

Truszczyński, Marek

Eutanazja : między zabójstwem z litości a aktem samobójstwa

Zeszyty Naukowe Ostrołęckiego Towarzystwa Naukowego 27, 504-517

2013

Artykuł został 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 oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych mazowsze.hist.pl.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

*Ks. Marek Truszczyński**

EUTANAZJA. MIĘDZY ZABÓJSTWEM Z LITOŚCI A AKTEM SAMOBÓJSTWA

EUTHANASIA. BETWEEN THE MURDER OF MERCY AND ACT OF SUICIDE

*Przysięgam na Apollona lekarza, na Asklepiosa, Hygeje i Panaceje
oraz na wszystkich bogów i boginie, biorąc ich na świadków,
że wedle mej możliwości i rozeznania
będę dochowywał tej przysięgi i tych zobowiązań. (...)*

*Będę stosował zabiegi lecznicze wedle mych możliwości i rozeznania
ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy.
Nikommu, nawet na żądanie, nie dam śmiercionośnej trucizny,
ani nikomu nie będę jej doradzał, (...)*

*Jeżeli dochowam tej przysięgi, i nie złamię jej,
obym osiągnął pomyślność w życiu i pełnieniu tej sztuki,
ciesząc się uznaniem ludzi po wszystkie czasy;
jeżeli ją przekroczyć i złamię, niech mnie los przeciwny dotknie¹.*

* dr, Ostrołęckie Towarzystwo Naukowe im. Adama Chętnika.

¹ Najstarszą znaną przysięgą lekarską jest tzw. Przysięga Hipokratesa (460–370 p.n.e). Współczesne badania dokonane przez Naguibe Riada (1955 r.) ustalają, że przysięga przypisywana Hipokratesowi jest znacznie starsza i pochodzi z Egiptu. Powstała prawdopodobnie 3000 lat p.n.e.; zob: K. Osińska, *Refleksje nad etyką lekarską*, Warszawa 1990, s. 9. Współczesna wersja przysięgi medycznej nosi nazwę Przyrzeczenie lekarskie i brzmi, jak następuje: Przyjmuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni świadomy związanych z nim obowiązków przyrzekam:

- obowiązki te sumiennie spełniać;
- służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu;
- według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należyty szacunek;
- nie nadużywać ich zaufania i dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego;
- strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić, a do kolegów lekarzy odnosić

Wstęp

Ogromny postęp w dziedzinie nauk przyrodniczych umożliwia coraz głębszy wgląd w procesy zachodzące w obrębie ludzkiego organizmu, pozwalając medycynie coraz głębiej wkraczać w jego obszary, ingerując tym samym nie tylko w ludzkie życie, ale także w sferę śmierci – przesuując ją najczęściej w czasową dal, niekiedy zaś odwrotnie – przysuwając w bezpośrednią bliskość.

Zagadnienie eutanazji spotyka się z rosnącym zainteresowaniem opinii publicznej, wywołując wiele skrajnych emocji. Dla zagorzałych przeciwników eutanazja stanowi zbrodnię przeciwko ludzkości, dla eutanastów jest ostatecznym aktem autonomii osoby ludzkiej wyzwalającym od męki nieuchronnego konania.

Wszelkie publikacje dotyczące zagadnienia eutanazji usiłują dać odpowiedź na to – na ile rzeczywiście jest ona dobra. Jako że debata publiczna zatacza coraz szersze kręgi, istnieje potrzeba usystematyzowania wiedzy w tym zakresie, szczególnie że umieranie i śmierć stanowią swoisty interdyscyplinarny fenomen kulturowy, od którego uciec już niepodobna.

Śmierć i nauka

W efekcie przybierającej na sile w XVIII stuleciu erozji świata metafizyków śmierć traci swe eschatologiczno-religijne znaczenie, stając się nade wszystko faktem przyrodniczo-medycznym².

Rozwój nauk o życiu pozwolił coraz skuteczniej zwalczać epidemie i choroby oraz przesuwać granicę śmierci³. W ostatnim stuleciu postęp w dziedzinie nauk medycznych osiągnął na tyle wysoki poziom, że naukowcom zabrakło czasu, by problematyką śmierci zająć się głębiej. Jeśli się o niej zaczęło mówić językiem nauki, to zupełnie niedawno; nastąpiło to w chwili, gdy medycyna psychosomatyczna przywróciła ludzki wymiar choroby przedstawiając akcenty z medycyny skupionej na chorobie na medycynę ukierunkowaną na pacjenta⁴.

Tanatologia jest dziedziną interdyscyplinarną i jako taka czerpie z wielu nauk, które śmierć obrała za swój przedmiot. Nazwa pochodzi od greckiego słowa *thanatos* oznaczającego śmierć. Dla rozwoju tanatologii największe znaczenie mają osiągnięcia naukowe biologii, medycyny, psychologii i socjologii. Wiedza

się z należą im życzliwością, nie podważając zaufania do nich, jednak postępując bezstronnie i mając na względzie dobro chorych;

– stale poszerzać swą wiedzę lekarską i podawać do wiadomości świata lekarskiego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić.

Przyrzekam to uroczystie! Zob. http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_zl/zjazd7/kel (dostęp: 11.03.2013); cyt. za: J. Teichman, *Etyka społeczna*, tłum. A. Gąsior-Niemiec, Warszawa 2002, s. 124–125.

² K. Szewczyk, *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, Warszawa–Łódź 2001, s. 315.

³ T. Biesaga (red.), *Podstawy i zastosowania bioetyki*, Kraków 2001, s. 13.

⁴ F. Antonelli, *Oblicza śmierci. Jak kształtować właściwą postawę wobec śmierci?*, tłum. J. Dembska, Kraków 1995, s. 14–15.

tanatologiczna przyjmowana jest za podstawę kultury normatywnej, szczególnie normowania prawem istoty śmierci i problemów z niej wynikających⁵.

W sposób szczególny tajemnicę śmierci zgłębia teologia, badając związki z tym, co określa się mianem *fascinans* i *tremendum*, albo z tym, co czyste bądź nieczyste, symboliką i skutecznością rytuału, eschatologią⁶.

Jednym z najbardziej istotnych motywów teologicznych jest temat śmierci Boga. Mamy z nim do czynienia przede wszystkim w chrześcijańskiej tajemnicy Odkupienia: *Ojczy, nadeszła godzina. Otocz swego Syna chwałą, aby Syn Ciebie nią otoczył i aby mocą władzy udzielonej Mu przez Ciebie nad każdym człowiekiem dał życie wieczne wszystkim tym, których Mu dałeś*⁷.

Współczesna teologia odbiega od koncepcji śmierci będącej konsekwencją grzechu, dokonując także reinterpretacji zmartwychwstania, reformy rytuału. Coraz chętniej porusza kwestie praktyczne dotyczące cierpienia, prawa do wyboru własnej śmierci (w kontekście samobójstwa i eutanazji), wspiera umierających⁸.

Ewolucja w definiowaniu śmierci znalazła wielu zwolenników, chociażby z uwagi na fakt, że pacjentom z martwym mózgiem nie wyrządziła szkody, a wszystkim innym przyniosła korzyści, począwszy od rodzin pacjentów, przez szpitale, chirurgów przeprowadzających transplantacje, i pacjentów oczekujących. Opinia publiczna pojęła, że jeśli mózg uległ zniszczeniu, to odzyskanie świadomości staje się niemożliwe, a utrzymywanie stanu wegetatywnego pozbawione celu⁹.

Zdumiewający progres medycyny, a co za tym idzie – technik reanimacyjnych i wytrwałość lekarzy walczących o życie pozwala uratować wiele ludzkich istnień. Większość osób pragnie żyć odpowiednio długo i równie szczęśliwie. Niektórzy wręcz chcieliby być nieśmiertelni. Medycy mają tego świadomość i robią wszystko, co w ich mocy, by sprostać wymaganiom współczesnego człowieka. W błędzie jest jednak ten, kto mniema, że podstawowa zasada poszanowania życia polega na przedłużaniu go za wszelką cenę. Zdarzają się sytuacje, które zmuszają do dramatycznego wyboru pomiędzy długością życia i jego jakością¹⁰.

Uporczywa terapia, czyli sztuczne podtrzymywanie gasnącego życia, skazanego na rychłą śmierć jest swoistym wyzwaniem rzuconym śmierci¹¹. Termin ten, używany tylko w językach romańskich, mimo że obrazowy, jest jednak nieprecyzyjny. W świecie anglosaskim mówi się bardziej dosadnie – o leczeniu podtrzymującym życie¹².

Gdyby harmonizacja tego, co etyczne, z tym, co techniczne przebiegała bezkolizyjnie, problem uzgadniania etyki z techniką właściwie by nie istniał. Historia

⁵ R. Tokarczyk, *Prawa narodzin, życia i śmierci. Podstawy biojursprudencji*, Kraków 2002, s. 333.

⁶ S. Rosiek, *Wymiary śmierci*, Gdańsk 2002, s. 13.

⁷ Zob.: J 17, 1-2, w: *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu*, w przekładzie z języków oryginalnych, opracował Zespół Biblistów Polskich z inicjatywy Benedyktynów Tynieckich, Poznań 2000.

⁸ S. Rosiek, op. cit., s. 13.

⁹ P. Singer, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, tłum. A. Alichniewicz i A. Szczęsna, Warszawa 1997, s. 42.

¹⁰ N. Aumonier, B. Beignier, P. Letellier, *Eutanazja*, tłum. E. Burska, Warszawa 2003, s. 16–17.

¹¹ R. Tokarczyk, op. cit., s. 345.

¹² S. Leone, *Śmiertelnie chory*, tłum. M. Zaręba, Kraków 2000, s. 37.

cywilizacji wskazuje na tę potrzebę, zwłaszcza tam, gdzie mamy do czynienia z wysokim poziomem techniki¹³.

W społeczeństwach zmedykalizowanych, najefektywniejszym reduktorem trwóg związanych ze śmiercią staje się medycyna, o ile spełnia poniższe warunki; przede wszystkim, winna być wolna od dominacji metafory *Nauki Wyzwolicielki*, po wtóre – otwarta na wpływy lévinasowskiej symboliki *Drugiego*, i konsekwentnie po trzecie – charakterystyczną jej cechą powinna być wrażliwość na *mowę* cierpiącego *Ty*. Organizatorami zaś owej (roz)mowy są tanatyczne, a nade wszystko maładyczne metafory kulturowe¹⁴.

Warunkiem niezbędnym ukształtowania się moralnie dobrej medycyny jest zaakceptowanie faktu, że będąc nauką i sztuką – stanowi ona zarazem, zakorzenioną w mitach (źródłowych) symboliczną opowieść o sensie bólu, cierpienia, choroby i śmierci, która nie może być traktowana w kategoriach zawodowej porażki i za wszelką cenę oddalana od cierpiącego pacjenta¹⁵.

Tymczasem opieka nad chorym w stadium terminalnym choroby jest niejako alternatywą eutanazji. (Dobrze prowadzony chory niezwykle rzadko prosi o eutanazję.) Zadaniem medyków jest tedy zapewnienie właściwej i całościowej opieki nad chorym i jego rodziną¹⁶.

Rola ta przypada w udziale medycynie paliatywnej, której celem jest całościowa pomoc choremu terminalnie. Łagodzi się w ten sposób nie tylko ból fizyczny, ale nade wszystko cierpienie psychiczne. Zapoznanie się z działalnością hospicjum przez rodzinę i chorego sprzyja oswojeniu śmierci¹⁷.

Medycyna paliatywna

Gdy weźmiemy pod uwagę etymologię terminu *paliatywny*, okaże się on szczególnie bogaty w znaczenie. Pochodzi bowiem od *pallium*, czyli pasterskiego wełnianego płaszcza, stanowi więc środek szczególnie niezbędny i skuteczny dla ochrony przed niekorzystnymi warunkami środowiska; zaś w znaczeniu przenośnym chroni przed agresją wyniszczającej choroby¹⁸.

Dlatego w ośrodkach opieki terminalnej chorzy są przedmiotem uważnej oraz wyspecjalizowanej ochrony i opieki, pełnej poświęcenia, sprawowanej przez lekarzy i personel medyczny, wolontariuszy, psychologów, a także osoby duchowne, zadaniem których jest towarzyszenie umierającym w ostatnich, niezwykle cennych chwilach ich życia doczesnego¹⁹.

¹³ J. Podgórecki, *Kontrowersje etyczne*, Opole 1997, s. 29–30.

¹⁴ M. Gałuszka, K. Szewczyk, *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, Warszawa–Łódź 2002, s. 45.

¹⁵ Ibidem, s. 52–53.

¹⁶ T. Biesaga, *Podstawy...*, op. cit., s. 151–152.

¹⁷ W. Ochmański, *Eutanazja nie jest alternatywą*, Kraków 2007, s. 86.

¹⁸ S. Leone, op. cit., s. 65–66.

¹⁹ W. Ochmański, op. cit., s. 87.

Ogólnie rzecz ujmując zadania opieki hospicyjnej dotyczą trzech kwestii: walki z bólem, towarzyszenia choremu oraz komunikacji w sytuacji bliskiej śmierci, dlatego tak cennym czynnikiem, który winien przenikać wszelką działalność jest okazywanie choremu zrozumienia i miłości. Brak prawdziwie bliskiego kontaktu pogłębia u chorego rozmaitego rodzaju lęki – w szczególności tanatyczne²⁰. Właściwie zaś prowadzona opieka paliatywna afirmuje życie, traktując śmierć jako naturalny i nieuchronny proces fizjologiczny, zapewniając jednocześnie choremu terminalnie najwyższą z możliwych jakości życia zarówno pod względem biologicznym, psychologicznym, jak też duchowym²¹.

Zespół medyczny nie jest powołany do walki o życie chorego, jeśli walka ta rozgrywa się kosztem jego cierpienia. Lekarze mają obowiązek walczyć o życie, nie zaś o przedłużanie umierania w męczarniach, o bezsensowną, bolesną i wyniszczającą agonię. *Dla każdego z nas – jak pisze Halina Bortnowska – nadejdzie taki czas, gdy najzdrowszą rzeczą będzie po prostu umrzeć. I jeżeli wtedy lekarz sprzeciwi się temu, to w mojej ocenie nie spełni swojego obowiązku*²².

Pojęcie

Etymologicznie pojęcie *eutanazja* pochodzi z języka greckiego i semantycznie oznacza dosłownie *śmierć dobrą, śmierć spokojną, śmierć szczęśliwą* – prefiks *eu* imputuje, że coś jest *dobrze, ładnie, pomyślnie, a thanatos* znaczy *śmierć*²³.

Obecnie przez eutanazję najczęściej rozumie się doprowadzenie do śmierci – *zabójstwo z litości*, gdzie osoba X kończy życie osoby Y, ze względu na dobro Y. Takie rozumienie eutanazji podkreśla dwie istotne cechy tego rodzaju aktów. Po pierwsze – zakłada rozmyślnie pozbawienie życia drugiego człowieka; po drugie – odbiera się mu je przez wzgląd na jego dobro – zazwyczaj dlatego, że cierpi on na nieuleczalną lub śmiertelną chorobę. Odróżnia to eutanazję od większości innych form odbierania życia²⁴.

Najpowszechniej przyjętym objaśnieniem eutanazji jest definicja sformułowana przez Patricka Verspierna, według którego pojęcie to określa świadomy i zamierzony akt uśmiercenia; eutanatyczny jest gest lub zaniechanie, który z premedytacją powoduje śmierć pacjenta w celu położenia kresu jego cierpieniom²⁵.

Analogiczne określenie eutanazji znajduje się również w niektórych dokumentach Kościoła katolickiego. Szczególnie ważną wypowiedź w tej sprawie podaje *Deklaracja o eutanazji – Iura et bona* z 1980 roku, opracowana przez watykańską Kongregację Nauki Wiary. Wedle tej deklaracji *przez eutanazję rozu-*

²⁰ Ibidem, s. 87–88.

²¹ T. Biesaga, op. cit., s. 152.

²² H. Bortnowska, *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, Kraków 1980, s. 270–271.

²³ M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomaganie samobójstwa na świecie. Studium prawnoporównawcze*, Kraków 2004, s. 22.

²⁴ P. Singer (red.), *Przewodnik po etyce*, tłum. (zbiorowe), Warszawa 1998, 2000, s. 337.

²⁵ M. Szeroczyńska, op. cit., s. 44.

mie się podjęte w celu zakończenia czyjegoś cierpienia działanie lub zaniechanie, które przez swoją naturę lub świadomy zamiar powoduje śmierć. Zachowanie eutanatyczne ocenia się tak na płaszczyźnie intencji sprawcy, jak i zastosowanych przez niego środków²⁶.

Pośród różnorodnych cech definicyjnych w literaturze najmocniej podkreślana jest pierwsza, tzn. intencja. I tak np. Philippa Foot stwierdza, że eutanazja jest takie działanie lub zaniechanie, które jest nastawione na śmierć drugiego człowieka i przyczynowo sprawcze, tj. tworzące wraz z danymi okolicznościami warunek wystarczający śmierci²⁷.

Małgorzata Szeroczyńska proponuje następującą całościową definicję eutanazji: *Szeroko pojęty czyn eutanatyczny polega na pozbawieniu życia – poprzez bezpośrednie lub pośrednie spowodowanie śmierci, niezapobieżenie jej nadejściu, ewentualnie pomocnictwo w samodzielnym odebraniu sobie życia – człowieka cierpiącego (fizycznie lub psychicznie) przez sprawcę motywowanego współczuciem, działającego dla dobra tej osoby w celu zapewnienia jej godnej śmierci poprzez wybawienie jej od zła, jakie stanowi dla niej to cierpienie, i postępującego zgodnie z wolą (wyrażoną lub odtworzoną) tej osoby, a przynajmniej nie wbrew jej woli²⁸.*

Ponieważ w literaturze i debacie publicznej brak zgodności nomenklaturowej, można pozostać przy historycznym ujęciu eutanazji, będąc jednak w pełni świadomym jego niuansów. Zgodzić się bowiem wypada z M. Grassinem, że tak naprawdę nieistotne jest, czy dane zachowanie nazwiemy eutanazją, czy też nie, ważne jest, czy pozostaje ono słuszne ze względu na sytuację, w której pacjent się znajduje. Grassin celnie zauważa, że nie nazwa nadaje danemu czynowi zabarwienie moralne, niemniej jednak w dyskusji etycznej na temat decyzji związanych ze śmiercią człowieka zagadnienia semantyczne zdają się powszechnie grać rolę podstawową²⁹.

Wyjątek w greckiej starożytności stanowi Hipokrates (460–377 p.n.e.), który w sformułowanej przez siebie przysiędze zabrania nie tylko eutanazji samej w sobie, ale także wskazywania środków, które mogą temu służyć³⁰.

Prawo a eutanazja

W wielu ustawodawstwach świata wyraźnie daje się spostrzec, że w sprawach wspomaganego samobójstwa o charakterze eutanatycznym postawa sądów jest zazwyczaj dość permissywna i wyrok, jaki zapada jest najczęściej łagodny lub uniewinniający. Dlatego stawiana jest teza o szerokiej faktycznej dekryminalizacji tego rodzaju poczynań³¹. Odnośnie natomiast pomocnictwa do samobójstwa, to

²⁶ Cyt. za: W. Ochmański, op. cit., s. 39.

²⁷ M. Gałuszka, K. Szewczyk, op. cit., s. 158.

²⁸ Cyt. za: W. Ochmański, op. cit., s. 39–40.

²⁹ M. Szeroczyńska, op. cit., s. 48.

³⁰ M. Czachorowski, *Eutanazja*, <http://ptta.pl/pef/pdf/e/eutanazja.pdf> (dostęp: 11.03.2013).

³¹ T. Pietrzykowski, *Spór o eutanazję. Etyczne problemy prawa*, Katowice 2007, s. 55.

poszczególne państwa prezentują różnorodne rozwiązania – od wprowadzenia zakazu, poprzez milczenie ustawodawcy, aż po jego formalną legalizację³².

Prawo polskie z kolei dopuszcza bierną eutanazję dobrowolną oraz eutanazję pośrednią (w przypadku której podanie pacjentowi środków przeciwbólowych przyczyniających się do przyspieszenia jego zgonu zostanie uznane za *usprawiedliwione* stanem pacjenta i wiedzą medyczną). Pewne przypadki eutanazji czynnej stanowiąc będą względnie łagodnie traktowane przestępstwo, tzw. zabójstwo z litości, inne zaś (niespełniające dość rygorystycznie ujętych przesłanek) – zostaną uznane za zabójstwo. Pomoc w popełnieniu aktu samobójstwa jako taka stanowi przestępstwo; pewne niejasności dotyczą zaś prawnego statusu udzielenia jej w szczególnych okolicznościach (gdy samobójca tego żąda, a pomagający działa pod wpływem współczucia dla ofiary)³³.

Sposoby umierania

Przyjęte powszechnie w dyskusjach nad problematyką eutanazji rozróżnienia pojęciowe – w tym przede wszystkim podział na eutanazję czynną i bierną, pośrednią i bezpośrednią, a także eutanazję dobrowolną i niedobrowolną – stanowią przedmiot wielu sporów i wątpliwości, kwestionujących zarówno użyteczność, jak i moralne znaczenie tychże podziałów³⁴.

Jak zauważa prof. T. Biesaga, *Pojęcie eutanazji staje się coraz bardziej wieloznaczne. Ujawnia to już samo zróżnicowanie terminów. Mówi się o autotanazji, dystanazji, eutanazji, eutanazji ekonomicznej, eugenicznej, neonatalnej, kryptanazji, ortotanazji, itp. Wymienia się eutanazję bierną i czynną, a dalej pośrednią i bezpośrednią, dobrowolną i niedobrowolną, legalną i nielegalną. Mówi się o eutanazji samobójczej, zabójczej, o pomocy w umieraniu, o towarzyszeniu czy asystencji przy śmierci, o towarzyszeniu w samobójstwie, o zabójstwie z litości, itp. Wymienia się też pewną liczbę aktów medycznych przy końcu życia pacjenta, takich jak: 1) podawanie środków usmierzających ból w dawkach, które mogą przyspieszyć zgon; 2) ograniczenie albo zaprzestanie aktywnego leczenia bądź reanimacji; 3) odłączenie urządzeń sztucznie podtrzymujących życie (np. respiratora, sztucznej nerki); 4) towarzyszenie lub pomoc w samobójstwie; 5) iniekcja śmiertelnej substancji. Te wszystkie wysiłki nie kończą dyskusji nad pojęciem eutanazji i etyczną oceną takich działań*³⁵.

Szwajcarski filozof Bernard Beartschi wychodzi z założenia, iż istnieje dziewięć kategorii eutanazji – wynikających z połączenia podziału ze względu na formę czynu z podziałem ze względu na wolę chorego. Stosowaną przez niego klasyfikację przedstawia tabela³⁶.

³² M. Szeroczyńska, op. cit., s. 351.

³³ T. Pietrzykowski, op. cit., s. 80.

³⁴ Ibidem, s. 43.

³⁵ T. Biesaga, *Eutanazja – śmierć godna czy niegodna?*, http://www.mp.pl/etyka/index.php?aid=26181&_tc=094588382210F78F465BB279A1D0E121 (dostęp: 11.03.2013).

³⁶ M. Szeroczyńska, op. cit., s. 39.

Eutanazja bierna	Eutanazja czynna pośrednia	Eutanazja czynna bezpośrednia
dobrowolna	dobrowolna	dobrowolna
niedobrowolna	niedobrowolna	niedobrowolna
wbrew woli chorego	wbrew woli chorego	wbrew woli chorego

Jak widać, eutanazja może przybierać trzy formy: może być dobrowolna, niedobrowolna i wbrew woli pacjenta³⁷.

Stwierdzić zatem wypada, że termin *eutanazja*, który winien kojarzyć się jednoznacznie, niekoniecznie i nie zawsze oznacza *śmierć dobrą*, jako czynność, której efektem jest skrócenie życia nieuleczalnie choremu i dotkliwie cierpiącemu człowiekowi, bądź na jego prośbę – w przypadku osoby znajdującej się w stanie nieodwracalnej utraty przytomności – na życzenie najbliższej rodziny bądź komisji lekarskiej. Prośba taka miałaby być spełniona ze względu na ból nie do zniesienia, godność ludzką, prawo człowieka do samodzielnego decydowania o swojej śmierci albo z litości³⁸.

Przeciwieństwo eutanazji jest nieco bardziej dookreślone. *Dystanazja*, bo o niej mowa, to obrona ludzkiego życia bez prawa do dobrej śmierci. Stanowi ona naruszenie prawa umierającego do godnej i spokojnej śmierci. Ma ona miejsce wówczas, gdy wobec człowieka umierającego stosuje się tzw. terapie uporczywe, tj. takie procedury medyczne, które nie poprawiają w sposób wyraźny jego stanu zdrowia, a jedynie przedłużają agonię, narażając pacjenta na dodatkowe cierpienia oraz wprowadzając niepotrzebny zamęt do ostatnich – tak bardzo cennych chwil jego życia³⁹.

Złotym środkiem wydaje się być *ortotanazja*. Jest to niejako synteza etyczna poszanowania dla ludzkiego życia i prawa do godnej śmierci. Oznacza ona nową kulturę umierania umożliwiającą godne przeżywanie śmierci. O ortotanazji można mówić dopiero wtedy, gdy są spełnione następujące warunki (opieki paliatywnej): 1) *umierający otoczony jest opieką medyczną, aby mu ulżyć w cierpieniu i przedłużyć jego życie*; 2) *śmierć człowieka postrzegana jest jako wydarzenie osobowe*; 3) *umierającemu umożliwia się przeżycie śmierci w sposób świadomy i godny*; 4) *umierający ma zapewnioną opiekę religijną*; 5) *umierający ma zapewnioną terapię przeciwbólową*⁴⁰.

Jedną z najczęściej ostatnio dyskutowanych form umierania jest *eutanazja dobrowolna* – tj. dokonana na życzenie osoby zabijanej. Czasami eutanazja jest niemal nie do odróżnienia od samobójstwa wspomaganego. W *Jeans's Way* Derek Humphry opisuje, jak jego żona Jean, umierająca na raka, poprosiła go o dostarczenie środków, które pozwoliłyby zakończyć jej życie szybko i bezboleśnie. Oboje widzieli, że zbliża się moment ostateczny, i rozmawiali o tym wcześniej. Derek zdobył kilka tabletek i dał Jean, która wzięła je i wkrótce potem zmarła. Dr Jack

³⁷ P. Singer (red.), *Przewodnik...*, op. cit., s. 338.

³⁸ B. Andrzejewski (red.), *Leksykon filozofii. Postaci i pojęcia*, Poznań 2000, s. 150.

³⁹ W. Bołoz, *Współczesne poszukiwania godnej śmierci*, http://www.cecib.uksw.edu.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=100&Itemid=42 (dostęp: 11.03.2013).

⁴⁰ *Ibidem*.

Kevorkian, patolog ze stanu Michigan⁴¹, posunął się o krok dalej, gdy zbudował *maszynę do popełniania samobójstwa*, której zadaniem była pomoc terminalnie chorej osobie w odejściu z tego świata. Eutanazja może być dobrowolna, nawet jeśli człowiek nie jest zdolny, by wyrazić życzenie śmierci tuż przed momentem, gdy tabletki zostaną połknięte, przełącznik przestawiony, a spust pociągnięty. Osoba może, gdy jest zupełnie zdrowa, sporządzić pisemną prośbę o eutanazję, w razie gdyby z powodu wypadku czy choroby stała się niezdolna do wyrażenia decyzji o śmierci, cierpiała z bólu czy była nie w pełni władz umysłowych, i nie byłoby uzasadnionych nadziei na wyzdrowienie. Zabijając osobę, która sporządziła taką prośbę, potwierdziła ją kilkakrotnie i która teraz znajduje się w jednym z opisanych stanów, można by zgodnie z prawdą stwierdzić, że postępuje się za jej zgodą⁴².

Mianem eutanazji dość powszechnie obejmowane jest także udzielenie przez lekarza pomocy pacjentowi w popełnieniu samobójstwa, czego przykładem może być choćby działalność doktora Kevorkiana. W tym wypadku sam pacjent zarówno podejmuje decyzję o zakończeniu życia, jak i wprowadza ją w czyn. Niejednokrotnie może on także nie być fizycznie zdolny do popełnienia samobójstwa, a wówczas jedyną osobą mającą realną możliwość udzielenia mu w tym pomocy jest opiekujący się nim lekarz⁴³.

Eutanazja jest *niedobrowolna*, kiedy skracca się życie osoby, która nie może wybierać pomiędzy życiem i swoją śmiercią, ponieważ jest np. noworodkiem lub nieuleczalnie chorym i upośledzonym człowiekiem, albo przykładowo wskutek wypadku utraciła zdolność podejmowania racjonalnych decyzji, a nie miała możliwości wcześniejszego zasygnalizowania, czy w takich warunkach życzyłaby sobie odejścia⁴⁴.

Swoistą formą eutanazji niedobrowolnej jest *kryptanazja*, która oznacza potajemne odbieranie życia choremu bez jego wiedzy i zgody, a niejednokrotnie także bez wiedzy i zgody osób bliskich – przy czym odbywać się to ma ze względów humanitarnych⁴⁵. Niektórzy noszą przy sobie paszporty chroniące przed eutanazją, tzw. *przepustki do życia*. Mają one potwierdzać, że podpisany nie życzy sobie, aby na nim dokonano aktu eutanazji. Chodzi oczywiście o ochronę przed niedobrowolną eutanazją; aby uniknąć eutanazji dobrowolnej wystarczy o nią nie prosić⁴⁶.

W przypadku, gdy istota ludzka nie jest zdolna zrozumieć wyboru pomiędzy życiem a śmiercią, eutanazja nie jest ani dobrowolna, ani niedobrowolna, ale *adobrowolna*. Do tych, którzy nie są zdolni wyrazić zgody, zaliczają się nieuleczalnie chore czy znacznie niepełnosprawne niemowlęta oraz ludzie, którzy z racji wypadków, chorób czy starszego wieku utracili zdolność do rozumienia kwestii, o którą chodzi, a wcześniej nie prosili o eutanazję, ale i nie odrzucili jej możliwości w takich okolicznościach⁴⁷.

⁴¹ W stanie Michigan samobójstwo wspomagane nie jest sprzeczne z prawem.

⁴² P. Singer, *Etyka praktyczna*, tłum. A. Sagan, Warszawa 2003, s. 171–173.

⁴³ T. Pietrzykowski, op. cit., s. 42–43.

⁴⁴ P. Singer (red.), *Przewodnik...*, op. cit. s. 339.

⁴⁵ B. Andrzejewski (red.), op. cit., 151.

⁴⁶ R. Fenigsen, *Eutanazja. Śmierć z wyboru?*, Poznań 2002, s. 42.

⁴⁷ P. Singer, *Etyka...*, op. cit., s. 174.

Eutanazja jest *wbrew woli chorego*, kiedy dokonuje się jej na osobie, która byłaby w stanie wyrazić zgodę na swoją śmierć lub jej nie wyrazić, ale nie zrobiła tego bądź dlatego, że nie była pytana, bądź dlatego, że pytana była, lecz odmówiła swej zgody. Uważa się, że niektóre szeroko akceptowane praktyki medyczne (jak przepisywanie coraz większych dawek leków przeciwbólowych, które mogą w rezultacie spowodować śmierć pacjenta, lub niezgodnione z pacjentem odmówienie leczenia podtrzymującego życie) są równoznaczne z zastosowaniem eutanazji *wbrew woli pacjenta*⁴⁸.

Panuje powszechna zgoda co do tego, że eutanazję stanowić może również dobrze powstrzymanie się od działania jak działanie. Istnieją przeto dwa sposoby doprowadzenia człowieka do śmierci. Można to zrobić np. przez zaordynowanie śmiertelnego zastrzyku lub można pozwolić mu umrzeć poprzez odmowę czy rezygnację z leczenia. Przypadki pierwszego rodzaju są zazwyczaj określane jako eutanazja *aktywna* lub *pozytywna*, a ściślej – *czynna*; podczas gdy przypadki drugiego rodzaju uważa się często za eutanazję *bierną* lub *negatywną*. Wszystkie wymienione wcześniej trzy rodzaje eutanazji – dobrowolna, niedobrowolna i *wbrew woli pacjenta* – mogą być bierne lub czynne⁴⁹.

Eutanazja bierna jest zazwyczaj rozumiana jako rezygnacja z dalszego leczenia lub przedłużania trwania chorego przy życiu. Chodzi tutaj o te wszystkie wypadki, w których lekarz odstępuje od wykonania czynności mogących zapobiec lub opóźnić śmierć pacjenta, a sama śmierć następuje bezpośrednio w wyniku choroby, na jaką ów pacjent cierpi, nie zaś z powodu interwencji medycznej (a najwyżej wskutek jej braku). Do eutanazji biernej zaliczane są także nieco bardziej drastyczne *po-czynania*, wskutek których następuje przerwanie sztucznego utrzymania pacjenta przy życiu przez odłączenie respiratora, sondy dostarczającej mu pożywienie czy innej aparatury podtrzymującej funkcje życiowe. Przez eutanazję bierną jest więc rozumiane jedynie *przedwczesne zaniechanie* dalszego leczenia, następujące przed wyczerpaniem wszelkich dostępnych *zwykłych* środków terapeutycznych, a zatem wówczas, gdy z punktu widzenia wiedzy medycznej możliwe było jeszcze dalsze podejmowanie prób leczenia lub przynajmniej przedłużania życia chorego kosztem potrzeby wywołania u niego (poprzez niezbędne do tego zabiegi medyczne) dalszych negatywnych i dolegliwych zmian w jego stanie. Nieprzystąpienie do terapii zacieklej lub jej przerwanie nie jest więc, co do zasady, traktowane jako bierna eutanazja, a jedynie jako wyraz bezradności medycyny w obliczu schorzenia i stanu pacjenta. Jednakże, jak widać już z powyższego, pobieżnego opisu, granica między terapią zwykłą a zacieklą jest dość płynna i rozróżnienie to dokonywane jest *in concreto* na podstawie rzetelnej, rozsądnej i probabilistycznej analizy danego przypadku. Bierna eutanazja może mieć oczywiście charakter dobrowolny, niedobrowolny lub przymusowy.⁵⁰

W odróżnieniu od eutanazji biernej, tzw. *eutanazja czynna* nie polega na dopuszczeniu śmierci do pacjenta wskutek zaniechania lub przerwania stoso-

⁴⁸ P. Singer (red.), *Przewodnik...*, op. cit., s. 339.

⁴⁹ Ibidem, s. 339.

⁵⁰ T. Pietrzykowski, op. cit., s. 32–36.

wanej wobec niego terapii, lecz na aktywnym spowodowaniu lub przyspieszeniu przez lekarza jego śmierci. Z tego rodzaju spowodowaniem lub przyspieszeniem śmierci możemy mieć do czynienia w dwóch istotnie różniących się sytuacjach, które zwykło się nazywać eutanazją czynną bezpośrednią i pośrednią. Z eutanazją czynną pośrednią mamy do czynienia wtedy, kiedy doznającemu trudnych do zniesienia cierpień choremu podawane są dla ich uśmierzenia środki przeciwbólowe (analgetyki) takiego rodzaju lub w takiej ilości, że skutkiem ubocznym ich działania może być doprowadzenie do jego wcześniejszego zgonu. Celem działania lekarza jest tu więc przyniesienie ulgi cierpiącej osobie, a nieuniknionym efektem ubocznym jest spowodowanie lub przyspieszenie jej śmierci. Dopuszczalność moralna pośredniej eutanazji czynnej jest usprawiedliwiona tzw. teorią działań o podwójnym skutku. Oczywiście, warunkiem koniecznym takiego działania jest brak jakiegokolwiek innej możliwości ulżenia cierpieniom pacjenta. Musi być ono pozbawione najistotniejszego negatywnego elementu eutanazji czynnej, czyli intencji pozbawienia innej osoby życia. W przypadku bowiem eutanazji czynnej bezpośredniej mamy do czynienia z działalnością lekarza polegającą na świadomym uśmierceniu (bądź przyspieszeniu śmierci) pacjenta. W praktyce najczęściej chodzi o podanie (na ogół za pomocą iniekcji) terminalnie i nieuleczalnie chorej osobie środków mających spowodować jej szybki i bezbolesny zgon. Podobnie jak w wypadku eutanazji biernej, również tutaj można wyróżnić eutanazję dobrowolną, niedobrowolną i przymusową. Z oczywistych względów status eutanazji czynnej przymusowej pozostaje poza wszelką dyskusją. Z etycznego punktu widzenia stanowi ona zabójstwo człowieka, nawet jeżeli motywowane byłoby litością czy współczuciem wobec jego cierpień.⁵¹

Rozpatrując problematykę eutanazji niepodobna pominąć także kwestii dotyczącej rozróżnienia pomiędzy *działaniem i zaniechaniem, zabiciem a przyzwoleniem na śmierć*, czyli tak naprawdę pomiędzy aktywną a bierną eutanazją. Jedna z wiarygodnych propozycji głosi, że przez zabijanie rozumiemy zainicjowanie biegu zdarzeń, konsekwencją których jest zgon. Zgodnie z tym schematem zaordynowanie śmiertelniego zastrzyku byłoby przypadkiem zabicia, podczas gdy niepodłączenie pacjenta do respiratora lub odłączenie go byłoby przykładem zezwolenia na śmierć. W pierwszym przypadku pacjent umiera z powodu uruchomienia przez kogoś biegu zdarzeń. W drugim – ponieważ lekarz nie interweniuje w niespodowodany przez siebie bieg zdarzeń.⁵²

Interwencja medyczna ma bowiem swoje granice; wyraźnie widać to, kiedy porusza się kwestię *zwyczajnych i nadzwyczajnych środków leczenia*. Środek jest odpowiedni (zwyczajny/obowiązkowy), jeśli daje rozsądną nadzieję na przyniesienie korzyści pacjentowi; jest nieodpowiedni (nadzwyczajny/nieobowiązkowy), jeśli tego nie czyni⁵³. Pamiętać przy tym należy, że w grę wchodzi tu także rozróżnienie pomiędzy proporcjonalnymi i nieproporcjonalnymi korzyściami, jakie różni pacjenci mogą odnieść z tego samego sposobu leczenia. To samo postępowanie

⁵¹ Ibidem, s. 39–42.

⁵² P. Singer (red.), *Przewodnik...*, op. cit., s. 340–341.

⁵³ Por.: *Święta Kongregacja Doktryny Wiary*, 1980, s. 9–10.

odniesione do dwóch różnych przypadków, jednego może *przywrócić* do życia, drugiego może życia pozbawić⁵⁴.

Analogicznie (do powyższego przypadku, gdzie to samo działanie może wywołać dwie sprzeczne reakcje) można rozpatrywać specyfikę rozróżnienia między *śmiercią zamierzoną* i *śmiercią przewidywaną* (gdzie jedno działanie może pociągać więcej niż jeden skutek). Jest to bowiem tak naprawdę różnica pomiędzy zamierzonymi skutkami danego działania a przewidywanymi, lecz niezamierzonymi dalszymi jego konsekwencjami i została określona w Zasadzie Podwójnego Skutku (ZPS), która zawdzięcza swoje powstanie św. Tomaszowi z Akwinu, który stosował rozróżnienie pomiędzy zamierzonymi a za ledwie przewidywalnymi skutkami czynów do usprawiedliwienia działania w obronie własnej. Jeżeli zaatakowana przez kogoś osoba zabija agresora, to jej intencją jest samoobrona, a nie spowodowanie jego śmierci (*Summa Theologiae*, II, ii)⁵⁵.

Zakończenie

Jeśli weźmiemy pod uwagę wszelkie możliwe strategie umierania, to wszystkie pasywne sposoby zakończenia życia odsuwają śmierć w czasie. Wprowadzają nie-relevantne czynniki do selekcji tych, którzy umrą. Skoro jesteśmy zdolni przyznać, że naszym celem jest szybka i bezbolesna śmierć, nie powinniśmy pozostawiać go przypadkowi. Jeżeli zaś wybieramy życie, z konieczności musimy je przeżyć. Podejmując zaś decyzję odnośnie wyboru, winniśmy mieć pewność, co do tego, że jest to najlepszy z możliwych wyborów, gdyż może się okazać, że tym razem po raz ostatni stawiamy na szali nasze życie i śmierć⁵⁶.

BIBLIOGRAFIA

- Andrzejewski B. 2000.** (red.), *Leksykon filozofii. Postaci i pojęcia*, Poznań.
- Antonelli F. 1995.** *Oblicza śmierci. Jak kształtować właściwą postawę wobec śmierci?*, tłum. J. Dembska, Kraków.
- Aumonier N., Beignier B., Letellier P. 2003.** *Eutanazja*, tłum. E. Burska, Warszawa.
- Biesaga T.** *Eutanazja – śmierć godna czy niegodna?*, http://www.mp.pl/etyka/index.php?aid=26181&_tc=094588382210F78F465BB279A1D0E121 (dostęp: 11.03.2013).
- Biesaga T. (red.), 2001.** *Podstawy i zastosowania bioetyki*, Kraków.
- Bołoz W.** *Współczesne poszukiwania godnej śmierci*, http://www.cecib.uksw.edu.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=100&Itemid=42 (dostęp: 11.03.2013).
- Bortnowska H. 1980.** *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, Kraków.

⁵⁴ P. Singer, *Przewodnik...*, op. cit., s. 342.

⁵⁵ Ibidem, s. 343–344.

⁵⁶ P. Singer, *Etyka...*, op. cit., s. 203–204.

- Czachorowski M.** *Eutanazja*, <http://ptta.pl/pef/pdf/e/eutanazja.pdf> (dostęp: 11.03.2013).
- Fenigsen R. 2002.** *Eutanazja. Śmierć z wyboru?*, Poznań.
- Gałuszka M., Szewczyk K. 2002.** *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, Warszawa, Łódź.
- Leone S. 2000.** *Śmiertelnie chory*, tłum. M. Zaręba, Kraków.
- J 17, 1-2, w: *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu*, w przekładzie z języków oryginalnych, opracował Zespół Biblistów Polskich z inicjatywy Benedyktynów Tynieckich, Poznań 2000.
- Ochmański W. 2007.** *Eutanazja nie jest alternatywą*, Kraków.
- Osińska K. 1990.** *Refleksje nad etyką lekarską*, Warszawa.
- Pietrzykowski T. 2007.** *Spór o eutanazję. Etyczne problemy prawa*, Katowice.
- Podgórecki J. 1997.** *Kontrowersje etyczne*, Opole.
- Rosiek S. 2002.** *Wymiary śmierci*, Gdańsk.
- Singer P. 2003.** *Etyka praktyczna*, tłum. A. Sagan, Warszawa.
- Singer P. 1997.** *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, tłum. A. Alichniewicz i A. Szczęsna, Warszawa.
- Singer P. (red.). 1998, 2000.** *Przewodnik po etyce*, tłum. (zbiorowe), Warszawa.
- Szeroczyńska M. 2004.** *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Studium prawnoporównawcze*, Kraków.
- Szewczyk K. 2001.** *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, Warszawa-Łódź.
- Święta Kongregacja Doktryny Wiary, 1980.**
- Teichman J. 2002.** *Etyka społeczna*, tłum. A. Gąsior-Niemiec, Warszawa.
- Tokarczyk R. 2002.** *Prawa narodzin, życia i śmierci. Podstawy biojursprudencji*, Kraków
- www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_zl/zjazd7/kel (dostęp: 11.03.2013).

STRESZCZENIE

Śmierć i umieranie stanowią dziś temat tabu. Wykluczaliśmy je z kręgu powszedniej codzienności. Są niepożądane, gdyż skutecznie burzą porządek doczesności. Nastąpiła dewaluacja słów dotyczących krańcowych etapów egzystencji, jednakże sam temat nie traci na aktualności, umieranie jest integralną częścią życia we wszystkich jego przejawach.

W konfrontacji z chorobą – nawet tą śmiertelną – mamy potężny oręż w postaci nauki; we współczesnej sztuce umierania dominują bowiem trendy naukowe. Nauka nie zgadza się na śmierć. Godzi w główną cechę przypisywaną śmierci – nieodwracalność. Nie oznacza to jednak, że podstawową zasadą poszanowania życia jest przedłużanie go za wszelką cenę.

Tym, co diametralnie różni eutanastów od witalistów jest zasada świętości życia, która dla pierwszych jako taka nie istnieje, dla drugich – jest argumentem nadrzędnym i nie podlegającym dyskusji.

SŁOWA KLUCZOWE: życie, śmierć, eutanazja, cierpienie

SUMMARY

Death and dying are taboo today. We excluded them from the circle of everyday everyday life. Are undesirable, because the temporal order effectively storm. There was a devaluation of the words on the end stages of existence, but the same issue is not fading, dying is an integral part of life in all its manifestations. When confronted with the disease – even the deadly powerful weapon we have in the form of science, in the modern art of dying trends dominate scientific fact. Science does not match to the death. It violates the main feature attributed to the death – irreversible. This does not mean, however, that the fundamental principle of respect for life is to extend it at any cost. The thing that is radically different from vitalists eutanastów is the principle of sanctity of life, which for the first as such does not exist, for others – is the overriding argument and not subject to discussion.

KEYWORDS: life, death, euthanasia, suffering