**EUTANAZJA – PODŁOŻE I SKUTKI**

**EUTANAZJA – PODŁOŻE I SKUTKI. - STANISŁAW WENCELIS. (WYKŁAD DLA KAPELANÓW SZPITALNYCH I DUSZPASTERSTWA SŁUŻBY ZDROWIA PAŹDZIERNIK 2002).**

Stanisław Wencelis

Eutanazja – podłoże i skutki.
(wykład dla kapelanów szpitalnych i duszpasterstwa służby zdrowia październik 2002).

Gdy przeglądałem publikacje na temat eutanazji, które pomogły mi w skonstruowaniu tego wystąpienia, uderzyło mnie zamieszanie pojęciowe wokół tego zjawiska. Nazwa „eutanazja” etymologicznie oznacza dobrą śmierć. Bardziej więc pasowałaby do opieki nad umierającymi, aniżeli do uśmiercania ludzi, czym faktycznie aktualnie jest. Prawna definicja eutanazji funkcjonująca w polskim prawie karnym to zabójstwo człowieka nieuleczalnie chorego na jego żądanie pod wpływem współczucia dla niego. Czyn ten ma status tzw. przestępstwa uprzywilejowanego, tzn. zagrożonego karą znacznie niższą niż zwykłe zabójstwo. Jan Paweł II w encyklice „Evangelium vitae” określa eutanazję jako czyn lub zaniedbanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powodują śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia; należy ją więc rozpatrywać w kontekście intencji oraz zastosowanych metod.

Jednakże tym samym terminem obejmuje się również „skrócenie życia” dzieciom niedorozwiniętym, nieuleczalnie chorym czy też ewentualnie chorym umysłowo, których nieszczęśliwe w naszym pojęciu życie mogłoby trwać wiele lat stając się poważnym ciężarem dla rodziny i społeczeństwa. Co więcej w Niemczech terminem „eutanazja” określa się wielką eksterminację chorych psychicznie przeprowadzoną przez hitlerowców na przełomie lat 30-ych i 40-ych XX wieku. To już zupełne nieporozumienie.Ponadto wokół tego terminu wytworzyło się wiele określeń zawierających słowo „eutanazja” lub jego część – najczęściej znaczeniem swym daleko odbiegające od jego zasadniczej treści. Oto niektóre z nich:• eutanazja czynna i bierna – czynne skrócenie życia, bądź zaniechanie środków proporcjonalnych (dawniej: zwyczajnych); rzecz w tym, że niektórzy używają terminu „eutanazja bierna” do określenia rezygnacji ze stosowania ze środków nadzwyczajnych, co eutanazją nie jest.

\* eutanazja bezpośrednia i pośrednia; bezpośrednia, gdy lekarz podaje jakiś lek z zamiarem przerwania życia – to jest właśnie eutanazja; pośrednia, gdy lekarz podaje lek w celu np. uśmierzenia bólu, ale ze świadomością, że jego działanie może skrócić życie – to eutanazją nie jest.

\* eutanazja dobrowolna i niedobrowolna; dobrowolna to jest ta właściwa, niedobrowolna – uśmiercanie osób starych (np. z demencją), dzieci z wadami rozwojowymi, przewlekle chorych – oczywiście bez ich wiedzy i często bez wiedzy rodziny; Fenigsen nazywał takie postępowanie kryptanazją. Gołym okiem widać, że jest to zwykłe zabójstwo.

\* dystanazja – tak określa się uporczywą terapię, czyli przedłużanie życia za wszelką cenę niezależnie od stanu, szans i cierpień pacjenta, prowadzenie czynności reanimacyjnych i resuscytacyjnych czasami w nieskończoność.

\* ortotanazja – rezygnacja z uporczywej terapii, nieprzedłużanie procesu umierania, co eutanazją nie jest.

Nie mogę się oprzeć wrażeniu, że całe to zamieszanie pojęciowe wokół eutanazji zostało wytworzone celowo, aby osłabić pozycję jej przeciwników przez stworzenie wrażenia, że w gruncie rzeczy dopuszczają oni jakąś formę eutanazji.

Zwolennicy eutanazji w ścisłym tego słowa znaczeniu czyli zabójstwa z litości nieuleczalnie chorego na jego żądanie na poparcie takiego działania wysuwają dwa rodzaje argumentów. Jeden – to współczucie. Człowiek nieuleczalnie, przewlekle chory cierpi, czasami bardzo mocno. To cierpienie go degraduje. Czy jeśli człowiek nie mogąc już znieść tego cierpienia prosi o jego skrócenie przez zadanie bezbolesnej śmierci, wolno tej prośbie odmawiać? Drugim argumentem jest wolność, autonomia człowieka – prawo jednostki do samostanowienia, niezależności, z czego ma wynikać prawo do dysponowania swoim życiem. Jest to sztandarowy postulat liberałów: egzekwowanie wolności jednostki tak długo, dopóki nie narusza to wolności innych, jest podstawowym prawem człowieka. Polemika z tym twierdzeniem mieści się w zakresie filozofii i dlatego nie będę się nią zajmował. Zastrzeżenia w sferze praktycznej można zawrzeć w jednym pytaniu: na ile prośba przewlekle chorego pacjenta o przyspieszenie śmierci jest jego wewnętrzną, samodzielną decyzją, a na ile wynika ona z warunków zewnętrznych mających istotny wpływ na jego samopoczucie?

Odpowiedzią na potrzeby człowieka cierpiącego, terminalnie chorego jest ruch hospicyjny z całym jego bogactwem walki z bólem nie tylko fizycznym, ale i duchowym – zbyt wielkim jak na ramy tego wykładu. Istotne jest jedno. Ta odpowiedź jest na tyle skuteczna, że pacjenci w hospicjach niesłychanie rzadko proszą o przyspieszenie śmierci.

Chciałbym jednak nieco szerzej zająć się problemem dialogu lekarza z pacjentem, ponieważ jest on niedoceniany przez nas, lekarzy, a ma bardzo duże znaczenie dla stanu psychicznego pacjenta ciężko, a zwłaszcza nieuleczalnie chorego.

„Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu podstawowych decyzji lekarskich dotyczących jego stanu zdrowia” głosi pierwsze zdanie art.13 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Implikuje to prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia. Zapewnia mu to zarówno KEL (ciąg dalszy art.13), jak i ustawa o zawodzie lekarza (art.31). W sytuacji, gdy mamy do czynienia ze złym rozpoznaniem i niepomyślnym rokowaniem, Kodeks Etyki Lekarskiej (art.17) i ustawa o zawodzie lekarza (art.31 ust.4) pozwalają ograniczyć przekazanie informacji na ten temat, jeśli lekarz jest przekonany, że może to zaszkodzić choremu. Jest jednak bardzo ważne, żeby pacjentowi nie kłamać. Fałsz utrudnia dalszy kontakt z pacjentem, a jeśli wyjdzie na jaw, pozostawia osad nie do usunięcia. Należy jednak również unikać brutalnej czy bezmyślnej otwartości.

Trzeba pamiętać, że prawda ma walor lekarstwa: należy ją dawkować zależnie od indywidualnych potrzeb i wrażliwości chorego. Prawda ma wiele odcieni od łagodnych do bardzo brutalnych i szorstkich. Do pacjenta trzeba mówić jak najłagodniej, bacznie obserwując ile może znieść. Dlatego ważnym jest ustalenie, czy chory jest zdolny do zrozumienia informacji i jak dużo chce wiedzieć. Najczęstszy błąd, to przekazywanie prawdy „na siłę” bez względu na życzenie chorego. Stopień zapotrzebowania na informację zmienia się na ogół
w zależności od stopnia zaawansowania choroby. Im bardziej zaawansowany jest proces chorobowy, tym mniejsze jest zainteresowanie człowieka cierpiącego przyczyną choroby, a większa koncentracja na poszczególnych objawach.

Czasem boimy się powiedzieć pacjentowi prawdę, żeby nie stracił nadziei, rozumiejąc ją jako nadzieję na wyleczenie. Próbując podtrzymywać tę nierealistyczną w takich sytuacjach nadzieję, a więc mobilizując pacjenta
do walki z chorobą, która jest z góry przegrana, możemy wobec widocznego dla niego postępującego pogarszania samopoczucia narazić go na ciężki stres.
A przecież nierealistyczna nadzieja na wyzdrowienie może być zastąpiona inną nadzieją: na nieśmiertelność duszy, na dobrą opiekę aż do końca, na godne zakończenie życia, na to, że rodzina pacjenta poradzi sobie po jego stracie. Jest prawdziwym kunsztem umiejętność połączenia koniecznego powiedzenia pacjentowi niejednokrotnie trudnej prawdy o jego stanie zdrowia, bo to mu się należy, z wlaniem pacjentowi otuchy i byciem dla niego oparciem.

Myślę, że bardzo ważna jest tu rola kapelanów szpitalnych. W momencie, gdy pacjent dowiaduje się złych wieści o swoim zdrowiu, wali mu się cały jego świat i pomoc duchowa jest mu szczególnie potrzebna. Tymczasem praktyka dowodzi, że kapelani mają bardzo mało czasu. Przebiegają zwykle szybko
z Panem Jezusem sale chorych, najczęściej wczesnym rankiem, podając Go na ogół nieprzygotowanym na Jego przyjęcie ludziom. Nieprzygotowanym, bo świeżo zbudzony ze snu człowiek nie ma czasu, aby w pełni sobie zdać sprawę z tego, kto do niego przychodzi, aby wzbudzić w sobie uczucie miłości
i uwielbienia, by godnie przyjąć Pana. Te doświadczenia przeżywałem osobiście jako pacjent szpitalny.
A wydaje mi się, że szpital, w którym tyle jest ludzkiego cierpienia, ludzie przeżywają swoje wielkie tragedie, jest szczególnie dobrym miejscem dla przyprowadzania synów marnotrawnych do Ojca. Zastanawiam się, czy w tej winnicy nie jest zbyt mało robotników, zwłaszcza że w szpitalu, ci, co oddalili się od Pana, mają już często bardzo mało czasu na powrót.

U pacjenta nieuleczalnie chorego czy umierającego, który odczuwa lęk, napięcie a nawet rozpacz wywołane doświadczaniem intensywnego i przedłużającego się bólu, w kontekście społecznym i kulturowym, w którym trudno jest przyjąć i znosić cierpienie, narasta pokusa wyeliminowania go przez przedwczesne spowodowanie śmierci. Z drugiej strony u osób bliskich choremu może dochodzić do głosu zrozumiała, chociaż źle pojęta, litość, czasem egoistycznie podbarwiona; „nie mogę patrzeć na jego męczarnie” – słyszymy czasem.
Istotnym czynnikiem mającym wpływ na samopoczucie osób przewlekle lub terminalnie chorych są zaburzenia depresyjne. Badania epidemiologiczne wskazują, że co najmniej 10% osób dorosłych co najmniej raz w życiu doznaje zaburzeń nastroju i emocji spełniających kryteria kliniczne depresji. W wieku podeszłym liczba ta wzrasta dwukrotnie, a w niektórych chorobach somatycznych rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych sięga 50%; w chorobach nieuleczalnych jest jeszcze większe. Myśli i zamiary samobójcze są częścią obrazu klinicznego depresji. Tu może więc mieć źródło większość próśb o eutanazję. Tymczasem depresję można leczyć, a efektem leczenia jest m.in. porzucenie zamiarów samobójczych.

Najważniejszym czynnikiem w walce z eutanazją jest dobra opieka terminalna. Polski Kodeks Etyki Lekarskiej zakazując eutanazji (art.31) nakazuje lekarzowi dołożenie wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. „Lekarz do końca winien łagodzić cierpienia chorego w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia” (art.30). Nie ma on jednak obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych (art.32).

Jest to zgodne z zapisami w encyklice „Evangelium vitae” i w „Karcie pracowników służby zdrowia” opublikowanej w 1995 r. przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Pisze Jan Paweł II: „W takich sytuacjach, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwałe i bolesne przedłużenie życia, nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach. [...] Należy ... ocenić, czy stosowane środki lecznicze są obiektywnie proporcjonalne do przewidywanej poprawy zdrowia. Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci” (Evangelium Vitae). „W zależności od sytuacji chorego można uznać za zwyczajne te zabiegi, w których zachodzi relacja odpowiedniej proporcji miedzy zastosowanymi środkami i osiągniętym celem. Gdzie nie zachodzi proporcjonalność, zabiegi należy uznać za nadzwyczajne [.....] Zawsze wolno uznać za wystarczające środki powszechnie stosowane. Dlatego nie można nikomu nakazywać zastosowania takiego sposobu leczenia, który – chociaż jest już stosowany – nie wyklucza jednak niebezpieczeństwa albo jest zbyt uciążliwy” (Karta Pracowników Służby Zdrowia). Daje to lekarzowi swobodę w ocenie tych środków w zależności od sytuacji. Gdy niemożliwe jest wyleczenie, to nigdy nie można odmówić opieki. Dokument Papieskiej Rady „Cor Unum” naucza, że „pozostaje [...] obowiązek stosowania środków tzw. minimalnych, tych, które są przeznaczone normalnie i w zwykłych warunkach do podtrzymywania życia”. Wśród nich na pierwszym miejscu wymieniane jest odżywianie – w tym, odżywianie sztuczne. Przykładem rezygnacji z leczenia nieproporcjonalnego jest rezygnacja z leczenia onkologicznego, jeśli niewielkie przedłużenie życia miałoby być okupione dodatkowymi cierpieniami związanymi z jego działaniem ubocznym.

Ilustracją różnicy między eutanazją a rezygnacją z uporczywej terapii mogą być dwie głośne sprawy, jakie z początkiem tego roku toczyły się przed sądami brytyjskimi. W pierwszej z nich p. Diana Pretty – pacjentka z postępującymi porażeniami mięśniowymi z powodu choroby neuronu ruchowego (Motor neuron disesase) – bez możliwości połykania i mówienia, porozumiewająca się przy pomocy komputera domagała się od brytyjskiego sądu zapewnienia bezkarności jej mężowi, który miał jej dopomóc w popełnieniu samobójstwa przez wstrzyknięcie trucizny. Sąd odmówił, argumentując, że byłoby to zezwolenie na eutanazję, która jest w Wielkiej Brytanii zakazana. Pani Pretty odwołała się do Trybunału Europejskiego w Strassburgu, który podtrzymał decyzję sądu brytyjskiego.

W drugiej sprawie pani B. (takiego inicjału użyli dziennikarze) również z ogólnymi porażeniem mięśniowym od szyi w dół łącznie z porażeniem mięśni oddechowych po udarze rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym, podłączona do respiratora, po przeprowadzonej operacji była przytomna i mogła mówić. Pacjentka po zapoznaniu się z opinią lekarzy, którzy dawali jej 1% szans poprawy zażądała odłączenia respiratora. Lekarze leczący odmówili. Wezwali do konsultacji psychiatrów, którzy początkowo uznali decyzję pacjentki, ale potem się z tego wycofali i zapisali jej leki antydepresyjne. Pacjentka odwołała się do sądu. Przedmiotem sporu między lekarzami leczącymi a adwokatem pacjentki była umysłowa zdolność pacjentki do przerwania leczenia
i zakończenia życia. Sąd nakazał spełnić jej życzenie. Wywołało to protesty niektórych środowisk, które twierdziły, że w tym wypadku sąd brytyjski zgodził się na eutanazję. Tymczasem nie była to eutanazja. Sąd po prostu uszanował podmiotowość pacjentki i jej prawo do wyrażenia zgody lub nie na proponowane metody leczenia. Pacjentka miała dość cierpień, z jakimi wiązało się sztuczne przedłużanie życia i miała prawo się do cofnięcia zgody na dalsze prowadzenie oddechu wspomaganego. Z drugiej strony nie dziwię się brytyjskim kolegom, że wzdragali się wyłączyć respirator i brać na siebie odpowiedzialność za śmierć pacjentki.
Jednym z najważniejszych elementów leczenia paliatywnego jest leczenie przeciwbólowe.

W encyklice „Evangelium vitae” czytamy: „Już Pius XII stwierdził, że jest dozwolone uśmierzanie bólu za pomocą narkotyków, nawet gdy w konsekwencji prowadzi to do ograniczenia świadomości i skrócenia życia, jeśli nie istnieją inne środki i jeśli w danych okolicznościach nie przeszkadza to w wypełnieniu innych powinności religijnych i moralnych.
W takim przypadku bowiem nie pragnie się śmierci i nie dąży do niej, choć z uzasadnionych przyczyn dopuszcza się ryzyko śmierci: pragnie się jedynie złagodzić ból, stosując środki przeciwbólowe udostępnione przez medycynę”. Nie należy jednak pozbawiać umierającego świadomości bez poważnych przyczyn. Powinien on bowiem w obliczu zbliżającej się śmierci mieć możliwość wypełnienia swoich obowiązków moralnych, a przede wszystkim pojednania z Bogiem.

„Poczyniwszy te rozróżnienia, w zgodzie z Magisterium moich Poprzedników i w komunii z Biskupami Kościoła Katolickiego, potwierdzam, że eutanazja jest poważnym naruszeniem Prawa Bożego jako moralnie niedopuszczalne dobrowolne zabójstwo osoby ludzkiej” (Evangelium Vitae).
Przerażające następstwa społecznego przyzwolenia na eutanazję najlepiej charakteryzuje Fenigsen w swej książce „Eutanazja. Śmierć z wyboru?”. Nieuchronne jest przejście od eutanazji dobrowolnej do niedobrowolnej, bo przecież w pojęciu jej zwolenników, jakże wielu jest ludzi, którzy nie potrafią z różnych przyczyn poprosić o łaskę „dobrej śmierci”. Są niedorozwinięci umysłowo, bądź starzy, bądź otępiali, bądź też są niemowlętami z widocznymi wadami rozwojowymi. Tym wszystkim „eutanaści” chcą „nieść pomoc” i niosą ją w uwolnieniu się od cierpień przez unicestwienie.

Główna przesłanką podjęcia decyzji o eutanazji, która jest tu w istocie rzeczy eksterminacją, jest tzw. niska jakość życia, w istocie zaś – przesłanki ekonomiczne (koszta opieki). Żąda tego najczęściej rodzina lub opiekunowie osób niepełnosprawnych, ale niekoniecznie. Z raportu holenderskiej Komisji Rządowej w sprawie eutanazji wynika, że na początku lat 90-ych zdarzało się tam rocznie 14691 przypadków niedobrowolnej eutanazji. Nie obejmuje ona liczby zgładzonych w ten sposób noworodków, dzieci i pacjentów psychiatrycznych. Ujęci w raporcie to są przewlekle chorzy, których aktywnie uśmiercono bez ich zgody lub z zamiarem uśmiercenia wstrzyknięto nadmierne dawki morfiny albo też bez uzgodnienia z nimi zaniechano ich leczenia, bądź leczenie to przerwano. Byli to w 14% pacjenci w pełni władz umysłowych. W wielu przypadkach działo się to bez wiedzy i zgody rodziny. Do najczęściej wymienianych powodów takiego postępowania należały „niedostateczna jakość życia”, „brak szans poprawy stanu” a także „rodzina nie mogła już tego znieść”.

A przecież „zgodę” uzyskać jest bardzo łatwo. Wystarczy skrupulatnie zrealizować prawo pacjenta do informacji, samo w sobie słuszne, które Europie Zachodniej jest teraz swego rodzaju fetyszem (zgodnie z zasadą, że chory musi znać całą prawdę i tę prawdę zaakceptować) i z kamienną twarzą „bezstronnego eksperta” poinformować pacjenta, że ma raka, tyle a tyle przerzutów i ma jeszcze przed sobą, powiedzmy, kilka miesięcy życia w cierpieniu. Gdy prawie nieuchronnym efektem tak podanej informacji staje się depresja z myślami o samobójstwie, takie życzenie jest spełniane.

Zalegalizowanie i stosowanie w praktyce eutanazji wiąże się z włączeniem lekarzy do procesu pozbawiania życia. Pociąga to za sobą nieuchronne obniżenie skrupulatności i staranności postępowania u lekarzy uprawiających eutanazję. No bo po co się męczyć? A oto sumaryczna lista negatywnych skutków społecznych eutanazji przytoczona za Joanną Petry-Mroczkowską („Więź” nr.2 z 1999 r.).

1. Mniejszy nacisk na poprawę leczenia czy uśmierzania bólu.
2. Utrata nadziei przez pacjentów.
3. Wzrost strachu przed szpitalem i lekarzami.
4. Trudności w nadzorze nad eutanazją. Korzyści z eutanazji mogą mieć miejsce w przypadku dużego majątku umierającego, błędów lekarza, który stara się je ukryć, wygasania ubezpieczenia pacjenta.
5. Naciski na pacjenta, by nie obciążał rodziny i społeczeństwa.
6. Nacisk ruchu na lekarzy. Chęć pacjenta, żeby nie obciążać rodziny. W pewnym wieku człowiek czułby się niezręcznie, że jeszcze żyje.
7. Niebezpieczeństwo akceptacji społecznej pozbawiania życia. Jak patrzylibyśmy później na morderców? Jak na terrorystów, którzy uzasadniają zabijanie względami politycznymi?
8. Zaistnienie tzw. śliskiego zbocza – coraz łatwiejszego usprawiedliwiania eksterminacji.
9. Koszty i korzyści finansowe. Eutanazja jest tania i wydatnie redukuje koszty opieki nad chorymi.

Piśmiennictwo.

1. Ks. Antoni Bartoszek: „Człowiek w obliczu cierpienia i umierania”. Księgarnia św. Jacka Katowice 2000.
2. Ryszard Fenigsen: „Eutanazja. Śmierć z wyboru?” wyd. „W drodze” Poznań 1994.
3. Jan Paweł II: Encyklika „Evangelium vitae”.
4. Witold Jacórzyński: „Przyzwolenie na eutanazję w świetle etyki” w: M. Siwiak-Kobayashi i S. Leder (red.) „Psychiatria i Etyka” Bibl. Psychiatrii Polskiej Kraków 1995.
5. „Karta pracowników służby zdrowia”. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Watykan 1995.
6. Władysław Nasiłowski: „Dystanazja jako problem prawny i medyczny”. Zesz. Nauk. Nr.6 Katedry i Zakł. Med. Sąd. Śl.A.M. Katowice 1998
7. Joanna Petry-Mroczkowska: „ czy szansa godnego umierania”. Więź nr.2(483) luty 1999 str.35-49.
8. Stanisław Purzyński: „Eutanazja i psychiatria”. Psych. Pol. 2000 nr.4
9. Krystyna de Walden-Gałuszko: „Problemy komunikacji” w: K. De Walden-Gałuszko (red.) „Psychoonkologia” Bibl. Psychiatrii Polskiej Kraków 2000.
10. Stephen Wiliams: „Etyczne i teologiczne aspekty eutanazji” w: M. Siwiak-Kobayashi (red.) „Psychiatria i Etyka” Bibl. Psychiatrii Polskiej” Kraków 1995.