbawicielowi. Chrystocentryzm oznacza patrzenie na chorych i umierających w świetle osoby i posłannictwa Jezusa Chrystusa. Spojrzenie chrysto-

morficzne zakłada wspomaganie umierających i umożliwienie im godnej i spokojnej śmierci, czyli przejścia, w którym zostanie odwzorowany los cierpiącego i umierającego Chrystusa.

Po takim wprowadzeniu następuje w KKK nawiązanie do eutanazji: „Eutanazja bezpośrednia, niezależnie od motywów i środków, polega na położeniu kresu życiu osób upośledzonych, chorych i 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 poszanowaniem Boga żywego, jej Stwórcy. Błąd w ocenie, w który można popaść w dobrej wierze, nie zmienia natury tego zbrodniczego czynu, który zawsze należy potępić i wykluczyć” (nr 2277).

Dokonywanie ocen i normowanie prawidłowych moralnie działań odnośnie do kresu życia ludzkiego opiera się zatem na kryteriach podkreślających świętość życia i jego nienaruszalność. To samo spojrzenie dominuje w encyklice Jana Pawła II *Evangelium vitae*. Ukazuje ona Boga jako dawcę i obrońcę życia, nakazującego jego ochronę w przykazaniu „Nie zabijaj” (Wj 20,13; Pwt 5,17) i zapowiadającego, że On sam upomni się o życie każdego człowieka (Rdz 9,5). Obowiązek troski o życie i szacunku dla życia jest rozciągnięty na wszystkich wierzących, którzy „tworzą Kościół będący ludem życia do służby życiu”⁸. To uzasadnienie religijne korzeniami tkwi w Starym i Nowym Testamencie (*Evangelium vitae*, nr 52-57).

Następnie KKK naucza: „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” (nr 2278).

Trzeba przyznać, że fragment ten skłania do zadania bardzo trudnych pytań. Co to znaczy zabiegi „kosztowne”? Czy w odniesieniu do nich można np. określić, choćby przybliżony, pułap cenowy? Wiadomo, że w różnych rejonach świata, a nawet w tym samym kraju wobec różnych grup społecznych, będzie on krańcowo odmienny. Co należy traktować

⁸ Por. W. Bołoz, *Życie w ludzkich rękach*, s. 35-37.

jako zabiegi „ryzykowne”? Kto może postawić taką diagnozę – lekarz, lekarze, a może sam chory bądź jego rodzina i najbliżsi? Czy potrzebny jest tutaj jakiś *consensus*, a jeśli tak to jaki? Podobne pytania dotyczą zabiegów „nadzwyczajnych” oraz „niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów”. Nie jest też wolna od wątpliwości formuła, iż zaprzestanie takich zabiegów „może być uprawnione”. Kto, kiedy i w jaki sposób o tym rozstrzyga i czy zaprzestanie, o którym mowa, nie pozostawia żadnych wątpliwości etycznych? Odmowa „uporczywej terapii” oznacza, że nie można przeszkodzić śmierci. Ale kto ma podjąć tę najtrudniejszą decyzję, której skutków nie da się przecież odwrócić? Jeżeli ma to uczynić sam pacjent, jakie kryteria decydują, iż można powiedzieć, że „ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny”? Kto i na jakiej podstawie o tym orzeka – on sam czy opiekujący się nim personel medyczny, a może towarzysząca mu rodzina bądź np. sprawujący posługę religijną opiekun duchowy? Gdyby niezdolność pacjenta do podjęcia samodzielnej decyzji była widoczna, które „osoby są uprawnione” i z jakiego mandatu – prawnego, moralnego, innego – pochodzi ich kompetencja? Co to znaczy „poszanowanie rozumnej woli i słusznych interesów pacjenta”? Co robić, jeżeli pacjent zmieniał zdanie bądź się wyraźnie wahał? Czym w sytuacji umierania i śmierci są jego „słuszne interesy”?

KKK nie odpowiada szczegółowo na te pytania. Jego zadaniem jest określenie fundamentalnych norm, na których powinna się opierać chrześcijańska refleksja i praktyka w opiece nad umierającymi. Pomoc stanowi odnośnik do nauczania na temat „umierania w Chrystusie Jezusie”, zawartego w cz. I, mającej charakter doktrynalny, (art. 11 *Wierzę w ciało zmartwychwstanie*). Czytamy tam: „Śmierć jest kresem życia ziemskiego. Czas jest miarą naszego życia; w jego biegu zmieniamy się i starzejemy. Jak w przypadku wszystkich istot żyjących na ziemi, śmierć jawi się jako normalny koniec życia. Ten aspekt śmierci jest pewnym przynagleniem dla naszego życia; pamięć o naszej śmiertelności służy także jako przypomnienie, że mamy tylko ograniczony czas, by zrealizować nasze życie: «Pomnij ...na Stwórcę swego w dniach swej młodości... zanim wróci się proch do ziemi, tak jak nią był, a duch powróci do Boga, który go dał» (Koh 12,1.7)” (nr 1007).

Do przeżywania umierania i śmierci trzeba się zatem przygotowywać przez całe życie. Jeżeli ktoś stale odsuwa od siebie wszelkie myśli o doczesnej przejściowości ludzkiego losu i śmiertelności ciała, jego życie jest bardzo zubożone, zaś kres życia postrzega jako katastrofę i traktuje jak widmo bezsensownej zagłady. Taki człowiek jest mniej zdolny do

podjęcia ewentualnej decyzji odnośnie do zaprzestania „uporczywej terapii”. Z chrześcijańskiej perspektywy ważny jest stały rozwój własnych relacji z Bogiem, co zawsze stanowi długi proces. A przecież nawet wtedy umieranie i śmierć często są zakłóceniem przyjętego systemu wartości i grożą naruszeniem równowagi psychicznej i duchowej. Zmagania z cierpieniem i bliską śmiercią są tajemnicą i powinny być zatem przestrzegane w kategoriach religijnych.

To samo dotyczy personelu medycznego opiekującego się terminalnie chorymi. Istnieje realne niebezpieczeństwo, że wszystkie trudne pytania co do rozmaitych aspektów decyzji o zaprzestaniu zabiegów medycznych zostaną spłycone albo że lekarze będą odsuwać je od siebie – jako skutek trwałej niechęci do refleksji nad sensem i celem ludzkiego życia. KKK wielokrotnie⁹ podkreśla nieuchronność śmierci i nie zostawia żadnych wątpliwości, iż szczegółowe rozstrzygnięcia etyczne w opiece nad chorymi i umierającymi muszą wynikać z postulatu właściwie pojętego rozwoju duchowego. W ostatnim dotyczącym eutanazji punkcie KKK czytamy: „Nawet jeśli śmierć jest uważana za nieuchronną, zwykłe zabiegi przysługujące osobie chorej nie mogą być w sposób uprawniony przerywane. Stosowanie środków przeciwbólowych, by ulżyć cierpieniom umierającego, nawet za cenę skrócenia jego życia, może być moralnie zgodne z ludzką godnością, jeżeli śmierć nie jest zamierzona ani jako cel, ani jako środek, lecz jedynie przewidywana i tolerowana jako nieunikniona. Opieka paliatywna stanowi pierwszorzędną postać bezinteresownej miłości. Z tego tytułu powinna być popierana” (nr 2279).

Rozróżnienie między „uporczywą terapią”, której w pewnych okolicznościach można w uprawniony sposób zaprzestać, a „zwykłymi zabiegami”, które nie mogą być przerwane, nie jest łatwe. KKK nie podaje norm szczegółowych, podobnie jak nie zawiera regulacji odnoszących się do stosowania środków przeciwbólowych. Należy więc ich szukać w innych dokumentach Kościoła, ponieważ Katechizm określa jedynie to, co stanowi fundament doktryny katolickiej i wynikających z niej norm moralnych. KKK nie cytuje tych dokumentów. Natomiast w tych spośród nich, które zostały wydane po ukazaniu się nowego Katechizmu, pojawiają się cytaty i nawiązania do wyłożonego w nim wykładu wiary i moralności. Ważne i wiążące jest stwierdzenie KKK, że „opieka paliatywna stanowi pierwszorzędną postać bezinteresownej miłości”.

⁹ Zob. KKK, nr. 164, 705, 1006n., 1264, 1500, 1512, 1520, 2279, 2677.

Karta Pracowników Służby Zdrowia

11 lutego 1994 r., w Święto NMP z Lourdes, patronki chorych, obchodzone jako Międzynarodowy Dzień Chorych, Jan Paweł II ustanowił Papieską Akademię „Pro Vita”, której działalność pozostaje w ścisłym związku z Papieską Radą ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Rada, której przewodniczącym jest kard. Fiorenzo Angelini, wydała w 1995 r. dokument, opatrzony tytułem *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, opublikowany również w języku polskim¹⁰. Właśnie w nim znajdujemy szczegółowe wskazania Kościoła katolickiego odnośnie do rozmaitych aspektów etyki w opiece nad umierającym człowiekiem. Nawiązują one do kilku poprzednio wydanych dokumentów, których nauczanie powtarzają, przypominają i czasami rozwijają.

Dokument Papieskiej Rady dzieli się na trzy części poprzedzone *Wprowadzeniem* (nr. 1-10). Pierwsza, opatrzona nagłówkiem *Narodziny* (nr. 11-34), porusza temat manipulacji genetycznych, regulacji płodności i sztucznej prokreacji. Druga, najobszerniejsza (nr. 35-113), nosi tytuł *Życie*. Zaczynają ją rozważania dotyczące początków i narodzin życia oraz m.in. choroby, diagnozy, terapii i rehabilitacji, znieczulania i anestezji, badań i eksperymentów oraz troski duszpasterskiej i sakramentu namaszczenia chorych. Problematyka umierania i śmierci została podjęta w części trzeciej (nr. 114-150), zatytułowanej *Śmierć*. Wskazania dotyczące zasad etycznych w opiece nad umierającym człowiekiem znajdują się w numerach 114-135, poświęconych śmiertelnie chorym, umieraniu z godnością, użyciu środków znieczulających w chorobach śmiertelnych, prawdzie wobec umierającego, a także chwili śmierci i opiece religijnej nad umierającymi.

Podstawą wszystkich poświęconych tematowi śmierci wskazań jest przeświadczenie, że opieka nad umierającym stanowi przejaw i owoc „służby życiu”, która powinna trwać aż do naturalnego końca: „Służba życiu oznacza dla pracownika służby zdrowia opiekę nad nim aż do naturalnego końca. Życie jest w rękach Boga; On jest jego panem i tylko On ustala jej końcową chwilę. Każdy wierny sługa życia czuwa nad tym wypełnieniem się woli Bożej w życiu każdego człowieka powierzonego jego trosce. Nie uważa się za tego, kto decyduje o śmierci, czy też o czymś życiu” (nr 114).

¹⁰ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995.

Zwraca uwagę silny nacisk na indywidualny, osobisty wymiar zobowiązań pracownika służby zdrowia i wynikającej z tego odpowiedzialności za „służbę życiu”. W tak delikatnej materii zawsze jest potrzebny własny i dojrzały osąd, respektujący naturę życia jako daru Bożego oraz uznający Boga za Pana życia.

Brama istnienia otwarta na wieczność

Wskazania dla personelu medycznego zaczynają się od przedstawienia położenia ludzi terminalnie chorych: „Gdy warunki zdrowotne pogarszają się w sposób nieodwracalny i śmiertelny, człowiek wchodzi w końcowe stadium swojego ziemskiego istnienia. Życie staje się dla niego szczególnie i stopniowo niepewne i ciężkie. Do bólu i cierpienia dochodzi dramat psychologiczny i duchowy rozstania, jaki oznacza i zakłada umieranie” (nr 115). Doświadczony personel medyczny doskonale zna te dylematy i rozterki. Mimo to należy je przypominać, aby niosący pomoc i świadczący opiekę zbytnio nie „oswoili się” z sytuacją umierania i śmierci, a także – co byłoby naganne – nie stali się nieczuli na stan duchowy swoich pacjentów. „Śmiertelnie chory jest więc osobą potrzebującą ludzkiej i chrześcijańskiej opieki; lekarze i pielęgniarki są powołani, by dać w tym względzie swój własny i nieodzowny wkład. Chodzi o realizację szczególnej opieki sanitarnej nad umierającym, ponieważ także umierając człowiek powinien być uznany i traktowany jako żyjący”. Spotkanie pracownika służby zdrowia z człowiekiem śmiertelnie chorym jest nie tylko częścią powinności i sprawności medycznych, lecz odbywa się na poziomie osobowym, jako wzajemna wymiana dóbr duchowych. W tym miejscu dokument przytacza słowa Jana Pawła II z przemówienia wygłoszonego 29 sierpnia 1990 r. do uczestników Międzynarodowego Kongresu „Omnia Hominis”: „Nigdzie jak w bliskości śmierci i w samej śmierci należy celebrować i wywyższać życie. Powinno ono być w pełni szanowane, chronione i wspomagane także w tym, kto przeżywa jego naturalne zakończenie... Postawa wobec śmiertelnie chorego jest często bankiem prób zmysłu osądu i miłości, zgodności ducha, odpowiedzialności i zdolności zawodowej pracowników służby zdrowia, począwszy od lekarzy”.

W przypisie do papieskiego przemówienia, w którym wyraźnie wskazuje się na prawdziwie dramatyczne napięcia, pojawia się cytat z encykliki *Evangelium vitae*. W nawiązaniu do odczuwanego przez chorego lęku, napięcia, a nawet rozpacz i doświadczenia bólu, mówi się tam:

„Wystawia to na ciężką próbę poczucie równowagi, niekiedy już zachwianej, życia osobistego i rodzinnego, tak że z jednej strony chory, mimo coraz skuteczniejszej pomocy lekarskiej i socjalnej, może czuć się jakby zmiażdżony przez własną słabość; z drugiej strony u osób uczuciowo związanych z chorym może wówczas dochodzić do głosu zrozumiała – chociaż źle pojęta – litość” (*Evangelium vitae*, nr 15). W *Evangelium vitae* znalazło się też inne ważne dopowiedzenie: „Wszystko to zaostrza się pod wpływem atmosfery kulturowej, która nie dostrzega żadnego znaczenia czy wartości cierpienia, a przeciwnie, uważa je za zło samo w sobie, które należy za wszelką cenę wyeliminować; dzieje się tak zwłaszcza wówczas, gdy brakuje motywacji religijnej, która pomogłaby człowiekowi odczytać pozytywnie tajemnicę cierpienia”.

Z takiego spojrzenia na śmierć i umieranie płyną istotne konsekwencje praktyczne, związane z odpowiedzialnością terapeutyczną pracowników służby zdrowia: „Śmierć należy do życia jako jego ostatnia faza. Powinna być więc szanowana jako jego ostatnia chwila. Domaga się więc odpowiedzialności terapeutycznej pracownika służby zdrowia, tak jak każda inna chwila życia ludzkiego” (nr 116).

Nie wolno zatem traktować umierających tak, jakby już nic nie dało się zrobić. Przeciwnie, rozstrzygający charakter sytuacji umierania i śmierci powinien motywować personel medyczny do większej wrażliwości na los i potrzeby pacjenta. Dlatego: „Umierający nie tylko nie powinien być traktowany jako nieuleczalny i porzucony w swoją samotność i zdany na rodzinę, ale powinien być powierzony opiece lekarzy i pielęgniarzek. Ta opieka, łącząc się z opieką kapłanów, opiekunów społecznych, wolontariuszy, członków rodziny i przyjaciół, pozwala umierającemu zaakceptować śmierć i przeżywać ją. Pomagać osobie w umieraniu oznacza pomagać jej w przeżyciu śmierci jako ostatniego doświadczenia życia. Gdy jest to możliwe i zainteresowany to akceptuje, powinno się dać mu możliwość zakończenia swojego życia w rodzinie z odpowiednią opieką sanitarną”.

W tym kontekście trzeba umiejscowić zabiegi paliatywne i symptomatyczne, „które pozwolą zmniejszyć ciężar śmierci”: „Pierwszy zabieg polega na «pełnej miłości obecności» przy umierającym. Jest to obecność ściśle medyczno-sanitarna, która nie budząc u niego złudzeń, pozwala mu czuć się żywym, osobą pośród osób, ponieważ jest adresatem, jak każda potrzebująca istota, uwagi i troski. Ta uważna i troskliwa obecność pobudza ufność i nadzieję w chorym oraz pojednuje go ze śmiercią. Jest jedynym w swoim rodzaju wkładem, jaki pielęgniarzki i lekarze,

z ich ludzką i chrześcijańską postawą, jaką wcześniej niż to, co wykonują, mogą i powinni ofiarować umierającemu, by w miejsce odrzucenia weszła akceptacja, a nad strachem przeważyła nadzieja” (nr 117).

Znamienne jest podkreślenie konieczności wspomagania chorego w „pojednaniu ze śmiercią”. Nie chodzi jedynie o to, co dotyczy obaw związanych z umieraniem¹¹, lecz również o lęk prawdziwie egzystencjalny, jaki przeżywa człowiek umierający. Ten lęk bywa tak dotkliwy, że burzy albo nawet niszczy dotychczasowe relacje terminalnie chorego (ale nie jego w z a j e m n e więzi!) z Bogiem. W przypisie do tych wskazań *Karta* cytuje fragment dokumentu Papieskiej Rady „Cor Unum”, poświęconego „pewnym kwestiom etycznym dotyczącym ciężko chorych i umierających”, wydanego 27 czerwca 1981 r.: „Tylko ludzka, dyskretna i uważna obecność, która pozwala choremu wyrazić się i znaleźć umocnienie, będzie miała skutek uspokajający”. Akceptacja w miejsce odrzucenia oraz nadzieja silniejsza od strachu, przynoszące umierającemu spokój, są możliwe tam, gdzie wyzbył się on złudzeń co do stanu swojego zdrowia.

Roła i powinności personelu medycznego są tu wyjątkowe, zaś zaniechanie właściwych działań oznacza potraktowanie człowieka w kategoriach wyłącznie medycznych, bez poszanowania jego złożonej sytuacji uwarunkowanej cierpieniem i bliskością śmierci: „Chroni się w ten sposób śmierć ludzką przed ujmowaniem jej «w kategoriach wyłącznie medycznych» co jest dzisiaj «częste w zaludnionych i ruchliwych salach pozostających pod kontrolą lekarzy i personelu, który interesuje się głównie biofizycznym aspektem choroby». Wszystko to «odczuwa się coraz bardziej jako brak poszanowania złożonej sytuacji cierpiącej osoby»”.

Ostatni cytat został zaczerpnięty z przemówienia Jana Pawła II wygłoszonego 17 marca 1992 r. do uczestników sympozjum na temat opieki nad umierającymi. Stamtąd też pochodzi myśl o wierze jako źródle pogody ducha i pokoju. Papież powiedział: „Wobec tajemnicy śmierci człowiek jest bezsilny; zostają zachwiane jego ludzkie pewniki. I właśnie w takiej sytuacji bezsilności wiara chrześcijańska (...) staje się dlań źródłem duchowej pogody i spokoju (...) To, co wydawało się pozbawione znaczenia, nabiera sensu i wartości” (nr 118).

W odnośniku podanym w tym miejscu *Karta* przypomina nauczanie KKK na temat śmierci: „«Tajemnica ludzkiego losu ujawnia się najbardziej w obliczu śmierci» W pewnym sensie śmierć cielesna jest natural-

¹¹ Obszernie zob. Sh.B. Nuland, *Jak umieramy*, przeł. M. Lewandowski, Warszawa 1996.

na, ale dzięki wierze wiemy, że jest ona «zapłatą za grzechy» (Rz 6,23). Dla tych, którzy umierają w łasce Chrystusa, jest ona uczestnictwem w Śmierci Pana, by móc także uczestniczyć w Jego Zmartwychwstaniu» (KKK, nr 1006; por. też nr 1009).

Zatem powinności etyczne chrześcijańskiego personelu medycznego wynikają ze specyficznie chrześcijańskiej wiary religijnej. Godny najwyższej uwagi jest fakt, że mówiąc o nadziei życia wiecznego, dokument wyraźnie ma na względzie właśnie pracowników służby zdrowia: „Gdy w życiu osoby dokonuje się takie «przejście» w tej decydującej godzinie jej życia, świadectwo wiary i nadziei Chrystusa pracownika służby zdrowia ma decydujące znaczenie. Rzeczywiście otwiera ono nowe horyzonty sensu, czyli zmartwychwstania i życia, temu, kto widzi, że zamykają się przed nim perspektywy życia ziemskiego. «Doświadczenie uczy, że ponad ludzką pociechę największą pomocą dla umierającego jest wiara w Boga i nadzieja na życie wieczne». Ofiarowanie obecności wiary i nadziei jest dla lekarzy i pielęgniarek najwyższą formą humanizacji śmierci. Jest czymś więcej niż ulgą w cierpieniu; oznacza zaangażowanie się «w ułatwianie choremu przejścia do Boga»”.

W przypisie do ostatniego zdania, objaśniającego sens posługi lekarzy i pielęgniarek jako najwyższej formy humanizacji śmierci, *Karta* przytacza fragment encykliki *Evangelium vitae*: „... śmierć jest czymś całkowicie innym niż doświadczenie beznadziejności: jest bramą istnienia otwartą na wieczność, a dla przeżywających w Chrystusie uczestnictwem w Jego tajemnicy śmierci i zmartwychwstania”. *Karta* zaleca ponadto rozważenie nauczania o sensie śmierci chrześcijańskiej, zawartego w KKK nr 1010¹², z czym łączy się ważny postulat podejmowania częstej i pogłębionej refleksji nad tą problematyką¹³.

¹² Oto ten tekst: „Dzięki Chrystusowi śmierć chrześcijańska ma sens pozytywny. «Dla mnie bowiem żyć – to Chrystus, a umrzeć – to zysk» (Flp 1,21). «Nauka to zasługująca na wiarę: Jeżeliśmy bowiem z Nim współumarli, współ z Nim i żyć będziemy» (2 Tm 2,11). Istotna nowość śmierci chrześcijańskiej polega na tym, że przez chrzest chrześcijanin już w sposób sakramentalny «umarł z Chrystusem», by żyć nowym życiem. Jeżeli umieramy w łasce Chrystusa, przez śmierć fizyczną wypełniamy się to «umieranie z Chrystusem» i dopełniamy w ten sposób nasze wszczęcie w Niego w Jego akcie odkupieńczym: Wolę umrzeć w (eis) Chrystusie Jezusie, niż panować nad całą ziemią. Szukam Tego, który za nas umarł; pragnę Tego, który dla nas zmartwychwstał. I oto bliskie jest moje narodzenie (...) Pozwólcie chłonąć światło nieskalane. Gdy je osiągnę, będę pełnym człowiekiem” (św. Ignacy Antiocheński, *Epistula ad Romanos*, 6,1-2).

¹³ Zob. np. J. Salij, *Pytanie o sens cierpienia*, W drodze 9/1981, s. 3-15; A.J. Nowak (red.), *Cierpienie i śmierć*, Lublin 1992; H. Bortnowska (red.), *Sens choroby. Sens śmierci. Sens życia*, Kraków 1993; Ph. Madrc, *Skandal zła*, przeł. D. Zańko, Kraków 1996.

Umieranie z godnością

Z rozpoznania i przyjęcia podstawowej zasady traktującej bliskość śmierci i samą śmierć jako najwyższą celebrację i wywyższenie życia wynikają dalsze wskazania dokumentu Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Najpierw, w nawiązaniu do deklaracji *Iura et bona*, wydanej 5 maja 1980 r. przez Kongregację Nauki Wiary, dotyczą one umierania z godnością ludzką i chrześcijańską. *Karta* tak tłumaczy prawo do umierania z godnością: „Nie może ono oznaczać prawa do zadania sobie śmierci lub zadawania śmierci, ale do przeżywania śmierci po ludzku i chrześcijańsku oraz nieuciekania przed nią za wszelką cenę. Człowiek współczesny uświadomił sobie stopniowo to prawo, by bronić go w chwili śmierci przed «technicyzacją», która niesie z sobą niebezpieczeństwo nadużyć” (nr 119).

W tym miejscu dokument podejmuje konkretne problemy etyczne: „Medycyna dzisiejsza dysponuje rzeczywiście środkami będącymi w stanie sztucznie opóźnić śmierć, przy czym pacjent nie otrzymuje żadnej realnej korzyści. Jest po prostu utrzymywany przy życiu lub jest się w stanie dać mu jakiś czas życia za cenę kolejnych i ciężkich cierpień. Określa się taki przypadek tak zwaną «uporczywością terapeutyczną» polegającą na «stosowaniu środków szczególnie wyniszczających i uciążliwych dla chorego, skazując go na sztucznie przedłużaną agonię»”.

Uporczywość terapeutyczna jest postrzegana jako niedozwolona: „Jest to sprzeczne z godnością umierającego i zadaniem moralnym przyjęcia śmierci oraz pozwolenia na jej naturalny przebieg. «Śmierć jest nieuniknionym faktem życia ludzkiego»; nie można opóźnić jej bezużytecznie, chroniąc się przed nią za wszelką cenę”.

Zakaz „bezużytecznego opóźniania śmierci” należy rozumieć w zestawieniu ze stwierdzeniem, iż pacjent nie otrzymuje żadnej realnej korzyści. Chodzi, rzecz jasna, o korzyści, które dotyczą sfery duchowej, a więc i prawa do umierania w spokoju. W przypisie do tych wskazań znajdujemy cytaty z deklaracji *Iura et bona*: „Z tego powodu zastosowanie środków leczniczych może stwarzać pewne problemy”.

Następny punkt (nr 120) przynosi uszczegółowienie powinności etycznych personelu medycznego, przypomniane według przemówienia Jana Pawła II wygłoszonego 21 października 1985 r. do dwóch grup roboczych Papieskiej Akademii Nauk: „Pracownik służby zdrowia, świadomy, że nie jest «ani panem życia, ani zdobywcą śmierci» w ocenie środków «powinien dokonać odpowiednich wyborów, to znaczy, odnieść się do pacjenta i odpowiedzieć odpowiednio do jego rzeczywistej sytuacji»”.

Zakłada to najwyższą troskę o właściwe i pełne rozeznanie co do stanu terminalnie chorej osoby, wymagające poświęcenia jej należytej uwagi i czasu. Na tym tle dokument przypomina zasadę „proporcjonalności zabiegów”, wskazaną w deklaracji *Iura et bona* i encyklice *Evangelium vitae*, nr 65: „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 przedłużanie życia, nie przerywając jednak zwyczajnej opieki, jaka w podobnych przypadkach należy się choremu. Nie stanowi to powodu, dla którego lekarz mógłby odczuwać niepokój, jakoby odmówił pomocy komuś znajdującemu się w niebezpieczeństwie”.

Takie decyzje nie mogą przychodzić łatwo i niemal zawsze wywołują poważne wątpliwości sumienia, w których lekarz może potrzebować wsparcia duchowego. Znamienny jest też nacisk na kontynuację zwyczajnej opieki, a zwłaszcza na niedopuszczalność odmowy śmiertelnie choremu należnego mu pokarmu i napoju: „Pokarm i napój, podawane także sztucznie, należą do normalnych zabiegów zawsze należnych choremu, jeśli nie są ciężarem dla chorego; ich odmówienie może oznaczać prawdziwą i właściwą eutanazję”.

Paragraf poświęcony umieraniu z godnością kończą wskazania dotyczące natury opieki szanującej życie i śmierć: „W przypadku lekarza i jego współpracowników nie chodzi o decydowanie o życiu lub śmierci jednostki. Chodzi po prostu o bycie lekarzem, czyli o poszukiwanie oraz decydowanie zgodnie z wiedzą i sumieniem, o zabiegu szanującym życie i śmierć powierzanego mu chorego. Ta odpowiedzialność nie wymaga zawsze i w każdym przypadku odwołania się do każdego środka. Może także wymagać rezygnacji ze środków, ze względu na pogodne i spokojne zaakceptowanie śmierci ściśle związanej z życiem. Może także oznaczać szacunek dla woli chorego, który odrzuciłby zastosowanie takich środków” (nr 121).

Dotykamy tutaj spraw niezwykle delikatnych, wobec których istnieje subtelna ambiwalencja. W przypisie do tych zdań zamieszczono dłuższy cytat ze wspomnianego wcześniej dokumentu Papieskiej Rady „*Cor Unum*”. Warto przytoczyć go w całości: „Życie ziemskie jest dobrem podstawowym, ale nie absolutnym. Z tego powodu należy określić granice obowiązku podtrzymywania życia ludzkiego. Rozróżnienie – już podkreślone – między środkami «proporcjonalnymi», których nigdy nie można odrzucić, by nie uprzedzać i powodować śmierci, a środkami «nieproporcjonalnymi», które można i, aby nie wpadać w uporczywość terapeutycz-

ną, powinno się odrzucić, jest decydującym kryterium etycznym w określeniu tych granic. Pracownik służby zdrowia znajduje w nim znaczące i upewniające ukierunkowanie rozwiązania złożonych przypadków powierzonych jego odpowiedzialności. Myślimy w szczególności o stanach stałej i nieodwracalnej śpiączki, patologiach nowotworowych nie rokujących nadziei, o starcach w ciężkich śmiertelnych warunkach życia”. Z tych wskazań wynika, że istnieje napięcie co do kryterium etycznego określającego granice między zastosowaniem środków „proporcjonalnych” i „nieproporcjonalnych”. Pracownik służby zdrowia uzyskuje „znaczące i upewniające ukierunkowanie rozwiązania złożonych przypadków”, ale nie są one sztywne, lecz powierzone „jego odpowiedzialności”.

Użycie środków znieczulających w chorobach śmiertelnych

Wraz z postępem medycyny nasiliła się częstotliwość podawania, także osobom terminalnie chorym, środków znieczulających. Uznaje się to za dopuszczalne: „Sprzyjając mniej dramatycznemu przebiegowi choroby, przyczyniają się do humanizacji i akceptacji śmierci” (nr 122).

Ale dokument Papieskiej Rady zaraz dodaje: „Nie stanowi to jednak ogólnej normy postępowania”. W przypisie do tej wypowiedzi znowu pojawia się cytata z deklaracji *Iura et bona*: „Dla chrześcijanina «cierpienie, zwłaszcza w ostatnich chwilach życia, nabiera własnego znaczenia w zbawczym planie Boga; stanowi bowiem udział w męce Chrystusa i łączy z Ofiarą Odkupienia». Dlatego chrześcijanin może dobrowolnie zaakceptować ból, nie szukając ulgi lub używając w sposób ograniczony środków znieczulających”.

Personel medyczny nie może bagatelizować ani lekceważyć tego specyficznie chrześcijańskiego, patrzenia na cierpienie i umieranie. Zarówno Pismo Święte i jak i cała Tradycja chrześcijańska silnie podkreślają zbawczą moc cierpienia¹⁴, dając liczne przykłady prawdziwego heroizmu. Przypomniawszy to fundamentalne dla wiary chrześcijańskiej spojrzenie, dokument stroni jednak od uogólnień i podaje kilka racji, które trzeba po-

¹⁴ Na temat tej doniosłej perspektywy teologicznej zob. np.: S. Mędała, *Mądrość krzyża w życiu chrześcijańskim*, w: *Chrystus i Kościół. Wybrane teksty Nowego Testamentu*, Lublin 1979, s. 129-139; R. Tromblay, *Cierpieć, aby żyć. Refleksje nad zbawczym sensem cierpienia*, *Communio. Międzynarodowy Przegląd Teologiczny* 11 (1991) 5, s. 57-69; F. Mickiewicz, *Zbawcza moc cierpienia*, *Communio* 18 (1998) 3, s. 31-43; J.-C. Larchet, *O dobrym używaniu choroby, tamże*, s. 44-54; E. Corcecco, *Sens cierpienia, tamże*, s. 55-62; H. Pompey, *„Jesteśmy niby umierający, a oto żyjemy” (2 Kor 6,9), tamże*, s. 78-95; zob. także J. Ratzinger, *Śmierć i życie wieczne*, przeł. M. Węćtański, Warszawa 1986.

ważnie brać pod uwagę: „Nie można więc narzucać wszystkim «postawy heroicznej». Następnie «ból pomniejsza siłę moralną» osoby; cierpienia «pogarszają stan osłabienia i wyczerpania fizycznego, przeszkadzają zapalowi duszy i wyniszczają siły moralne zamiast je podtrzymywać»”.

Każdy z tych względów przemawia na korzyść zasady podawania terminalnie choremu leków „humanizujących”. Uporczywy i nieznosny ból uderza bowiem w godność umierającego i osłabia jego możliwości duchowe i religijne. Dramat chorego staje się jeszcze większy wtedy, gdy wie lub domyśla się, że istnieją możliwości zmniejszenia bądź złagodzenia jego cierpień. Nie musi to oznaczać jego buntu przeciw Bogu ani nie kwestionuje siły jego chrześcijańskiej wiary. Każdy chory przeżywa swój los i związek z Bogiem we własny, intymny i tajemniczy sposób. W takiej sytuacji powinno się unikać wszelkich powierzchownych lub zdawkowych tłumaczeń, które rychło – jak świadczy przypadek Hioba i jego przyjaciół – mogłyby się nawet przeobrazić w oskarżenia chorego. Nigdy też nie powinniśmy wymagać od innych czegoś, czego nie wymagamy od siebie. Uśmierzenie bólu przynosi niewątpliwe korzyści: „Powstrzymanie bólu powoduje natomiast odprężenie organiczne i psychiczne, ułatwia modlitwę i umożliwia bardziej wielkoduszny dar z siebie”.

Wskazanie na korzyści ze stosowania leków humanizujących stanowi cytat z przemówienia papieża Piusa XII wygłoszonego 24 lutego 1957 r. do Międzynarodowego Zgromadzenia lekarzy i chirurgów. Personel medyczny otrzymuje tu nie gotowe i sztywne rozwiązania, lecz wskazówki pomocne w podejmowaniu odpowiedzialnych decyzji. Z tego względu powinien się troszczyć o postawę zgodną z roztropnością ludzką i chrześcijańską. *Karta* jeszcze raz przytacza stanowisko wyłożone w deklaracji *Iura et bona*: „Ludzka i chrześcijańska roztropność zaleca większości osób chorych stosowanie leków, które mogą złagodzić lub wyeliminować cierpienie, chociaż ubocznie (jako skutki drugorzędne) mogą spowodować oszołomienie i zmniejszenie świadomości. Jeśli chodzi o tych, którzy nie są w stanie wyrazić swoich życzeń, słusznie wolno przypuszczać, że pragną otrzymać środki znieczulające i chcą, by były im dawane zgodnie ze wskazaniami lekarzy”. Jednak w tym miejscu znowu pojawia się dopowiedzenie, ważne dla osób opiekujących się terminalnie chorymi: „Użycie środków znieczulających w przypadku umierających nie jest jednak pozbawione trudności”. Właśnie tego dotyczą kolejne wskazania. Najpierw mówi się: „Zastosowanie środków znieczulających może mieć przede wszystkim jako skutek, oprócz zmniejszenia bólu, także antycypację śmierci”.

Dotykamy bardzo delikatnych kwestii etycznych, mających bezpośredni lub pośredni związek z problematyką eutanazji. Jest on widoczny w KKK, w którym refleksja dotycząca osób, „których sprawność życiowa jest ograniczona bądź osłabiona”, została umieszczona w paragrafie zatytułowanym *Eutanazja*. W *Karcie* czytamy: „Gdy wymagają tego «proporcjonalne motyw»», «jest dozwolone umiarkowane użycie środków narkotycznych, które przynoszą ulgę w cierpieniu, ale powodują także szybszą śmierć», «jest jasne, że w tym przypadku 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 usmieszenie bólu, stosując środki znieczulające, którymi dysponuje medycyna»”.

Wiele do myślenia daje fakt, że wszystkie te wskazania pochodzą z wcześniejszych wypowiedzi Kościoła, to znaczy z przemówienia Piusa XII, wygłoszonego 9 września 1958 r. do uczestników Kongresu na temat neuropsychofarmakologii, z deklaracji *Iura et bona*, z cytowanego wyżej innego przemówienia Piusa XII oraz z encykliki Jana Pawła II *Evangelium vitae*. *Karta Pracowników Służby Zdrowia* podkreśla w ten sposób, że wszystkie te delikatne kwestie były już przedmiotem refleksji i regulacji etycznych Kościoła katolickiego. Sugeruje się, żeby zainteresowany nimi personel medyczny sięgnął do tych wypowiedzi oraz komentarzy do nich. Można tam odnaleźć zarówno szczegółowe omówienie problemów, jak też wyliczenie rozmaitych trudności i niejasności. Przypomnienie wcześniejszych wypowiedzi to zarazem zachęta do kontynuowania wspólnej refleksji.

Trudności te, tak od strony teoretycznej, jak i praktycznej, stają się jeszcze większe, zważywszy na fakt, że „szczególnego rozważenia” wymaga powodowane przez środki znieczulające ewentualne pozbawienie umierającego świadomości: „«Bez poważnej przyczyny nie godzi się pozbawiać umierającego świadomości». Niekiedy systematyczne odwołanie się do środków narkotycznych, które powodują nieświadomość chorego, często ukrywa nieświadome pragnienie pracowników służby zdrowia nieutrzymywania relacji z umierającym. Nie szuka się w ten sposób ulżenia cierpieniom chorego, ale raczej uniknięcia niewygod znajdujących się w pobliżu”.

Pozbawia się umierającego możliwości «przeżycia swojej śmierci», powodując jego nieświadomość niegodną istoty ludzkiej. Z tego powodu podanie środków narkotycznych tylko w celu pozbawienia umierającego świadomego [powinno być: świadomości – uwaga moja] końca jest «praktyką rzeczywiście naganną»” (nr 124). Również w tym miejscu natrafiamy na kilka cytatów z wcześniejszych, wyliczonych wyżej dokumentów Kościoła. Trzeba jednak przyznać, że tekst *Karty* – przynajmniej w przekładzie na

język polski – nie jest tutaj jasny. Mamy wskazanie na dwa zupełnie odmiennie aspekty. Najpierw mówi się o postawie personelu medycznego, który stosując środki narkotyczne nie tyle przynosi ulgę choremu, ile „ułatwia” sobie pracę, a to trzeba ocenić jako praktykę naganną. Następnie dodaje się, że „pozbawia to umierającego możliwości przeżycia swojej śmierci”. Na końcu dodaje się, że naganne jest podawanie środków narkotycznych „tylko w celu pozbawienia umierającego świadomości końca”.

Rozważania na ten temat kończą wyjaśnienia, kiedy anestezja jest dozwolona: „Inna sytuacja zachodzi w przypadku poważnego wskazania klinicznego na użycie środków znieczulających pozbawiających świadomości, ze względu na gwałtowne i nieznosne bóle. Anestezja może być uznana za dozwoloną, ale przy zaistnieniu warunków uprzednich, to znaczy jeśli umierający zadośćuczynił lub będzie jeszcze mógł zadośćuczynić swoim obowiązkom moralnym, rodzinnym i religijnym”.

Nie określa się, co znaczy „poważne wskazanie kliniczne”, ani jak ustalić, że chodzi o „gwałtowne i nieznosne bóle”. Co się tyczy „warunków uprzednich”, w przypisie zwraca się uwagę na bardzo ważny aspekt podjęty w przemówieniu Piusa XII do Międzynarodowego Zgromadzenia lekarzy i chirurgów: „Jeśli chory buntuje się uparcie i nalega w żądaniu narkozy, lekarz może wyrazić zgodę, nie czyniąc się winnym współpracy formalnej w popełnionej winie. Nie zależy ona bowiem od narkozy, ale od niemoralnej woli pacjenta; czy mu się poda, czy też nie, środki znieczulające jego postawa będzie taka sama: nie wypełni swojego obowiązku”.

Kolejny raz dochodzimy do bardzo trudnych i delikatnych dylematów etycznych i moralnych, przed którym stają lekarze. *Karta* mówi, że „lekarz może wyrazić zgodę” i wskutek takiej zgody nie ściąga na siebie winy. Jest to jednak jego decyzja, którą powinien podjąć w sumieniu, po uprzednim rozeznaniu nie tylko co do stanu somatycznego, lecz także stanu duchowego i religijnego pacjenta. Nie sposób nie zauważyć, że lekarz wchodzi tutaj, a nawet przejmuje kompetencje i rolę kierownika duchowego. Przecież to od lekarza ma zależeć stwierdzenie, że pacjent nie tylko nie chce, ale i nie spełni już swojego obowiązku.

Prawda wobec umierającego

Nowe problemy, dylematy i wyzwania etyczne powstają na obszarze przedstawienia umierającemu prawdy o diagnozie na temat stanu jego zdrowia bądź stopnia zaawansowania choroby i ściśle z nią związanej prognozy na przyszłość.

Punkt wyjścia rozważań na ten temat stanowią następujące stwierdzenia: „Perspektywa śmierci utrudnia i dramatyzuje przekazanie wiadomości, ale nie zwalnia od prawdomówności. Komunikacja między umierającym i tymi, którzy mu asystują nie może opierać się na udawaniu. Nigdy nie jest godne umierającego i nie przyczynia się do humanizacji śmierci” (nr 125).

Dokument ma na względzie dwa bieguny: prawdomówność bądź udawanie. Trzeba jednak zauważyć, że nie wyczerpują one wszystkich postaw i dylematów związanych z obowiązkiem przekazywania prawdy umierającym. Pojawia się bowiem pytanie, jak się wywiązać z obowiązku prawdomówności oraz czy w zetknięciu z chorymi i umierającymi nie jest jednak czasami potrzebna postawa i zachowanie, które graniczą z „udawaniem”. Znajduje ona wyraz na przykład w zewnętrznym spokoju, słowach pociechy i nadziei itp. Niewystarczające jest też sformułowanie, że udawanie „nie przyczynia się do humanizacji śmierci”. Personel medyczny i osoby towarzyszące umierającemu chcieliby zapewne wiedzieć, czy każde udawanie pomniejsza bądź godzi w „humanizację śmierci”. W tym miejscu należy więc oczekiwać dalszej refleksji etycznej.

Dalej czytamy: „Istnieje prawo osoby, by była informowana o swoim stanie życia. To prawo nie zostaje pomniejszone wobec diagnozy i przewidywania choroby, która prowadzi do śmierci, ale znajduje późniejsze motywy. Z taką informacją jest związana ważna i nieprzekazywalna odpowiedzialność. Jest to odpowiedzialność związana z terapiami, jakie należy wykonać za zgodą poinformowanego pacjenta”.

W tym miejscu *Karta* przechodzi od wskazań na powinności i odpowiedzialność personelu medycznego do wskazań adresowanych do chorego: „Zbliżanie się śmierci przynosi ze sobą odpowiedzialność wypełnienia odpowiednich obowiązków dotyczących własnych relacji z rodziną, uporządkowanie ewentualnych kwestii zawodowych, wypełnienie zobowiązań wobec innych. Zbliżanie się śmierci wymaga od wierzącego dyspozycji odnośnie do określonych aktów podjętych z pełną świadomością, przede wszystkim pojednującego spotkania z Bogiem w sakramencie pokuty”.

Wypełnienie tych obowiązków nie zawsze jest możliwe w ostatnich chwilach życia. Można wnosić, że poinformowanie chorego o stanie jego zdrowia i przewidywaniu choroby, która prowadzi do śmierci, powinno następować po tym, jak lekarz stawia wiarygodną diagnozę. Potem czas jakby się kurczył. Właśnie dlatego: „Nie można pozostawiać w nieświadomości osoby w decydującej «godzinie» jej życia, odsuwając ją od niej samej oraz jej ostatnich i najważniejszych decyzji. «Śmierć stanowi zbyt istotną chwilę, by jej perspektywa była odrzucona”.

Ostatnie zdanie stanowi cytat z wykorzystywanego wcześniej dokumentu Papieskiej Rady „Cor Unum”. W przypisie do tego zdania *Karta* powołuje się na KKK i zawartą tam chrześcijańską wizję śmierci: „Śmierć jest końcem ziemskiej pielgrzymki człowieka, czasu łaski i miłosierdzia, jaki Bóg ofiaruje człowiekowi, by realizował swoje ziemskie życie według zamysłu Bożego i by decydował o swoim ostatecznym przeznaczeniu”.

Po tych ogólnych wskazaniach *Karta* podkreśla, że obowiązek przekazania prawdy wymaga od personelu medycznego właściwego rozpoznania i taktu ludzkiego: „Nie może ono [tj. przekazanie prawdy] polegać na przekazaniu oderwanego i obojętnego w stosunku do diagnozy i związanego z nią przewidywania. Prawda nie powinna być przemilczana, ale nie powinna być również po prostu komunikowana w swojej brutalnej rzeczywistości. Powinna być powiedziana z pełną miłością, wzywając do włączenia się do tej komunii wszystkich tych, którzy z różnych racji asystują choremu” (nr 126).

Chodzi zatem o wykazanie wielkiej ludzkiej oraz chrześcijańskiej dojrzałości i wrażliwości. Skutkiem poznania prawdy o bliskiej śmierci nie może być poczucie osamotnienia ani izolacja chorego. Dobrze wiadomo, że najbardziej dotkliwe dylematy i niepewność chorych, bierze się z obawy przed samotnością w cierpieniu. Perspektywa bliskiej śmierci ożywia wymóg ofiarnego świadczenia miłości i włączenia umierającego w życzliwą wspólnotę najbliższych mu osób. Trudne, lecz wzniosłe powołanie personelu medycznego polega na tym, aby w każdym przypadku włączać się w to świadczenie miłości, bo tylko wtedy można budować relacje ufności: „Chodzi o ustalenie z nim [czyli chorym] takiej relacji ufności, przyjęcia i dialogu, który umie dobrać czas i słowa. Istnieje taki sposób powiedzenia, który umie rozróżnić i szanować samopoczucie chorego, dostosowując się do niego. Istnieje taki sposób mówienia, który umie przyjąć jego prośby, a także pobudzić je, by stopniowo ukierunkować go na poznanie jego stanu zdrowia. Kto stara się, by być obecnym obok chorego i być wrażliwym na jego los, umie znaleźć słowa i odpowiedzi, jakie pozwalają komunikować w prawdzie i miłości: «czyniąc prawdę w miłości» (Ef 4,15)”.

Również – albo lepiej przede wszystkim – w tej dziedzinie każdy umierający powinien być traktowany jako osoba wymagająca sobie tylko właściwej opieki i troski. Personel medyczny powinien się starać o nawiązanie solidarnej relacji z chorym. Wyjaśnia to bliżej kolejny punkt *Karty*, który znowu zaczyna się od cytatu z dokumentu Papieskiej Rady „Cor Unum”: „Każdy pojedynczy przypadek ma swoje wymagania, od-

powiednio do wrażliwości i zdolności każdego, relacji z chorym i jego stanem; przewidując jego ewentualne reakcje (bunt, depresję, rezygnację itd.), powinno się być przygotowanym do spotkania z nimi ze spokojem i taktem. To, co jest najważniejsze, nie polega na ścisłości tego, co się mówi, ale na solidarnej relacji z chorym. Nie chodzi tylko o przekazanie danych klinicznych, ale komunikowanie ich znaczenia”.

Paragraf poświęcony kwestiom prawdy wobec umierającego kończą następujące stwierdzenia: „Perspektywa śmierci w tej relacji nie przedstawia się tak nieunikniona i traci swoją moc budzącą strach; pacjent nie czuje się porzucony i skazany na śmierć. Prawda, która jest mu komunikowana w taki sposób, nie zamyka go na nadzieję, ponieważ pozwala mu czuć się żywym w relacji współuczestniczenia i komunii. Nie jest sam ze swoim cierpieniem, czuje się rozumiany w prawdzie, pojednany ze sobą i z innymi. Jest sam sobą jako osoba. Jego życie, mimo wszystko, ma sens, i nabiera znaczenia, które przekracza śmierć”.

Karta Pracowników Służby Zdrowia zawiera ponadto bardzo ważne wskazania dotyczące chwili śmierci (nr. 128-129) oraz opieki religijnej nad umierającymi (nr. 130-135). Ponieważ została opracowana w warunkach pod wieloma względami nowych w porównaniu z tymi, jakie istniały w poprzednich pokoleniach, wskazuje dwie okoliczności, które wydatnie przyczyniły się do coraz lepszego naszego rozeznania, w kwestii śmierci, a mianowicie na wprowadzenie technik reanimacyjnych oraz zapotrzebowania na żywe narządy dla chirurgii przeszczepów. Z kolei podstawą religijnej opieki nad umierającymi powinna być „ewangelizacja śmierci” jako obowiązek duszpasterski całej wspólnoty eklezjalnej, a specjalnie kapelana służby zdrowia, powołanego „w szczególny sposób do troski duszpasterskiej o umierających w najszerszym środowisku duszpasterstwa chorych”. Jedna i druga dziedzina zasługuje na osobną uwagę. Trzeba podkreślić zwłaszcza godny najwyższego uznania rozwój duszpasterstwa hospicyjnego, spieszącego z pomocą umierającym i wspomagającego opiekujący się nimi personel medyczny¹⁵.

ks. Waldemar CHROSTOWSKI

¹⁵ Zob. zwłaszcza: M. Kalinowski, *Duszpasterstwo hospicyjne* w: R. Kamiński, B. Drożdż (red.), *Duszpasterstwo specjalne*, Teologia Praktyczna 2, Lublin 1998, s. 141-155.