**LEKARZE O EUTANAZJI**

**LEKARZE O EUTANAZJI**

W dniu 25 maja 2002 r. w Auli Papieskiej Jana Pawła II na Jasnej Górze w Częstochowie odbyła się IV Krajowa Konferencja Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich (KSLP) na temat: "LEKARZE O EUTANAZJI". Honorowy Patronat objęli: Jego Eminencja Ks. Józef Kardynał Glemp, Prymas Polski oraz Dr Konstanty Radziwiłł, Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Eutanazja, czyli tzw. dobra śmierć, która w praktyce oznacza przyspieszenie lub niezapobieganie śmierci, mające skrócić cierpienia, zazwyczaj dokonywana jest na życzenie chorego. W praktyce jednak, szczególnie w Holandii, gdzie została niedawno zalegalizowana, a tolerowana jest od około 30 lat, może stawać się wstępem i zachętą do realizowania większych nadużyć i odbywa się niekiedy niedobrowolnie. Eutanazja nie jest tylko problemem historycznym, bez większego znaczenia dzisiaj. Nie jest też tylko przedmiotem zainteresowania dość wąskiego grona lekarzy, pielęgniarek i osób zajmujących się bioetyką. Dotyczy nas wszystkich, bo wszyscy prędzej czy później stajemy w obliczu śmierci kogoś bliskiego – z rodziny, z naszego kręgu przyjaciół; prędzej czy później każdy z nas stanie w obliczu własnej śmierci.

W czasach współczesnych została wprowadzona instytucjonalnie w Trzeciej Rzeszy Niemieckiej i po upadku nazizmu w tym kraju – zdelegalizowana. W dzisiejszej Holandii praktycznie stosuje się ją od lat siedemdziesiątych XX w. Cechą charakterystyczną „rozwiązania holenderskiego” jest eutanazja niedobrowolna, dokonywana poza świadomością chorego. We współczesnym świecie propaganda zmierzająca do legalizacji eutanazji zatacza coraz szersze kręgi. Najbardziej spektakularne są wydarzenia w Australii i USA. W ostatnich latach rozpoczęto debatę w Austrii i Hiszpanii. Mówi się, że Niemcy, którzy otrząsają się już z kilkudziesięcioletniego kompleksu lat trzydziestych i II wojny światowej, są gotowi do ewentualnego ponownego zaakceptowania eutanazji. Sytuacja przypomina stan sprzed około trzydziestu laty, kiedy Holendrzy uważali, że mogą przyjąć eutanazję, ponieważ są wolni od „kompleksu nazizmu”, z którym się ona poprzednio kojarzyła. Dotychczas wydawało się, że zagadnienia eutanazji są odległe od naszego kraju i problem ten nie ma u nas większego znaczenia. Okazuje się jednak, że być może tak nie jest. W maju 2002 r. dokonano legalizacji eutanazji w drugim z kolei kraju na świecie i w drugim w Europie – w Belgii.

Czy znajdą się ludzie gotowi do forsowania eutanazji w Polsce? – trudno przewidzieć. Z pewnością jednak nasze doświadczenia ze sztucznymi poronieniami, które mogą być nazwane „eutanazją przed urodzeniem”, a zwłaszcza ich masowość w niedalekiej przeszłości, budzą niepokój, że zamach na „drugi biegun życia”, jakim jest naturalna śmierć, może nie ominąć również naszego kraju. Publikowane współcześnie sondaże opinii publicznej wykazują, że eutanazję może popierać spora część mieszkańców Polski, a ostatnie inicjatywy legislacyjne budzą niepokój, że sprawa „dobrej śmierci” może dotyczyć również naszego kraju. W ostatnich dniach 2001 r., 20 grudnia, Prezydent RP Aleksander Kwaśniewski wystosował pismo do Marszałka Sejmu RP IV kadencji, Marka Borowskiego, w którym przedstawia Sejmowi projekt nowelizacji kodeksu karnego, a szczególnie jego artykułu 151, który w obecnie obowiązującym Kodeksie brzmi: „Kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza czlowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”. Przedstawiony przez Kancelarię Prezydenta RP projekt Ustawy o zmianie ustawy - Kodeks karny [...], której uchwalenie planuje się na 2002 r., zakłada zmianę w art. 151: dotychczasową treść oznacza się jako par. 1 i dodaje się par. 2 w brzmieniu: „Par. 2. W wyjątkowych, szczególnie uzasadnionych wypadkach sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia”.

A zatem projekt nowelizacji Kodeksu Karnego, który wyszedł na przełomie 2001 i 2002 r. z Kancelarii Prezydenta RP, umacnia niepokój, że próba legalizacji eutanazji może dotyczyć również naszego kraju. Środowisko lekarskie, jako pierwsze, stanie wobec konieczności opowiedzenia się „za życiem” czy „przeciw życiu”. Tym zagadnieniom poświęcono IV Krajową Konferencję KSLP „Lekarze o eutanazji”.

Kościół sprzeciwia się eutanazji, podobnie jak sztucznym poronieniom, uważając, że jedynym i absolutnym Panem życia jest Bóg, a człowiek jest tylko jego użytkownikiem. W swoim przesłaniu do uczestników Konferencji J. Em. Ks. Kard. Józef Glemp, Prymas Polski, rozwinął ten temat. Kardynał uznał, że obrona człowieka przed eutanazją jest tematem ważnym i aktualnym w niektórych państwach, a w naszym kraju jest również dyskutowana i skłania do głębokiej refleksji nad świętością życia ludzkiego u jego kresu. Prymas przypomniał słowa Ojca Świętego Jana Pawła II, który w adhortacji apostolskiej Christifideles laici naucza, że istocie ludzkiej przysługuje prawo do życia „we wszystkich fazach jej rozwoju, od chwili poczęcia do naturalnej śmierci, i we wszelkich warunkach, a więc niezależnie od tego, czy jest zdrowa czy chora, w pełni sprawna czy upośledzona, bogata czy biedna” (ChL 38). Kard. Glemp zauważył, że kilka dni wcześniej było święto Zesłania Ducha Świętego, który zalęknionym apostołom dodał odwagi w głoszeniu prawdy Ewangelii, która od tamtych czasów niemal zawsze spotyka się z oporem tego świata. Przesłał zebranym życzenia i błogosławieństwo, by Duch Święty także Was umacniał.

Doświadczenia amerykańskie, znane w Polsce między innymi dzięki przekazom urodzonego w naszym kraju lekarza, Ryszarda Fenigsena (jego książka pt. Eutanazja. Śmierć z wyboru? oraz inne publikacje i wykłady) wskazują, że zawsze i wszędzie, a szczególnie w państwach demokratycznych, można i zawsze warto walczyć o prawną ochronę życia ludzkiego, zarówno u jego początków, jak i u kresu, jakim jest śmierć człowieka. Jak relacjonował niżej podpisany o sytuacji prawnej dotyczącej eutanazji w różnych krajach, w ujęciu historycznym i w czasach współczesnych, ważny jest głos każdego środowiska. Z pewnością zdanie samorządu lekarskiego ma w tej sprawie znaczenie zasadnicze. Dlatego z najwyższą uwagą wysłuchano wystąpienia dra Konstantego Radziwiłła, Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL), które odebrano jako współczesne stanowisko NRL. Sprawa eutanazji obecna jest wśród dylematów lekarskich od zarania medycyny – mówił dr Radziwiłł. W ciągu dwóch i pół tysiąclecia współczesnej medycyny lekarze rozwiązywali ten dylemat jednoznacznie: skrócenie życia choremu bez względu na intencje oraz okoliczności jest niedopuszczalne. Dopiero wiek dwudziesty diametralnie zmienił sytuację w tym obszarze. Najpierw totalitaryzm, potem zaś konsumpcjonizm, a wreszcie coraz bardziej popularny utylitaryzm ze swoim wartościowaniem życia ludzkiego utorowały drogę do przyjęcia tezy, iż eutanazja jest już nie tylko mniejszym złem, ale zgoła wybawieniem dla rzesz ludzi cierpiących. I mimo że w Polsce zarówno prawo powszechne, jak i Kodeks Etyki Lekarskiej nie dopuszczają możliwości skracania życia chorym, a w kraju bądź co bądź katolickim negatywne stanowisko Kościoła w tej sprawie jest znane, to coraz większe rzesze ludzi, podsycane niewątpliwie postawą środków masowego przekazu sprzyjają myśli, że może eutanazja nie jest znowu takim barbarzyństwem, a ludzie, którzy nie chcą jej legalizacji, są może po prostu nienowocześni. Zwolennicy dopuszczalności eutanazji podkreślają, że daje ona każdemu możliwość wyboru, a wszelkie próby decydowania za innych są przejawem nietolerancji. Takie zarzuty mają w dzisiejszych czasach wielki kaliber i już od początku stawiają przeciwników eutanazji w niekorzystnym świetle jako wrogów postępu i humanizmu. Stąd właśnie tak istotne są słowa, które wypowiedział prymas Belgii kardynał Daneels w maju 2002 r., gdy parlament tego kraju uchwalał ustawę umożliwiającą stosowanie eutanazji. Mówił on: „My nie jesteśmy przeciw eutanazji; jesteśmy za życiem”. Ukazywanie afirmacji życia bez względu na jego jakość jest bowiem podstawą opowiedzenia się właśnie po stronie człowieka chorego, cierpiącego i beznadziejnie smutnego. Człowiek taki potrzebuje przede wszystkim drugiego człowieka i jego pomocy. Kto, jeśli nie lekarze, najlepiej rozumie tę potrzebę. Dopiero gdy nikt nie przychodzi z pomocą, człowiek cierpiący zaczyna myśleć o odejściu jako najlepszym rozwiązaniu beznadziejnej sytuacji. Wielkie wyzwanie, jakim jest dla lekarzy coraz większa liczba chorych, którzy przeżywają na ich oczach kryzys sensu życia z jednej strony, a ogromne możliwości przynoszenia ulgi w każdym praktycznie cierpieniu, jakie niesie ze sobą postęp w naukach medycznych z drugiej strony, stawia całe środowisko i każdego z nas z osobna w zupełnie nowej sytuacji – kontynuował prezes NRL. Jako naturalny przedstawiciel interesu ludzi chorych środowisko lekarskie musi tak wpływać na opinię publiczną, aby wyjaśnić, jak wielkie niebezpieczeństwa dla ludzkości niesie za sobą przyjęcie, że w pewnych okolicznościach możliwe jest uznanie życia człowieka za bezwartościowe. Tak długo bowiem, jak lekarz będzie przyjacielem chorego, a aby ulżyć mu w cierpieniu, użyje całej nowoczesnej wiedzy medycznej w tym zakresie, będzie on najlepszym lobbystą przeciw eutanazji. Warto w tym miejscu dodać także aspekt ewentualnej legalizacji eutanazji, który jest szczególnie bolesny dla wielu lekarzy. Otóż przyjęcie możliwości skorzystania z eutanazji jako prawa człowieka chorego może doprowadzić do sytuacji, w której dojdzie do wywierania niedopuszczalnego nacisku na lekarzy, którzy się jej sprzeciwiają, i prób łamania ich sumień, – mówił dr Radziwiłł. Dodał, że Naczelna Rada Lekarska w wielu deklaracjach, w tym w stanowisku przyjętym ostatnio z okazji Światowego Dnia Chorego 2002 r., opowiada się jednoznacznie za obowiązkiem poszanowania życia człowieka aż do naturalnej jego śmierci. Myślę także, że przytłaczająca większość polskich lekarzy podziela ten pogląd i w praktyce go stosuje – zakończył prezes NRL.

Cierpienie należy do istotnego wymiaru człowieka. Jest zjawiskiem powszechnym. Dotyczy bowiem nie tylko ludzi, lecz także zwierząt i roślin. Dlatego problem cierpienia intrygował ludzkość od zarania dziejów. Podejmowali go filozofowie, teologowie, uczeni, ludzie prości, a przede wszystkim chorzy. Ten fakt właśnie zmusza każdego z nas do podjęcia refleksji nad istotą i sensem cierpienia. Nie tylko wtedy, gdy człowiek się z nim zetknie bezpośrednio, jako swoistym doświadczeniem, które zawsze zaskakuje i przychodzi w czasie najmniej oczekiwanym. Dla chrześcijanina cierpienie staje się także środkiem, przez który Chrystus dokonał dzieła Odkupienia świata. Dlatego chrześcijanie od stuleci organizowali przytułki, szpitale i inne instytucje charytatywne, zaspokajające potrzeby materialne i duchowe chorych. Krajowy duszpasterz służby zdrowia ks. Józef Jachimczak CM w swoim referacie pt. „Chrześcijański sens cierpienia” przekazał, że spotykając się jako kapłan z chorymi w domach i w szpitalu, słyszy często pytania: Jaki sens ma cierpienie? Jaką zająć postawę względem Boga, człowieka, świata i własnego cierpienia? Jaką postawę winien zająć człowiek wobec chorego?

Niżej podpisany uważa, że brak poczucia sensu cierpienia jest wyrazem głębokiego kryzysu współczesnego świata i stanowi problem kluczowy w akceptowaniu eutanzji. Zostaje ona przyjmowana przez współczesnego człowieka, który nie rozumie sensu i nie widzi potrzeby kontynuowania cierpienia, które nie przedstawia w jego oczach żadnej wartości. Zatem przerwanie życia, jako uwolnienie od cierpienia, staje się wartością pozytywną, nadając zbrodni rangę czynu szlachetnego.

Prof. Irena Jabłońska-Kaszewska, wybitny hepatolog z Gdańska, która obok dra med. Szczepana Cofty z Poznania poprowadziła pierwszą z dwóch roboczych sesji Konferencji, uważa, że problem ochrony prawnej naturalnego końca życia ludzkiego zaczyna gwałtownie narastać, gdyż propaganda zmierzająca do legalizacji eutanazji zatacza coraz szersze kręgi, również w Polsce. W Stanach Zjednoczonych i na zachodzie Europy toczą się w telewizji, radiu i prasie dyskusje wśród prawników, bioetyków i lekarzy na temat legalizacji eutanazji. Zaniepokojenie budzi fakt, że również w polskich mediach pojawiają się coraz liczniej dyskusje i sondaże akceptujące eutanazję. Wydaje się, że wynika to z braku uzyskania pełnej informacji o eutanazji przez wielu ludzi, także w naszym kraju. Z sondaży opinii publicznych wynika, że na pytania dotyczące życia i śmierci zdrowi, młodzi ludzie odpowiadają z większą lekkomyślnością niż chorzy i w podeszłym wieku. Prof. Jabłońska-Kaszewska powiedziała, że bezprecedensowy wyłom moralny, jaki dokonał się w dziejach cywilizacji zachodniej przez usankcjonowanie w Holandii prawa lekarza do decydowania o końcu życia człowieka, godzi w podstawy etyki lekarskiej obowiązującej od dwu tysięcy czterystu lat. Przez wieki bowiem obowiązywał lekarzy wszystkich kontynentów kodeks etyczny greckiego lekarza Hipokratesa, którego główną zasadą obowiązującą do dzisiaj, mimo różnych modyfikacji, są następujące słowa: „Będę stosował zabiegi lecznicze wedle mych możności i zdolności ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy. Nikomu, nawet na żądanie, nie podam śmiercionośnej trucizny ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewieście środka na poronienie”.

Cierpienie to nie tylko ból fizyczny, ale także ból pytań egzystencjalnych pozostających bez odpowiedzi. Wśród najdotkliwszych dolegliwości, oprócz bólu i osłabienia, jest lęk. Jednakże nie tyle przed śmiercia, ile przed utratą niezależności (funkcja ciała), możliwości działania, utratą przyjaciół, utratą piękna. Jeden z wykładowców na Konferencji, prof. Jacek Łuczak, na sympozjum dotyczącym eutanazji na KUL (Lublin, 22-23. 03. 1996) uznał, że winą za utratę chęci życia, a nawet żądanie eutanazji, należy obciążyć lekarzy, którzy nie dość skutecznie uśmierzają ból. Ale nie tylko ból odbiera chorym terminalnym chęć życia. Czują się oni balastem, brakuje im więzi z otoczeniem. Tracą zatem wiarę w sens życia. Większe zaangażowanie lekarzy i rodziny w łagodzenie bólu fizycznego i cierpień duchowych umierającego człowieka w dużej mierze usunie przyczyny decyzji tak radykalnej, jak prośba o śmierć.

Z drugiej strony dr med. Rafał Michalik w swoim referacie „Śmierć w życiu człowieka” podkreślił, że w zatłoczonych metropoliach o nieludzkiej architekturze człowiek jest sam, szerzy się depresja (do 20% populacji), funkcje rodziny związane z początkiem i końcem życia są osłabiane lub zanikają. Już nie rodzimy się i nie umieramy w domu. Śmierć została „oddana” szeregowi zawodów zwróconych ku śmierci: lekarzy, pielęgniarek, pracowników prosektur, służb socjalnych, duchownych, kapelanów, grabarzy i przedsiębiorców pogrzebowych, policji i innych. Ma to szereg groźnych konsekwencji społecznych, jak np. eutanazja, którą można zlecić tym kręgom.

Dr med. Marek Kośmicki, zastanawiając się nad genezą przyzwolenia na eutanazję w czasach współczesnych, przytoczył uwagi lekarza niemieckiego Doernera, który uważa, że zalegalizowanie eutanazji w XX w. złamało ostatecznie zachodnioeuropejską tradycję, opartą na poszanowaniu indywidualności istoty ludzkiej, będącą główną przeszkodą ku totalnemu wykorzystaniu człowieka. Przed uprzemysłowieniem w XVIII w. europejskie społeczeństwa składały się przeważnie z uprawiających rolę lub rzemiosła wielkich rodzin, które były równocześnie gospodarczymi i rzemieślniczymi wspólnotami, dzięki czemu mogły objąć opieką chorych, inwalidów i starszych. Industrializacja w ciągu 50-100 lat rozbiła te wielkie rodziny na małe, zrelatywizowała integrującą funkcję religijnych i filozoficznych systemów, które ochraniały inwalidów, oraz uwalniała coraz konsekwentniej gospodarkę od chorych i niezbędnych do pracy w interesie wzrostu wydajności, tworząc i finansując dla nich obejmującą cały kraj społeczną sieć domów dla starców, szpitali, domów dla sierot, domów pracy, schronisk dla bezdomnych, więzień i szpitali psychiatrycznych. Utworzenie takiego systemu socjalnego dla gospodarczo nieproduktywnych grup, które określano mianem „egzystencji balastowych”, było odpowiedzią na to, co wówczas i dzisiaj nosi nazwę „kwestii społecznej”. W miarę jednak upowszechniania w społeczeństwie postępów nauki zaczęto wspomniane grupy coraz częściej określać jako chorych i tak też je traktować z medycznego punktu widzenia. Obiecywano sobie po tym lepsze wyniki i obniżkę kosztów. A w końcu XIX w. uznano ich za dziedzicznie obciążonych, za ujemny materiał rozrodczy i degradowano ich deprecjonującymi terminami, jak: degeneraci, psychopaci, podludzie. Około 1900 r., według opinii Doernera, proces degradacji objął wszystkie uprzemysłowione społeczeństwa Europy. W Niemczech akceptowano, a nawet witano, jako wyraz biologiczno-dziedzicznej sprawiedliwości wyrównawczej fakt, że w czasie I wojny światowej w niemieckich szpitalach psychiatrycznych zmarło z głodu i chorób infekcyjnych 70 tysięcy chorych. Taka jest geneza, według Doernera, tak przychylnego przyjęcia przez niemiecką opinię publiczną i elitarne środowiska intelektualne ówczesnych Niemiec osławionej książki Bindinga i Hoechego, Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens / Wydanie zniszczeniu istot niewartych życia (Leipzig 1920), a która legła u podstaw współczesnego akceptowania eutanazji nie tylko nazistowskich Niemczech. Argumenty z lat dwudziestych powracały w zawoalowanej postaci w Holandii lat siedemdziesiątych: „nie mieliśmy własnego nazizmu – nie musimy mieć oporów w przyjmowaniu eutanazji” – powracają też dzisiaj w Stanach Zjednoczonych (kult człowieka produkującego i przynoszącego zysk – odrzucenie osób „nieprodukujących” i nieprzynoszących zysku, a szczególnie szybkiego zysku). Wobec dominacji Ameryki we współczesnym świecie będzie bardzo istotne, również dla nas, która opcja zwycięży: poszanowanie indywidualnej osoby ludzkiej – jakakolwiek ona jest, czy kult siły, produkcji i szybkiego zysku?

Prof. Łuczak w swoim wykładzie powiedział, że prośba chorego o eutanazję jest wyrazem wielkiego nieuśmierzonego cierpienia, człowieka pogrążonego w rozpaczy, rozdartego wewnętrznie, jest wołaniem o wysłuchanie, krzykiem o pomoc. Jest stanem naglącym. Nie wolno nam opuścić chorego ani zlekceważyć jego prośby. Chorego należy wysłuchać z empatią, starając się zrozumieć, co jest przyczyną zdesperowania. Nie wolno chorego potępiać, na siłę pocieszać i dawać tzw. dobrych rad. Stosunkowo łatwo jest pomóc, jeśli powodem decyzji są nieuśmierzone objawy somatyczne, strach przed umieraniem w cierpieniach (jedna z najczęstszych obaw terminalnie chorych), znacznie trudniej wówczas, gdy cierpienie ma podłoże egzystencjalne, duchowe, chory odczuwa rozterki moralne, nisko ocenia swój dorobek i rolę w życiu, ma poczucie samotności i odrzucenia, jest skłócony z Bogiem i ludźmi i pełen żalu, gdy nie może znieść swojego zniedołężnienia i ma poczucie, że jest nieznośnym ciężarem dla innych i że to nabrzmiałe cierpieniem życie nie ma już żadnego sensu i należy jak najszybciej przerwać tę gehennę. Żądanie eutanazji stanowi zawsze wezwanie dla osób bliskich i opiekującego się zespołu, jest powodem ich frustracji i cierpień, uświadamia opiekującemu się personelowi bezradność, zmusza do refleksji i poszukiwania sposobu zaradzenia złu i zapewnienia jak najlepszego wsparcia. Sięgamy do swoich wewnętrznych zasobów, wzywamy pomocy Bożej. Pomocne może być otwarcie się na intymne zwierzenia, stała gotowość wsparcia i bycia z chorym, wybranie właściwej osoby i kapłana, do której chory ma zaufanie i w której towarzystwie chce przebywać. Pozostają jednak sytuacje, w których jesteśmy całkowicie bezradni, i nie udaje się zmienić przekonań chorego. W wybranych trudnych przypadkach na prośbę chorego wskazane może być zastosowanie środków psychotropowych.

W holenderskich uczelniach medycznych sposoby uśmierzania bólu są wykładane raczej powierzchownie. Nie ma na to zagadnienie zapotrzebowania. Eutanazja rozwiązuje problem człowieka z przewlekłym bólem. Warto zwrócić uwagę, że wśród Holendrów w podeszłym wieku lub przewlekle chorych powstało zjawisko „turystyki w strachu przed eutanazją”. Starsi ludzie opuszczają Holandię, swój własny kraj, a wybierają najczęściej kraje sąsiedzkie (od niedawna nie będzie to już Belgia), właśnie w obawie przed uśmierceniem. Jest ciekawe, ilu z nich, gdy byli młodsi i zdrowi, popierało eutanazję. Wtedy ten problem nie dotyczył ich osobiście, natomiast gdy samemu jest się zagrożonym, to wtedy ogarnia silny lęk przed śmiercią „z litości”. Tymczasem ciężko, nieuleczalnie chory człowiek powinien być otoczony opieką. Nie może cierpieć bólu ani osamotnienia. Obecna wiedza medyczna pozwala w większości przypadków na zniesienie bólu jako podstawowej dolegliwości – mówił o tym prof. Tadeusz Chruściel, farmakolog kliniczny, w swoim wykładzie o „Nowoczesnej farmakoterapii bólu”.

Prof. Teresa Widomska-Czekajska, znany kardiolog z Lublina, wpółprzewodnicząca – obok prof. Ludwiki Sadowskiej z Wrocławia – kolejnej sesji, powiedziała w swoim wystąpieniu, że medycyna jest zawodem zaufania społecznego, dlatego lekarze powinni mieć zapewnioną swobodę wykonywania swego zawodu zgodnie z nakazem lekarskiego sumienia i lekarskiej etyki. W odniesieniu do eutanazji sumienie i etyka lekarska musi stać się barierą przeciw jej wprowadzeniu. Ta etyka, która sprawdziła się w liczącej wiele wieków historii medycyny, potwierdzana przysięgą lekarską, oparta jest na szacunku dla życia każdego człowieka. Etyka oparta na relatywizmie sytuacyjnym, wkraczająca jako wyraz nowoczesności i nowej moralności, dopuszczająca do lekarskiej zbrodni zabójstwa i szczycąca się perfidnie działaniem dla „dobra ofiary” tej zbrodni, musi zniszczyć medycynę jako zawód zaufania społecznego. Ten proces będzie powolny, ale nieodwracalny. Dopuszczenie przez lekarza możliwości innego działania niż ratowanie życia pacjenta musi spowodować mniejszą staranność działań diagnostycznych – będą one ograniczone do wyselekcjonowanych osób „zakwalifikowanych, aby żyć”. Taki los spotka też wiele działań terapeutycznych. Dotychczasowe niezachwiane przekonanie, że lekarz zrobi wszystko, co w jego mocy, aby chorego ratować, że nie zaniecha niczego, co mogłoby pomóc, że nigdy świadomie choremu i jego życiu nie zaszkodzi – to przekonanie zaniknie. Lekarz-eutanasta przestanie być obrońcą pacjenta, stanie się sędzią ferującym wyroki: „warto, aby żył, czy nie warto”, a dla niektórych stanie się katem – wykonawcą własnych lub cudzych wyroków. Fikcją jest możliwość pełnej kontroli działań lekarskich przez pacjenta, a kontrola ta będzie nacechowana nieufnością, podejrzliwością i lękiem – powiedziała prof. Widomska-Czekajska. Jeśli zniknie zaufanie do lekarza, zniknie szacunek i uznanie godności naszego zawodu, ostatni argument na rzecz medycyny w dobie jej postępującego kryzysu. Nowe prawa ochronią pewnie eutanastę od odpowiedzialności formalnej, cywilnej lub karnej. Ale co ochroni sumienie lekarza, co zapewni mu poczucie własnej niezbędności dla innych ludzi i dotychczasowe miejsce w społeczeństwie? Dlatego prof. Widomska-Czekajska podkreśla, że bezwzględna odmowa akceptacji działań eutanastycznych to nie tylko walka o życie pacjentów, to walka o godne życie lekarzy, o całą godność medycyny.

Nieprzypadkowo w programie Konferencji znalazł się temat współpracy lekarza z pacjentem, który przedstawił dr med. Maciej Cymerys, internista z Poznania. Najczęstszym motywem prośby o eutanazję jest ból – nie zawsze jednak pamiętamy, że ból może być zarówno fizyczny, jak i duchowy. W dobie rozwoju farmakoterapii, gdy istnieją skuteczne środki analgetyczne, likwidacja bólu fizycznego nie powinna nastręczać wielu kłopotów – o czym mówił prof. Chruściel. Musimy jednak być pewni, że zalecane przez lekarzy środki przeciwbólowe są należycie dawkowane. Lekarz musi upewnić się, czy nie występuje któryś z powodów utrudniających współpracę. Gorzej z bólem duchowym, na który nie ma lekarstwa farmakologicznego – tutaj jedynym lekarstwem jest drugi człowiek. Ludzie starsi chorujący na schorzenia przewlekłe mówią nieraz: „wolałbym umrzeć”, motywując to tym, iż nie chcą być dłużej ciężarem dla najbliższych. I właśnie rodzina w ogromnej większości przypadków powinna być wsparciem dla ciężko chorego starszego człowieka. Naturalne ludzkie reakcje w takiej sytuacji to obawa o życie najbliższego, nadzieja, gorące pragnienie, by jak najdłużej pozostał przy życiu. Zwolennicy eutanazji próbują zrzucić część odpowiedzialności na barki najbliższej rodziny, włączając ją w decyzję o skróceniu życia chorego. Jest to niebezpieczne zjawisko, mogące odbić się na kondycji instytucji rodziny. Są już doniesienia, że w związku z możliwością eutanazji starszych ludzi opanowuje lęk przed własną rodziną. Dr Cymerys zwraca uwagę, że lekarze powinni zwrócić większą uwagę na problem właściwej komunikacji z osobą chorą, szczególnie, gdy mamy do czynienia z osobą w wieku podeszłym, chorującą na schorzenia przewlekłe. Zaniechanie dialogu z chorym może skutkować nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich, co w znaczny sposób utrudni osiągnięcie sukcesu terapeutycznego. Najistotniejszą metodą poprawy współpracy z chorym w wieku podeszłym jest włączenie rodziny chorego w proces kontrolowania zaleceń lekarskich.

O nieporozumieniach wokół pojęcia eutanazji – mówiła dr Anna Gręziak, anestezjolog z Warszawy. Ostatnim wykładowcą Konferencji był ks. prof. Wojciech Bołoz z Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Powiedział, że każdy człowiek ma prawo do ludzkiej, czyli naturalnej i godnej śmierci. Śmierć jest ostatnim życiowym zadaniem człowieka i z tego zadania nikt nie może go zwolnić. Można jednak, a nawet trzeba, pomóc człowiekowi w jego wypełnieniu, aby zadanie to zostało wykonane w sposób ludzki, a nie poprzez ucieczkę. Pomoc ta może przyjmować różne formy. Najważniejszą z nich jest opieka. Trzeba jednak zauważyć, że obok specjalistycznej opieki medycznej i pielęgnacyjnej wielkie znaczenie ma szacunek dla chorego i postawa życzliwości wobec niego. Ważna jest też niesiona mu pomoc w odnajdywaniu odpowiedzi na pytania dotyczące sensu życia. Znalezienie i przyjęcie odpowiedzi na nie pomoże choremu uwolnić się od lęku przed śmiercią. Ksiądz Bołoz propaguje następujące Prawa Człowieka Umierającego: 1. Prawo do traktowania należnego osobie aż do śmierci; 2. Prawo do informacji o własnym stanie i udziału w podejmowaniu decyzji; 3. Prawo do ulgi w bólu fizycznym i cierpieniu; 4. Prawo do wolności od terapii przedłużających proces umierania; 5. Prawo do pomocy psychologicznej i wsparcia duchowego, zgodnie ze swoim światopoglądem; 6. Prawo do kontaktu z rodziną i swoim środowiskiem, aby nie umierać w samotności; 7. Prawo do wyrażania swoich uczuć na temat śmierci; 8. Prawo do naturalnej i godnej śmierci.

W podsumowaniu obrad IV Konferencji KSLP stwierdzono, że najprostszą odpowiedzią na propozycje stosowania eutanazji jest zaakceptowanie naturalnej śmierci, jeżeli z punktu wiedzy medycznej, którą dysponujemy, można uznać, że nadejdzie ona nieuchronnie. Dobrą ilustracją chrześcijańskiego akceptowania śmierci jest mało znana Modlitwa wieczorna, która warta jest szerszego rozpropagowania:

...Oto jestem, Panie. Dzień mój ma się już ku końcowi. Jeżeli zrobiłem dziś coś dobrego, dzięki Ci za to, Panie. Jeżeli zgrzeszyłem, Twoja miłość niech przebaczy mi moją ciągle powtarzającą się słabość. W tej ciszy nocnej, w której wyczuwam Ciebie - myślę o innej nocy, o tej, która nadejdzie, gdy oczy moje po raz ostatni ujrzą światło ziemi. Śmierć nadejdzie tak samo, jak nadchodzi noc. Tak jak ona nieunikniona, tak jak ona głęboka. Spraw, by była najpiękniejszą z mych nocy. Zasypiając dzisiejszego wieczora, ofiarowuję Ci duszę moją tak, jakby to była godzina mej śmierci. Ojcze, przyjmij mnie. Spraw, bym zasypiając spokojnie, nauczył się umierać...

Marek Kośmicki

NPW 7-8, 2002