

Gabriela Rauch¹

Problematyka śmierci w ujęciu prawno-etycznym

Streszczenie:

Przedmiotem artykułu jest przedstawienie problemu „umierania”, czyli ostatnich chwil życia człowieka w ujęciu filozoficznym i prawnym. Autorka w swoich rozważaniach koncentruje się głównie na problemie „uporczywej terapii” oraz stawia pytanie o to, co jest źródłem prawa do godnej śmierci, a także jak ten problem jest ujmowany w koncepcjach etycznych, zwłaszcza w etyce chrześcijańskiej.

Słowa kluczowe: śmierć, etyka chrześcijańska, godność, uporczywa terapia

1. Wprowadzenie

Tematyka końca życia jest kwestią szeroką i niezwykle skomplikowaną. Znajduje miejsce w rozważaniach przede wszystkim – ale nie wyłącznie – lekarzy, etyków, reprezentantów nauk społecznych, religii, jak również wymiaru sprawiedliwości. Jest to kwestia tym bardziej ciekawa, że dotyczy wszystkich ludzi razem i każdego człowieka indywidualnie.

Rozważania dotyczące śmierci są niemal tak stare jak ludzkość. Najstarsze odnalezione groby pochodzą sprzed około trzech tysięcy lat, co sugerować może, że już wówczas ludzie myśleli o śmierci rozmyślając o jej aspekcie duchowym. Starożytni zastanawiali się nad tzw. dobrą śmiercią, dla której Kratynos używa określenia *euthanatos*. W Chinach już w VII wieku przed Chrystusem rozróżniano śmierć we właściwym czasie, po osiągnięciu wysokiego wieku (*shou*) oraz śmierć przychodzącą zbyt wczesnie, w młodości (*yao*)². Śmierć jest doświadczeniem uniwersalnym, dlatego można

¹ Autorka jest studentką prawa na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego.

² W. Bauer, *Das Stirnrunzeln des Totenkopfes Über die Paradoxie des Todes in der frühen chinesischen Philosophie* [w:] *Der Tod in den Weltkulturen und Weltreligionen*, red. C. von Barloewen, Frankfurt am Main 2000, S. 309.

dopatrzyć się znamion podobieństwa w rozważaniach tego zagadnienia na różnych szerokościach geograficznych. Zawsze łączy się z bólem, cierpieniem, poczuciem osamotnienia lub zaskoczeniem, że nadeszła właśnie w tym momencie. Jednakże tak samo jak wiele jest typów osobowości, tak wiele jest koncepcji by „dobrze” umrzeć – dla jednych dobra śmierć oznacza śmierć w obecności rodziny i najbliższych, są tacy, którzy wręcz odwrotnie – wolą umierać w samotności, by nie sprawiać innym bólu, dla innych jest to śmierć na wojnie. Wspólnym mianownikiem jest jednak to, że każdy chciałby umrzeć godnie, a pojęcie to rozumiane jest na wiele sposobów.

2.1. Godność ludzka

W artykule 30 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej czytamy: „Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych”. Prawa człowieka w dzisiejszym świecie są gwarantem podstawowych warunków życia i rozwoju, jak i przynajmniej minimum respektu ze strony władz i innych obywateli. Jan Paweł II uważał, że deklaracje rządów i grup społecznych dotyczących praw człowieka rozmijają się jaskrawo z faktami, przede wszystkim w zakresie respektowania prawa do życia każdego człowieka³. Prawa człowieka stały się standardem kulturowym świata zachodniego. Ranga, jaką mają prawa człowieka, sprawia, że nawet najwięksi gracze areny międzynarodowej zaprzeczają ich łamaniu w obawie przed napiętnowaniem ze strony opinii międzynarodowej. Prawa człowieka są ściśle związane z godnością istoty ludzkiej, a związek ten wyraża art. 1 Deklaracji Praw Człowieka i Obywatela mówiąc o tym, że wszystkie istoty ludzkie rodzą się wolne i równe w godności i prawach. Przepis ten znajduje swoje odzwierciedlenie w wielu europejskich konstytucjach, między innymi w cytowanej wyżej Konstytucji RP.

Godność ludzka jako idea nie jest czymś zupełnie nowym. Już w Starym Testamencie dostrzec możemy pośrednio wzmiankę o wyjątkowej pozycji człowieka, jako istoty stworzonej na obraz i podobieństwo Boga. Teksty biblijne zawierają również szereg innych wypowiedzi wskazujących na wysoki status człowieka⁴. Kwestią godności szeroko zajmowali się autorzy starożytni. W średniowieczu tematyka ta była mocno związana z filozofią średniowieczną i teologią partystyczną. Nie można przejść obojętnie nad wkładem Kanta w kwestię godności, którą uważał za wartość absolutną.

Kościół katolicki przywiązuje dużą wagę do godności ludzkiej i praw człowieka. Pojęcie „godność” w dokumentach Soboru Watykańskiego II pojawia się blisko 90 razy. Wedle Konstytucji duszpasterskiej o Kościele w świecie współczesnym godność osoby ludzkiej, jej niezwykłość i dostojeństwo wynikają stąd, że przerasta ona wszystkie rzeczy, które są na Ziemi⁵.

Godność człowieka jest trwale związana z jego wolnością, obejmując wszystkie dziedziny życia człowieka i wszelkie jego relacje: z Bogiem, sobą samym, bliźnimi,

³ W. Bołoz, *Znaczenie godności człowieka w bioetyce*, Bydgoszcz 2013.

⁴ F.J. Mazurek, *Godność osoby ludzkiej podstawą praw człowieka*, Lublin 2001, s. 23.

⁵ *Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym* [w:] *Sobór Watykański II. Konstytucje, dekrety, deklaracje*, Poznań 1968, nr 21.

społecznościami, z florą i fauną. Zdolność zarządzania swą wolnością, jak i kierowania własnym życiem, powiązana jest z rozumną naturą człowieka i posiadaną przez niego wolną wolą. Wynika to głównie z nauczania Kościoła katolickiego, jest jednakże też swego rodzaju standardem i punktem wyjścia w cywilizowanym świecie. Życie jest jednym z najcenniejszych darów od Boga dla człowieka, dlatego istnieje moralny i etyczny obowiązek by je chronić oraz promować. Obowiązek ochrony życia przyjmuje wymiar konstytucyjny poprzez zapis z artykułu 38 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej: „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia”. Zasada ochrony życia w konstytucji wymaga jednakże doprecyzowania i wzmocnienia. Przyjmuje się, że ochrona życia ludzkiego ma charakter jednolity – oznacza to, że każde życie przedstawia taką samą wartość i nie można jej w żaden sposób różnicować⁶. Istnieją projekty postulujące dopisanie do tegoż artykułu zapisu, który mówiłby o ochronie życia od poczęcia do naturalnej śmierci. Kwestie ochrony życia poczętego nie będą poruszane w tym artykule, będzie on traktować głównie o prawie do godnej śmierci w warunkach klinicznych stanów terminalnych pacjentów.

Obowiązek ochrony życia istnieje w stosunku do życia własnego, jak i proporcjonalnie do możliwości odnosi się do ochrony osób trzecich, naturalnym jest zatem, że istnieje odpowiedzialność za życie i zdrowie rodziny, jak i to, że służba medyczna jest odpowiedzialna za życie powierzonych pod ich profesjonalną opiekę pacjentów. Przedstawiciele służb medycznych są gwarantem, czyli osobami, na których spoczywa – wynikający z ustawy, decyzji uprawnionego organu, umowy – prawny, szczególny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi⁷, którym może być przykładowo ciężki uszczerbek na zdrowiu lub śmierć.

Kwestie godności istot ludzkich, jak i etyczności postępowania w sytuacjach kryzysowych są przedmiotem rozważań i sporów już od dawna. Dziś w dobie medykalizacji śmierci, rozwoju wiedzy medycznej i technologii dylemat dotyczący terapii nieprzynoszącej oczekiwanego skutku, terapii daremnej i uporczywej, odżywa i stajemy przed nim na nowo. Ilość i różnorodność zabiegów i leków, do których obecnie mamy powszechny dostęp, zmienia się, co jest zjawiskiem pożądanym, a równocześnie doprowadzającym do zmian w zakresie uznania środków za „zwyczajne” i „nadzwyczajne”.

2.2. Pojęcie „uporczywej terapii”

Termin „uporczywej terapii” nie występuje w języku prawnym. Nie posiada więc swojej jednoznacznej definicji prawniczej. Pojęciem tym posługuje się Kodeks Etyki Lekarskiej, nie jest to jednakże kodeks w znaczeniu *stricte*, a jedynie zbiór zasad etycznych. O uporczywej terapii mówi się natomiast w kontekście prawa medycznego i prawa karnego. 29 czerwca 2008 roku Grupa Robocza ds. etycznych końca życia w ramach projektu badawczego „Granice Terapii Medycznych” jednogłośnie wypracowała następującą definicję uporczywej terapii: „Uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie,

⁶ B. Michalski, *Komentarz do rozdziału XIX. Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu* [w:] *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do artykułów 117–221*, red. A. Wąsek, t. I, Warszawa 2006, s. 147.

⁷ Art. 2 k.k.

wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta”⁸.

Definicja ta powiązana jest ściśle z okresem umierania. Należy jednak przyjrzeć się również terapii podejmowanej wcześniej, którą można określić mianem „terapii nieproporcjonalnej”. Pamiętać bowiem należy, że cel nie zawsze uświęca środki, a określenie terapii jako proporcjonalnej i odpowiedniej zależy będzie od kontekstu klinicznego.

W podejmowaniu decyzji co do sposobów leczenia w praktyce najczęściej problemów sprawia postawa rodziny, która często mimo wszystko będzie chciała podtrzymywać chorego przy życiu. W medycynie paliatywnej leczenie powinno jednak opierać się na zaufaniu grona najbliższych pacjentowi do lekarza. Relacje chory-rodzina-lekarz powinny cechować się wyczuciem i empatią; to na lekarzu ciąży odpowiedzialność za to, by nie dopuścić do terapii uporczywej, a rodzinę zapewnić o tym, że zrobiono wszystko co było w mocy, aby uratować chorego. Lekarz podejmujący decyzję powinien kierować się przede wszystkim dobrem pacjenta, jego wolą (wyrażoną np. w formie coraz popularniejszego testamentu życia). Problemy budzą jednakże przypadki, kiedy pacjent w warunkach dobrowolności i świadomości wyraził sprzeciw wobec interwencji medycznych, a następnie stracił zdolność wyrażania swojego stanowiska na tej płaszczyźnie. Problem polega na tym, że żądanie zaniechania leczenia powinno być aktualne w chwili wystąpienia zagrożenia dla zdrowia, a ponadto jest ono w każdym momencie „odwoływalne”. Przed lekarzem powstaje wówczas dylemat, czy pacjent rzeczywiście podtrzymałby swoją wolę odmowy leczenia? Czy w sytuacji, gdy pacjent jest pozbawiony możliwości samostanowienia, jego wcześniejsze oświadczenia są nadal aktualne? Prawo nie udziela na te pytania jednoznacznej odpowiedzi, opowiadając się raczej za hipotezą wyboru obiektywnego dobra pacjenta. Taką pragmatykę przyjmuje się w przypadku osób, które podjęły próbę samobójczą. Nawet w razie złożenia przez nie jednoznacznych oświadczeń wskazujących na zamiar odebrania sobie życia, lekarz nie jest zwolniony z obowiązku zapobiegania śmierci lub uszczerbkowi na zdrowiu takiej osoby, o ile znajduje się ona w stanie wykluczającym wyrażenie przez nią świadomej i dobrowolnej decyzji o odmowie leczenia. Taki sposób postępowania i interpretacji zakresu obowiązku lekarza (którego zaniechanie może prowadzić do odpowiedzialności karnej) może budzić zasadnicze wątpliwości w przypadku osób, które po złożeniu oświadczenia o odmowie leczenia znalazły się w stanie terminalnym⁹.

W praktyce często lekarze bywają zastraszeni odpowiedzialnością prawnokarną, więc by uniknąć ewentualnych problemów, podejmują uporczywą terapię. Trudnością w kontaktach z rodziną chorego jest również to, że wiele osób postrzega odstąpienie od terapii daremnej jako eutanazję, która ma na celu przyspieszenie zgonu pacjenta, podczas gdy faktycznym celem jest nieprzedłużanie umierania i związanego z nim cierpienia.

⁸ W. Bołoz, *Rezygnacja z uporczywej terapii jako realizacja praw człowieka umierającego*, Medycyna Paliatywna w Praktyce 2008, nr 2 (3), s. 77-78

⁹ Dr hab. Włodzimierz Wróbel, fragment wystąpienia na sympozjum „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej – kiedy lekarz może pozwolić choremu umrzeć?” (Warszawa, 2.04.2009), zorganizowanym przez Medycynę. Praktyczną we współpracy z Towarzystwem Internistów Polskich, Naczelną Izbą Lekarską i American College of Physicians.

2.3. Uporczywa terapia a eutanazja

W tym miejscu zaznaczyć należy różnicę pomiędzy eutanazją a odstąpieniem od uporczywej terapii, jak również zarysować rozróżnienie na eutanazję czynną i bierną. Pojęcia te często są uznawane za tożsame, powodując nieporozumienia i kategoryczny sprzeciw wobec wszystkich trzech działań. O ile eutanazja jest wykroczeniem przeciwko życiu, to odstąpienie od uporczywej terapii, choć przynosi w większości przypadków taki sam skutek, podejmowana jest z motywacji, która nie zasługuje na potępienie. Granica pomiędzy karalnym zabójstwem eutanatycznym a dopuszczalnym odstąpieniem od terapii daremnej przebiega właśnie na poziomie motywacji podejmowanych działań bądź zaniechań. Eutanazja czynna, czyli ta o której myśli większość społeczeństwa słysząc samo hasło „eutanazja”, to najczęściej podanie substancji powodującej zatrzymanie akcji serca lub oddechu w celu zatrzymania funkcji życiowych u chorego, tym samym przyspieszając moment śmierci.

Rozróżnienie pomiędzy eutanazją bierną a odstąpieniem od terapii daremnej, oprócz motywacji, polega również na ocenie stanu klinicznego i prognozowaniu, czy istnieją realne szanse wyleczenia. Eutanazja bierna to bowiem odstąpienie od podejmowania leczenia, które mogłoby doprowadzić do wyleczenia lub przynieść poprawę stanu zdrowia pacjenta z powodu uznania, że życie tego pacjenta jest mniej warte niż życie innych (np. nieleczenie zapalenia płuc u pacjenta z poważnymi wadami wrodzonymi). Wreszcie – odstąpienie od terapii daremnej jest to zaniechanie stosowania leczenia lub wprowadzania nadzwyczajnych działań, gdy szanse powodzenia są znikome, a jedyne co da się osiągnąć to niewielkie przedłużenie długości życia, za które chory zapłaci swoim cierpieniem. Można wówczas odstąpić od leczenia nie zaniechując jednak karmienia, pojenia, zwykłych zabiegów pielęgnacyjnych oraz uśmierzania bólu fizycznego i psychicznego u chorego, o czym mówi również przywołana wcześniej definicja.

Kościół katolicki stanowczo sprzeciwia się eutanazji w obu postaciach, dopuszcza jednakże odstąpienie od terapii daremnej.

2.4. Uporczywa terapia w rozważaniach etycznych

Medycyna na różnych etapach swojego rozwoju dysponowała różnymi środkami leczniczymi, które często były bardzo kosztowne, a nie przynosiły spodziewanej poprawy stanu pacjenta. Ten problem został zauważony nawet przez Hipokratesa, który pisał: „[Lecznictwo] jest nim zupełne uwolnienie osób cierpiących od chorób, od chorób zaś – złagodzenie tych ostrzejszych oraz niepodjęcie leczenia takich chorych, którzy zostali pokonani przez chorobę, przy pełnej świadomości tego, czemu lecznictwo nie jest w stanie podołać”¹⁰. Hipokrates stanął zatem w obronie lekarzy, którzy potępiani byli za niepodjęcie leczenia osób, którym – wedle wiedzy medycznej w danym czasie – nie da się pomóc i uważa takie postępowanie za właściwe.

W XVI wieku hiszpan Dominigo Banez komentując poglądy św. Tomasza z Akwiny w kwestiach obowiązku troski o życie i zdrowie pisał: „Chociaż człowiek winien

¹⁰ Hipokrates, *O sztuce (lekarskiej)* [w:] *Idem, Wybór pism*, tłum. i red. M. Wesoły, t. 1, Warszawa 2008, s. 106.

zachować swe własne życie, nie jest zobowiązany posługiwać się środkami nadzwyczajnymi, ale pospolitym pożywieniem i odzieniem, zwyczajnymi lekarstwami, znosić jakiś przeciętny i zwyczajny ból, nie zaś znosząc nadzwyczajny i straszny ból ani ponosząc nadzwyczajne koszty w stosunku do swojego statusu społecznego”¹¹. Wraz z rozwojem medycyny i cywilizacji w ogóle zmienia się to, co rozumiemy przez środki zwyczajne i nadzwyczajne, samo rozróżnienie nie traci jednak na aktualności. W doktrynie katolickiej i oficjalnych dokumentach Stolicy Apostolskiej używane jest zmodyfikowane rozróżnienie na środki zwyczajne i nadzwyczajne, zwraca się uwagę na subiektywne i obiektywne kryteria kwalifikacji. Do kryteriów obiektywnych należy zaliczyć: naturę środków, ich koszty oraz konsekwencje wynikające z zasady sprawiedliwości; kryteria subiektywne to: konieczność unikania niepokoju i trwogi, przykrości i niewygody oraz szoku psychologicznego związanego ze stosowaniem tych środków. Kryterium podstawowym tego rozróżnienia jest proporcja pomiędzy środkami i celem, który przy ich pomocy chce się osiągnąć¹². By zrozumieć jakąkolwiek wypowiedź Kościoła katolickiego w kwestiach związanych z medycyną należy pamiętać o jednej z fundamentalnych zasad nieredukowalnej wartości ludzkiego życia. Wedle treści dokumentów Kościoła, uporczywość terapii polega na stosowaniu „środków szczególnie wycieńczających i uciążliwych dla chorego, skazujących go na sztucznie przedłużaną agonię”¹³. Takie działanie jest próbą ucieczki od akceptacji nieuchronnej śmierci, co jest swego rodzaju moralnym obowiązkiem. We wspomnianej już encyklice *Evangelium vitae* Jan Paweł II podkreśla aspekt braku adekwatności zabiegów medycznych do realnej sytuacji chorego. Należy je odrzucić, gdy „przestały być współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny”¹⁴. Papież zaznacza, że leczenie się jest moralną powinnością, która powinna być jednak dookreślona w swych granicach *ad causum*. Przewodniczący Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia kard. Javier Lozano Barragán w wywiadzie dla włoskiego dziennika „Corriere della Sera” ujawnił, że przed swoją śmiercią papież Jan Paweł II odmówił przewiezienia do szpitala i dalszej terapii¹⁵. Papież uznał dalsze leczenie za nieproporcjonalne i niepotrzebne. Rezygnując z uporczywej terapii papież potwierdził generalną zgodę Magisterium do odstąpienia od terapii nieprzynoszącej spodziewanych skutków oraz podejmowanych w celu podtrzymania życia, mimo wszystko nie bacząc przy tym na ból, jaki jest odczuwany przez pacjenta.

Ważnym aspektem umierania jest duchowość. Człowiek świadomy przebywania u kresu żywota analizuje swoje życie i szuka oparcia w Bogu. Niewątpliwie życie Jana Pawła II było w pełni poświęcone Bogu, nie dziwi nas zatem zawierzenie się Bogu tuż

¹¹ Cyt. za: P. Aszyk, *Granice leczenia. Etyczny problem odstąpienia od interwencji etycznych*, s. 46.

¹² Papieska Rada Cor Unum, *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających* (27 VII 1981), nr 2.4.2 [w:] *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tarnów 1998, s. 441.

¹³ Papieska Rada ds. Pracowników Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 119 [w:] WTZ, s. 610.

¹⁴ Jan Paweł II, *Encyklika „Evangelium vitae”*, Poznań 1995, s. 130.

¹⁵ <http://www.tvn24.pl/wiadomosci-ze-swiata,2/jan-pawel-ii-odmowil-poddania-sie-leczeniu,36168.html>, 8.08.2018.

przed śmiercią. Zauważalna jest jednak również tendencja do nawróceń w stanach terminalnych. Znanych jest wiele przypadków, gdzie ludzie choćby podający się za ateistów w momencie, gdy jedną nogą znajdują się już w drugim świecie, stwierdzają, że chcą pojednać się z Bogiem i oddać mu w opiekę. Analizując wpływ religii na zdrowie chorych zauważyć można zmiany w kierunku prozdrowotnym, pozytywniejszych wzorców psychospołecznych oraz optymistyczniejszych przekonań. Religijność poprawia umiejętność radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych i wpływa na zmniejszenie smutku, dzięki czemu wzrasta poczucie sensu i dobrostan fizyczny chorego. Nie ma jednak jednoznacznych przesłanek co do tego, jaka forma opieki duchowej może najlepiej złagodzić przykre doznania związane z końcem życia¹⁶. To właśnie z tego powodu tak ważne jest istnienie opieki duchowo-religijnej w szpitalach i hospicjach. Opieka taka jest w Polsce zagwarantowana przez art. 53 Konstytucji oraz Deklarację Praw Pacjenta WHO, która w prawach szczegółowych w pkt 7. głosi: „Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej duchownego wyznawanej przez siebie religii i umożliwienia uczestnictwa w obrzędach religijnych w szpitalu, a w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia powodującego w jego odczuciu zagrożenie życia, aby szpital niezwłocznie zawiadomił wskazane osoby lub instytucje oraz duchownego wyznawanej przez siebie religii i umożliwił z nimi osobisty kontakt” oraz w pkt. 13: „Szpital umożliwia kontakt pacjenta z wybranym przez niego duszpasterzem”. Podobne zapisy znajdziemy też w ustawie o Zakładach Opieki Zdrowotnej czy w ustawie o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, gdzie znajduje się cały rozdział Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej. W Polsce opieka duszpasterska jest obecna w służbie zdrowia, niestety pomimo wysiłków nie zostały opracowane jednolite systemy szkoleń dla kapelanów szpitalnych. W krajach anglosaskich duchowni przed przystąpieniem do udzielania wsparcia na oddziałach medycyny paliatywnej odbierają, oprócz wykształcenia teologicznego, również wykształcenie psychologiczne, jak i muszą zostać specjalnie przeszkoleni terapeutycznie. W terminalnej fazie choroby wsparcie duchowe jest ważne nie tylko wobec chorego, ale również wobec osób pacjentowi najbliższych. Modlitwa u kresu życia staje się „uniwersalnym sakramentem”, szczególnie ważnym dla osób wątpiących i poszukujących. W przypadku osób wierzących ważne powinny być słowa katechizmu Kościoła atolickiego: „Gdy Kościół po raz ostatni wypowiedział nad umierającym chrześcijaninem po raz ostatni wypowiedział słowa przebaczenia i rozgrzeszenia Chrystusa, gdy nazaczył go po raz ostatni umacniającym namaszczeniem i w wiatyku dał mu Chrystusa jako pokarm na drogę, mówi do niego ze spokojną pewnością: duszo chrześcijańska, zejdź z tego świata w imię Boga Ojca wszechmogącego, który Cię stworzył”¹⁷.

Wspomniane wcześniej zostało o tym, że lekarz w kontaktach z rodziną powinien wykazywać się empatią i wyczuciem. Ta sama zasada dotyczy duchownego. Bezsensownym jest spór o to kto – lekarz czy duchowny – powinien bardziej otoczyć troską i psychologicznym wsparciem osoby dotknięte tragedią choroby. Bez wątpienia w praktyce więcej troski od strony duchowej udziela rodzinie i choremu duszpasterz. Wynika

¹⁶ J. Janiszewska, M. Lichodziejewska-Niemierko, *Znaczenie religijności w życiu człowieka chorego*, Polski Merkuriusz Lekarski 2006, t. 21, nr 122, s. 197–200.

¹⁷ *Katechizm Kościoła Katolickiego*, nr 1020.

to jednak ze specyfiki pracy lekarza, który ma przede wszystkim doprowadzić do uratowania życia, tudzież poprawy stanu zdrowia swoich pacjentów. Duchowni w ośrodkach hospitalizacyjnych pełnią nieocenioną rolę, jest to jednak rola uzupełniająca, gdyż lekarze i psychologowie muszą zajmować się większą ilością pacjentów, zatem nie mają możliwości poświęcić rodzinie chorego, jak i samemu choremu tyle czasu, ile by potrzebowali. Wspólnotowe czuwanie i modlitwa w godzinie śmierci są bardzo ważne. Gdy śmierć przychodzi niespodziewanie i nagle, potrzebna jest również obecność duszpasterza po stwierdzeniu zgonu. Modlitwa staje się wówczas swego rodzaju zamknięciem procesu zintensyfikowanej troski o człowieka i równoczesnym przejściem do okresu żałobnego, po którym można wcześniej czy później przejść do „normalnego” życia już bez tej osoby. Opieka pastoralna zaznacza się zatem dłuższym zakresem czasowym niż opieka medyczna, rozpoczynając się zazwyczaj w momencie przekazania informacji o stanie krytycznym pacjenta, i stopniowo wygaszanym, gdy najbliżsi są już w stanie poradzić sobie ze stratą członka rodziny.

3. Podsumowanie

Śmierć jest doświadczeniem spotykającym każdego. Zarówno w aspekcie doświadczeń związanych ze śmiercią znajomych, bliskich osób, jak i tego jedyne i ostatnie w życiu ziemskim doświadczenia własnej śmierci. Myśl o własnej śmierci wywołuje w ludziach mieszane emocje. Z jednej strony pojawia się lęk przed nieznanym – z drugiej, radość zjednania z Bogiem i życia wiecznego. Godność umierania jest kwestią, na którą należy zwracać uwagę szczególnie, gdy śmierć wiąże się z cierpieniem fizycznym. Nie należy ani niepotrzebnie przedłużać umierania, ani przyspieszać go by „pozbyć się problemu”. Z moralno-etycznego punktu widzenia prowadzenie uporczywej terapii, szczególnie bez zgody pacjenta, jest nie do przyjęcia. Sytuacje w jakich jest stawiany codziennie personel medyczny oddziałów paliatywnych nie należą do łatwych w rozstrzygnięciu. Trudno jest podjąć decyzję o niepodejmowaniu kroków by choć odrobinę przedłużyć życie dziecka, jednak jego dobro i to, by nie cierpiało, trzeba czasem przełożyć ponad kolejne dni życia. Kościół katolicki dopuszcza taką możliwość, uwzględniając, że cierpienie jest zadawane bez realnej wizji poprawy stanu zdrowia oraz oddając decyzję o życiu chorego Bogu. Ważnym aspektem śmierci jest wymiar cierpienia, jakie odczuwają osoby najbliższe pacjentowi. Należy ich również, podobnie jak chorego, otoczyć opieką psychologiczną, a gdy tego potrzebują – to też duchową.

Śmierć nie jest zatem jedną chwilą, momentem, po którym wszystko wraca do normy. Jest to proces, który trwa. Jest silnym przeżyciem duchowym, emocjonalnym i psychicznym. Jest procesem, który trwa i który jest odbierany przez każdego indywidualnie. Obecny brak konkretnego uregulowania kwestii możliwości zaniechania terapii uporczywej i niewielka świadomość społeczeństwa w kwestii różnicy pomiędzy zaniechaniem uporczywej terapii a eutanazją prowadzi do wielkich emocji, niepotrzebnego stresu i zbyt wielkiej swobody oceny lekarskiej, które mogą się różnić, utrudniając ocenę, czy śmierć pacjenta spowodowana była dopuszczalnym zaniechaniem uporczywej terapii, czy eutanazją bierną.

* * *

Legal and Ethical Aspects of Death

This article concerns the issue of „dying”, analyzing the last moment of a dying human from legal and philosophical perspective. Author in her thoughts predominantly puts focus about futile medical care. Inquiries are drawn in the search for the source of the right to die and also how this issue is recognized in ethical concepts, in particular in Christian ethics.

Key words: death, Christian ethics, dignity, futile medical care