

► w położnictwie i innych dyscyplinach medycyny, oraz większe możliwości szpitali i klinik położniczych sprawiły, że wzrosło bezpieczeństwo przy wykonywaniu cięcia cesarskiego, co powoduje, że coraz więcej kobiet wybiera ten sposób porodu. Naturalną tendencją jest więc ciągle poszukiwanie nowatorskich sposobów ograniczających komplikacje pooperacyjne.

Trudno w to uwierzyć, ale do tej pory w naszym kraju nie był dostępny skuteczny i bezpieczny preparat zapobiegający powstawaniu zrostów. Takim jest właśnie bariera przeciwzrostowa Seprafilm[®], która nie powoduje reakcji miejscowej, a jednocześnie ulega całkowitemu wchłonięciu bez niekorzystnych dla zdrowia następstw. Niewątpliwie bariera przeciw-

zrostowa Seprafilm[®], dopuszczona już do sprzedaży w Polsce, jest właśnie takim rozwiązaniem nowej generacji.

Seprafilm[®] służy jako tymczasowa bariera dla oddzielenia naprzeciwległych powierzchni tkanek. Jest to przezroczysta błona zbudowana z kwasu hialuronowego i substancji pomocniczych (chemicznie modyfikowanych wielocukrów, bardzo podobnych do naturalnie występujących w organizmie człowieka). Stosuje się ją po wykonaniu głównego zabiegu, umieszczając w jamie brzusznej, w miejscu operowanym przed zaszcyciem powłok brzusznych. Po założeniu Seprafilm[®] tworzy fizyczną barierę, która oddziela od siebie tkanki i organy tak, aby mogły goić się oddzielnie bez „sklejania” – co zapobiega tworzeniu się zrostów.

Seprafilm[®] ściśle przylega do tkanek i po pewnym czasie zmienia się w żel. Tkanki w żaden sposób nie są podrażniane – właśnie dzięki barierze utworzonej przez błonę przeciwzrostową. Pacjentka nie odczuwa obecności Seprafilm[®]. Bariera przeciwzrostowa Seprafilm[®] jest powoli wchłaniana do organizmu i po 7 dniach jest już wchłonięta całkowicie (okres 7 dni wystarczy, aby chronić przed zrostami, ponieważ jest to standardowy czas gojenia się otrzewnej). Składniki rozpadu Seprafilm[®] zostają usunięte z organizmu w ciągu 28 dni.

Teraz również kobieta w Polsce sama może zdecydować o zapobieganiu zrostom, kupując Seprafilm przed porodem, gdyż produkt ten jest dostępny bez recepty. ■

EUTANAZJA – GŁOS FILOZOFA

dr filozofii Weronika CHAŃSKA

Niniejszy artykuł poświęcony jest pojęciu „eutanazji”. Moim celem nie jest jednak zajęcie stanowiska w sporze – równie od pewnego czasu popularnym w naszym kraju co jałowym – o to, czy praktyki eutanazyjne powinny być zalegalizowane. Jako filozof i etyk stawiam sobie inne zadanie. Będę starała się przybliżyć samo pojęcie „eutanazji”, pokazać, w jaki sposób jest ono używane w literaturze fachowej. Moim celem jest

przedstawienie Czytelnikowi najważniejszych podziałów i klasyfikacji zjawisk określanych mianem eutanazyjnych. Zaprezentuję także najważniejsze argumenty w sporze o moralną ocenę eutanazji i postaram się pokazać, w jaki sposób pewne założenia o charakterze filozoficznym przesądają o tym, które z rodzajów eutanazji uznaje się za moralnie uzasadnione, które zaś – na gruncie pewnych tradycji – bezwzględnie potępia.

Pisząc niniejszy artykuł w Polsce, sporo uwagi poświęcę etyce katolickiej. Jest to jedno z najczęściej przywoływanych w naszym kraju źródeł poglądów moralnych. Bardzo często jednak jest to źródło znane jedynie powierzchownie. Gorliwie głosząca samooczywistość nauczania katolickiego sprawia, że w dyskusjach częstokroć sprowadza się je do kilku sloganów, nie przykładając należytej troski do szczegółowego i dokładnego

przedstawiania argumentów i założeń leżących u podstaw konkretnych rozstrzygnięć. W niniejszym artykule będę starała się uniknąć tego błędu.

Moim celem będzie zaprezentowanie najważniejszych argumentów wysuwanych w sporze o eutanazję – w sposób możliwie wierny i bezstronny. Jednocześnie będę starała się zachęcić Czytelników do poważnego przemyślenia diskutowanego problemu. Wierzę, że niezależnie od tego, po której stronie sporu ostatecznie się opowiadamy, mamy moralny obowiązek podania racji na rzecz naszego stanowiska. Podobnie jak mamy obowiązek rozważyć argumenty strony przeciwnej.

Nie sposób podjąć rzeczowej dyskusji na temat eutanazji bez podania definicji zjawiska, o którym chce się mówić. W niniejszym artykule proponuję przyjęcie definicji opracowanej przez **Małgorzatę Szeroczyńską** w książce *Eutanazja i wspomaganie samobójstwo na świecie*. Proponowane przez nią pojęcie „czynu eutanatycznego” jest wystarczająco pojemne, by pomieścić w sobie rozmaite formy i rodzaje eutanazji, o których będzie mowa w dalszej części artykułu.

CZYN EUTANATYCZNY

„Szeroko pojęty czyn eutanatyczny – pisze Szeroczyńska – 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 współ-

czuciem, 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 woli.”¹

Proponuję zatrzymać się na chwilę przy przedstawionej definicji. Jako kluczowe dla pojęcia „czynu eutanatycznego” zostały w niej wymienione następujące elementy:

1. Czyn taki polega na bezpośrednim lub pośrednim spowodowaniu śmierci.
2. Jest działaniem motywowanym współczuciem.
3. Celem tego działania jest dobro pacjenta – zapewnienie mu godnej śmierci.
4. Działanie to jest zgodne z wolą pacjenta.

Zgodnie z przytoczoną definicją dla uznania pewnego czynu za czyn eutanatyczny niezbędne jest łączne spełnienie wszystkich z czterech wymienionych warunków. Niespełnienie któregośkolwiek z nich powoduje, że mamy do czynienia nie z eutanazją, lecz z zabójstwem.

Zaproponowane przez Szeroczyńską elementy czynu eutanatycznego można poklasyfikować jako opisujące sposób działania sprawcy (1), jego motywację (2) i (3) oraz stosunek, w jakim pozostaje działanie sprawcy do woli osoby poddającej się eutanazji (4). W dużej mierze odpowiadają one rodzajom eutanazji, jakie wyróżnia się w literaturze fachowej.

RODZAJE EUTANAZJI

Pierwszy z podziałów dokonywany jest ze względu na sposób działania sprawcy. Wyróżnia się

eutanazję czynną (niekiedy zwaną również pozytywną) oraz **eutanazję bierną** (nazywaną również negatywną lub ortotanazją). Mianem eutanazji czynnej określa się działanie, które zostało podjęte z zamiarem spowodowania lub przyspieszenia czyjejś śmierci. Eutanazja bierna natomiast polega na niezastosowaniu lub zaprzestaniu stosowania odpowiednich środków medycznych dokonanych w celu spowodowania lub przyspieszenia czyjejś śmierci. Eutanazja bierna natomiast polega na niezastosowaniu lub zaprzestaniu stosowania odpowiednich środków medycznych dokonanych w celu spowodowania lub przyspieszenia czyjejś śmierci. Przykładem eutanazji czynnej będzie podanie cierpiącemu pacjentowi śmiertelnej dawki środków przeciwbólowych (np. morfiny). Przykładem eutanazji biernej – odłączenie terminalnie chorego pacjenta od aparatury medycznej podtrzymującej jego funkcje życiowe.

Drugi ważny podział w obrębie pojęcia eutanazji dokonywany jest ze względu na zamiar, jakim kieruje się osoba działająca (sprawca). Możemy mówić o **eutanazji bezpośredniej** lub **pośredniej**. Z eutanazją bezpośrednią mamy do czynienia wówczas, gdy celem działania sprawcy jest pozbawienie życia osoby cierpiącej. Sprawca działa z zamiarem spowodowania śmierci cierpiącego pacjenta. Mianem eutanazji pośredniej określamy natomiast takie sytuacje, w których śmierć jest efektem ubocznym udzielonej konającemu pomocy, polegającej na użyciu wszystkich dostępnych sposobów zmniejszenia jego cierpienia. Śmierć pacjenta jest w tym przypadku nie tyle chciana, co – przewidywana. Osoba działająca zdaje sobie sprawę, że podanie bardzo dużej dawki środków przeciwbólowych

Tabela 1. Rodzaje eutanazji

Eutanazja a sposób działania sprawcy:

Eutanazja czynna (pozytywna)	Eutanazja bierna (negatywna, ortotanazja)
Działanie podjęte z zamiarem spowodowania lub przyspieszenia czyjejś śmierci	Niezastosowanie lub zaprzestanie stosowania odpowiednich środków w celu spowodowania lub przyspieszenia czyjejś śmierci

Eutanazja a zamiar sprawcy:

Eutanazja bezpośrednia	Eutanazja pośrednia
Celem działania sprawcy jest pozbawienie życia osoby cierpiącej	Śmierć jest efektem ubocznym udzielonej konającemu pomocy w postaci użycia wszystkich dostępnych sposobów zmniejszenia jego cierpień.

Eutanazja a wola osoby cierpiącej:

Eutanazja dobrowolna	Eutanazja niedobrowolna	
osoba wyraża pragnienie przyspieszenia jej śmierci	Niedobrowolna (nonvoluntary) niemożliwe jest wyrażenie woli przez pacjenta	Wbrew woli (involuntary) dokonana wbrew woli pacjenta = ZABÓJSTWO

➤ znacznie przyspieszy zgon pacjenta. Jednocześnie ma także świadomość, że jest to jedyny sposób ulżenia cierpieniom pacjenta. Osoba ta decyduje się uśmierzyć cierpienie pacjenta, przewidując jednocześnie, że działanie to przyspieszy jego śmierć.

Trzeci z podziałów, z jakim można się spotkać w literaturze przedmiotu, dokonywany jest ze względu na zależność pomiędzy działaniem sprawcy a wolą osoby poddawanej eutanazji. Wyróżnia się eutanazję dobrowolną oraz eutanazję niedobrowolną. Z **eutanazją dobrowolną** mamy do czynienia wówczas, gdy osoba poddawana eutanazji pragnie umrzeć i w sposób jasny i niepozostawiający żadnych wątpliwości wyraża takie życzenie. Mianem **eutanazji niedobrowolnej** określa się sytuację, w której wola osoby poddawanej eutanazji nie jest

brana pod uwagę. Może się tak zdarzyć z dwóch przypadków: kiedy pacjent nie jest zdolny do wyrażenia swej woli (jest np. całkowicie nieprzytomny) lub kiedy wyraźnie sprzeciwia się przyspieszeniu własnej śmierci. Pierwszy przypadek określamy mianem **eutanazji niedobrowolnej**. Drugi, kiedy działanie dokonywane jest **wbrew woli** pacjenta (jak np. miało to miejsce w III Rzeszy w odniesieniu do osób uznanych za „bezwartościowe”), jest niczym innym jak przykładem zabójstwa. I chociaż w dalszym ciągu można spotkać się z określeniem „eutanazja wbrew woli pacjenta”, współcześnie postuluje się nieużywanie określenia „eutanazja” w przypadkach, kiedy działanie sprawcy dokonywane jest wbrew woli osoby, której śmierć zostaje przyspieszona.

W tabeli 1 zaprezentowałam trzy najbardziej znane klasyfika-

cje czynów określanych mianem eutanazyjnych. Jak przekonamy się w dalszej części artykułu, podziały te są ważne, pozwalają bowiem lepiej uchwycić różnice między różnymi stanowiskami etycznymi w sprawie moralnej oceny eutanazji.

MORALNA OCENA EUTANAZJI

W sporze o moralną ocenę eutanazji można wyróżnić dwie zasadnicze linie argumentacyjne. Pierwsza z nich odwołuje się do zasady świętości życia, druga zaś wspiera na zasadzie szacunku dla autonomii.

Stanowisko świętości życia da się streścić za pomocą dwóch maksym: 1. Życie posiada szczególną wartość. 2. Każde życie obdarzone jest tą wartością w stopniu jednakowym.

Szczegółowe omówienie zasady świętości życia ograniczę do koncepcji świętości życia głoszonej przez etykę katolicką. Nie jest to jedyna znana (a tym bardziej jedyna możliwa) wykładnia tej koncepcji. Z uwagi jednak na dużą rolę, jakie etyka katolicka odgrywa w naszym kraju, w niniejszym artykule będę analizować pojęcie „świętości życia” w znaczeniu, w jakim przyjmowane jest ono na gruncie tradycji katolickiej.

Dla zrozumienia pojęcia „świętości życia” niezbędne jest zdanie sobie sprawy, w jaki sposób na gruncie tradycji katolickiej traktowane jest ludzkie życie. U podstaw tej tradycji leży przekonanie o tym, że życie wywodzi się od Boga, jest „darem”, który Stwórca przekazał człowiekowi. Zgodnie z nauczaniem Kościoła katolickiego Bóg stwarza życie i przez

cały czas podtrzymuje jego istnienie. „Dar życia”, jaki został powierzony człowiekowi, ma bardzo szczególny charakter. Życie, którym cieszy się człowiek, jest nie tyle czymś, co zostało mu podarowane, lecz powierzone. Człowiek nie może swobodnie dysponować swoim życiem.²

Zgodnie z doktryną katolicką Bóg jest suwerennym władcą życia i śmierci. Tylko Jemu przysługuje prawo decydowania o chwili, w której człowiek przychodzi na świat i kiedy umiera. Każda próba ingerencji w to, kiedy bądź w jaki sposób ktoś będzie umierał, uznawana jest przez teologów katolickich za niedopuszczalną. Byłby to bowiem akt nieposłuszeństwa, naruszenie Boskiego prawa do nieograniczonej władzy nad życiem, obraza Jego majestatu.

EUTANAZJA W ETYCE KATOLICKIEJ

Etyka katolicka, przyjmując, że życie jest darem, który człowiek otrzymał od Stwórcy, głosi, że zachowanie życia jest nie tylko prawem, jest również – a może przede wszystkim – obowiązkiem. Powinnością wobec Boga, wobec samego siebie i innych osób, których życie związane jest z naszym. Stanowczo przeciwstawia się więc wszelkim próbom decydowania przez człowieka o czasie i sposobie, w jaki umrze.

W szczególności etyka katolicka zdecydowanie potępia samobójstwo jako akt nieposłuszeństwa i sprzeniewierzenia się obywatelowi zachowania życia. Pogląd ten jest bardzo stary – obowiązuje przynajmniej od czasów św. Augustyna (354-430 r.).³ W XVI wieku teologowie zaczęli się jed-

nak zastanawiać, czy przyzwolenie na własną śmierć jest zawsze samobójstwem. Uważa się, że pierwszym, który poruszył ten problem, był **Francisco de Vittoria**, wybitny teolog hiszpański, wykładowca na Uniwersytecie w Salamance. Inaugurujące rok akademicki wykłady de Vittorii poświęcone były zazwyczaj trudnym i aktualnym problemom teologicznym. Jeden z nich dotyczył chorych i działań, które zobowiązani są oni podjąć w celu zachowania zdrowia i życia.

„Jeśli przyjmowanie przez chorego pokarmów i płynów – czytamy w wydanych w roku 1557 (10 lat po śmierci autora *Relectiones Theologicae*) – pozwala żywić nadzieję na to, że będzie on żył, jest on zobowiązany przyjmować pokarm, podobnie jak jego obowiązkiem byłoby nakarmić inną osobę, która byłaby chora. Jednakże, kiedy ubytek sił jest znaczny zaś osłabienie łaknienia sprawia, że przyjmowanie pokarmów odbywać się może jedynie z wielkim trudem, stanowiąc jak gdyby torturę, musi to zostać osądzone jako niemożliwość. W tej sytuacji chory jest wolny od grzechu, a przynajmniej od grzechu śmiertelnego.”⁴

Ówczesni teologowie byli zdania, że obowiązek zachowania życia nie wymaga od nas dokonywania rzeczy „moralnie niemożliwych”. Przestaje być wiążący w chwili, gdy jego wypełnienie wymagałoby nadzwyczajnego wysiłku ze strony chorego. Wśród środków, służących zachowaniu życia, które teologowie uznali za „nadzwyczajne” i tym samym ponadobowiązkowe, najczęściej wymieniane były: amputacja kończyny, inne poważne operacje,

przede wszystkim te wymagające otwarcia powłok brzusznych, opuszczenie własnego domu i udanie się do miejsca o bardziej zdrowotnym klimacie, wreszcie wszystkie bardzo kosztowne zabiegi.

Ocenia się, że do połowy XVII wieku pojęcie „zwyčajnych” i „nadzwyczajnych” środków ratowania życia stało się popularnym tematem refleksji teologicznych. Pierwotnie rozróżnienie to miało charakter opisowy, a co za tym idzie – obiektywny. Jako „zwyčajne” środki wymieniano procedury często stosowane i łatwo dostępne. Mianem „nadzwyczajnych” określano zabiegi drogie, trudne do uzyskania lub z innych powodów niedostępne dla przeciętnego człowieka. Z czasem znaczenie omawianego rozróżnienia zaczęło ulegać zmianie: z chwilą, gdy „zwyčajne” zaczęły oznaczać „obowiązkowe”, zaś „nadzwyczajne” – dozwolone, lecz niewymagane, coraz większą wagę zaczęto przywiązywać do oceny korzyści i niedogodności, jakie z danym leczeniem wiążą się dla konkretnego chorego.

DEKLARACJA O EUTANAZJI STOLICY APOSTOLSKIEJ

Między końcem wieku XVII a połową XX zainteresowanie teologów omawianym rozróżnieniem wyraźnie osłabło. Można co prawda odnaleźć pojedyncze wzmianki na ten temat, nie wnoszą one jednak nic istotnie nowego. Sytuacja zmieniła się diametralnie w połowie wieku XX. Wraz z rozwojem nauk medycznych coraz bardziej istotne stało się pytanie o to, gdzie leżą granice postępu oraz czy bezwzględna

► walka ze śmiercią jest słusznym celem medycyny. Osobą, która podjęła ten temat, był amerykański teolog **Gerald Kelly**.⁵ Jemu też zawdzięczamy pierwszą definicję terminów „zwyczajne” i „nadzwyczajne” środki terapeutyczne. Zdaniem Kelly’ego mianem „zwyczajnych” należy określić „lekarstwa, sposoby leczenia, procedury, które rokują uzasadnioną nadzieję na poprawę stanu pacjenta i których zastosowanie nie pociąga za sobą nadmiernych wydatków, bólu bądź innych niedogodności”. Środki „nadzwyczajne” zaś to takie, „których zastosowanie pociąga za sobą nadmierne wydatki, ból bądź niedogodności, lub takie, które nie dają uzasadnionej nadziei na poprawę stanu pacjenta”. Jak łatwo zauważyć, w zaproponowanej przez Kelly’ego definicji znalazły się istotne elementy, dostrzeżone wcześniej przez teologów.

W roku 1957 Stolica Apostolska ustami papieża Piusa XII potwierdziła moralną doniosłość rozróżnienia środków „zwyczajnych” i „nadzwyczajnych”.⁶ Oficjalne uznanie rozróżnienia i jego wagi przy rozstrzyganiu problemów dotyczących zaniechania bądź rezygnacji z leczenia, nastąpiło w roku 1980 wraz z wydaną przez Kongregację Nauki Wiary *Deklaracją o eutanazji* (Iura et bona). Kongregacja określiła również, na jakiej podstawie należy dokonywać rozróżnienia między środkami „zwyczajnymi” a „nadzwyczajnymi”:

„Właściwa ocena środków może być dokonana wtedy – piszą autorzy Deklaracji – gdy rodzaj zastosowanej terapii, stopień jej trudności i związanych z nią niebezpieczeństw, konieczne dawki oraz możliwość zastosowania, ze-

stawimy ze spodziewanymi rezultatami, uwzględniając w sposób właściwy stan chorego, jak również jego siły psychofizyczne.”⁷

EUTANAZJA W NAUCZANIU JANA PAWŁA II

Rozróżnienie środków „zwyczajnych” i „nadzwyczajnych” zajmuje także ważne miejsce w myśli Jana Pawła II, który posługuje się nim dla odróżnienia eutanazji od tzw. uporczywej terapii. W encyklice *Evangelium vitae* czytamy:

„Od eutanazji – pisze papież – należy odróżnić decyzję o rezygnacji z tak zwanej *«uporczywej terapii»*, to znaczy z pewnych zabiegów medycznych, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny. (...) Istnieje oczywiście powinność moralna leczenia się i poddania się leczeniu, ale taką powinność trzeba określać w konkretnych sytuacjach: należy mianowicie 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.”⁸

Podsumowując rozważania na temat rozróżnienia środków „zwyczajnych” i „nadzwyczajnych”, chcę zwrócić uwagę na założenia, na jakich rozróżnienie to zostało ufundowane. Po pierwsze, że życie jest darem ofiarowanym człowiekowi i że obowiązkiem każdego jest dążenie do

jego zachowania. Po drugie, że obowiązek ten nie ma charakteru absolutnego – istnieją okoliczności, w których człowiek jest z niego zwolniony. Po trzecie, że nie wszystkie środki służące zachowaniu życia muszą być stosowane. Obowiązkowe jest stosowanie wyłącznie środków „zwyczajnych”, podczas gdy środki „nadzwyczajne” mogą być zaniechane. Po czwarte, nie istnieje obiektywna klasyfikacja środków „zwyczajnych” i „nadzwyczajnych”. Określenie charakteru danej procedury dokonywać się musi każdorazowo w odniesieniu do sytuacji konkretnego pacjenta. Początkowo za podstawę klasyfikacji uważano stopień trudności, jakie wiążą się z pozyskaniem danych środków oraz obciążenia, wynikające z ich stosowania. W dalszym rozwoju doktryny decydujące znaczenie zaczęła odgrywać ocena realnych korzyści, jakie dana metoda leczenia może przynieść choremu. Po piąte, pacjentowi nigdy nie wolno pragnąć śmierci, a rezygnacja z leczenia nie może wynikać z chęci skrócenia życia. Po szóste, chociaż podstawą klasyfikacji zabiegów medycznych jako „nadzwyczajnych”, a tym samym – nieobowiązkowych, jest ocena sytuacji konkretnego chorego, i z tego punktu widzenia sam zainteresowany jest w tej sprawie najlepszym sędzią – ta subiektywna ocena, zdaniem teologów katolickich, nigdy nie ma charakteru rozstrzygającego. Indywidualne przekonania pacjenta, jako oparte na „błędym osądzie sumienia”, mogą zostać poddane w wątpliwość i unieważnione. Chory nigdy nie jest jedyną ani nawet ostateczną instancją w tej sprawie.

„Może się zdarzyć – czytamy w dokumencie wydanym przez Kongregację Nauki Wiary – że za sprawą przeciągłego i nieznośnego bólu i z osobistych bądź innych pobudek ludzie mogą być skłonni sądzić, że słusznie mogą prosić o śmierć bądź otrzymać ją z rąk innych. Chociaż w tego rodzaju przypadkach wina osoby może być pomniejszona lub całkowicie zniesiona, to jednak błąd co do osądu, jaki popełnia sumienie, prawdopodobnie w dobrej wierze, nie zmienia natury tego działania, które jest zabójstwem i które samo w sobie zawsze powinno być odrzucone.”⁹

W świetle przedstawionych rozważań łatwo zrozumieć, dlaczego Kościół katolicki zdecydowanie potępia eutanazję czynną – jest ona w jego przekonaniu uzurpowaniem sobie przez człowieka prawa do decydowania o życiu, którego nie zostało mu dane, a jedynie powierzone przez Stwórcę. Jednocześnie tradycja katolicka znacznie łagodniej traktuje przypadki eutanazji biernej, uznając, że zaniechanie dalszego leczenia, i w konsekwencji śmierć pacjenta, są w niektórych przypadkach moralnie usprawiedliwione. Tradycja ta jest jednak zdecydowanie niechętna słowu „eutanazja” – woli w jego miejsce posługiwać się określeniem „rezygnacja z uporczywej terapii”.

ARGUMENTY KRYTYKÓW ETYKI KATOLICKIEJ

Zaprezentowane powyżej stanowisko etyki katolickiej nie jest wolne od licznych trudności, które stały się przedmiotem krytyki ze strony jego przeciwników. Przede wszystkim zwrócono uwagę na fakt, że stanowisko to opie-

ra się na założeniu o charakterze teologicznym, zgodnie z którym ludzkie życie pochodzi od Boga. Krytycy wskazują na fakt, iż nie wszyscy ludzie podzielają ten pogląd, nie ma zatem powodów, aby wnioski płynące z przyjęcia omawianego założenia były powszechnie wiążące. Osoby, które mają odmienny pogląd na pochodzenie ludzkiego życia, nie muszą czuć się związane katolickim stanowiskiem w sprawie moralnej oceny eutanazji.

Drugi z podnoszonych zarzutów dotyczy wieloznaczności terminów „zwyczajne” i „nadzwyczajne” środki terapeutyczne. Krytycy wskazują na to, że rozumienie tych pojęć zmieniało się na przestrzeni wieków. Za błędne uznaje się również zawarcie w jednym pojęciu obiektywnego opisu dotyczącego charakteru interwencji medycznej (często *versus* rzadko stosowana) wraz z jej moralną oceną (przesądzeniem, że jej zastosowanie jest obowiązkowe lub wykracza poza ramy obowiązku). Stwierdzenie, że dany sposób leczenia ma charakter środka nadzwyczajnego – argumentują krytycy omawianego rozróżnienia – jest raczej konkluzją pewnego złożonego rozumowania, a nie – jak chce doktryna katolicka – stwierdzeniem elementarnego faktu. Rozstrzygnięcie, że dana procedura jest zwyczajna, wymaga uprzedniej odpowiedzi na wiele złożonych pytań, związanych z ważeniem i hierarchizowaniem dóbr – wymaga więc np. oceny, jaką wartość posiadać będzie ocalone życie, określenia skutków ubocznych, jakie dotkną rodzinę oraz oszacowania kosztu wyrażonego w pieniądzu i zainwestowanym wysiłku. Charakter tych pytań

sprawia, że możliwe jest uzyskanie wielu, wzajemnie wykluczających się odpowiedzi. Rozstrzygnięcie zależy bowiem w dużym stopniu od hierarchii wartości, wyznawanych przez osobę dokonującą oceny. Próba przemycenia tego pokaznego zbioru problemów pod płaszczykiem prostego określenia, które sugeruje, że mamy tu do czynienia tylko z jednym i to co najwyżej technicznym problemem, dotyczącym oceny samych środków leczenia, jest – w opinii krytyków omawianego rozróżnienia – wysoce zwodnicza.

Trzeci poważny zarzut wobec rozróżnienia środków „zwyczajnych” i „nadzwyczajnych” dotyczy faktu, iż nie opiera się ono ani na abstrakcyjnej klasyfikacji procedur medycznych, ani nie bierze pod uwagę niczyich życzeń czy wyrażonych uprzednio opinii. Istotą omawianego rozróżnienia nie jest bowiem określenie, co leży w interesie pacjenta. Rozważania podejmowane przez przedstawicieli etyki katolickiej na temat środków „zwyczajnych” i „nadzwyczajnych” są w istocie próbą odgadnięcia, jakie są Boże plany wobec konkretnego człowieka. Ich celem nie jest dobro jednostki, lecz posłuszeństwo wyrokowi Opatrzności.

Jak pisałam, nie wszyscy podzielają przekonanie katolickich teologów, że podtrzymywanie życia jest zawsze obowiązkiem człowieka. Wiele osób nie zgadza się również z tezą, że człowiekowi nie wolno pragnąć własnej śmierci. Krytycy doktryny katolickiej wskazują na liczne przykłady ciężko chorych pacjentów, którzy pragną umrzeć. Pragnienie to powodowane jest zazwyczaj

► nieznośnym bólem i cierpieniem, całkowitą zależnością od pomocy i opieki ze strony innych osób, niemożnością wiedzenia życia w sposób, który uznaje się za godny i wartościowy. Zdaniem krytyków stanowiska etyki katolickiej pragnienie śmierci jest w tych okolicznościach w pełni zrozumiałe, zaś decyzja pacjenta o tym, by nie przedłużać swego życia – zasługuje na szacunek.

ZASADA PODWÓJNEGO SKUTKU

Drugim niezwykle istotnym na gruncie katolickich rozważań o eutanazji pojęciem jest tzw. zasada podwójnego skutku. Jak postaram się pokazać, stanowi ona rację dla odmiennej na gruncie etyki katolickiej oceny moralnej eutanazji bezpośredniej i eutanazji pośredniej.

Przyjmuje się, że zasada podwójnego skutku (*principium de duplici effectu*) została sformułowana przez św. Tomasza z Akwinu. Posłużył się nią w swej *Sumie teologicznej* dla określenia, kiedy można usprawiedliwić zabójstwo w obronie koniecznej.¹⁰ Zasada podwójnego skutku weszła następnie do kanonu podstawowych zasad etyki katolickiej. Współcześnie bardzo często przywoływana jest przy okazji rozważań na temat opieki paliatywnej i dopuszczalnych granic łagodzenia cierpienia śmiertelnie chorego pacjenta.

Zgodnie z doktryną katolicką¹¹ samo łagodzenie bólu jest działaniem dobrym i nie naraża problemów natury etycznej. Problemy pojawiają się tam, gdzie leczeniu bólu towarzyszą niepożądane konsekwencje – zastosowanie środków farmaceutycznych

pozbawia pacjenta świadomości lub powoduje przyspieszenie jego śmierci. Wówczas etycy katolicki muszą udzielić odpowiedzi na dwa ważne pytania: Czy stosowanie środków usmierających ból, które mogą wywołać ustanie akcji serca, jest działaniem moralnie usprawiedliwionym? Czy działanie to różni się w istotny z moralnego punktu widzenia sposób od eutanazji (czynnej)?

Aby udzielić odpowiedzi na przytoczone pytania, przedstawiciele etyki katolickiej uciekają się zazwyczaj do zasady podwójnego skutku. Oto jak przedstawia się jej współczesna forma:

Jeśli zarówno dobry jak i zły skutek są efektem ludzkiego działania, działanie to jest moralnie dobre, jeśli spełnione są następujące warunki:

- a) cel samego działania musi być dobry;
- b) tylko dobre skutki działania mogą być pożądane przez działającego;
- c) dobry skutek nie może wpływać ze złego skutku;
- d) musi istnieć odpowiednio dobry powód na przyzwolenie do wystąpienia złego skutku.¹²

Dobłą ilustracją zastosowania zasady podwójnego skutku są rozważania etyków katolickich dotyczące sedacji terminalnej. Mianem „sedacji terminalnej” określa się w medycynie paliatywnej zastosowanie środków farmakologicznych, które redukują lub całkowicie odcinają świadomość pacjenta, aby wyeliminować cierpienie, którego nie można usmierzyć innymi metodami. W rozważanym przypadku zastosowania silnych środków przeciwbólowych istotnie mamy do czynienia z dwoma skutkami.

Pierwszy z nich jest dobry – jest nim uśmierzenie bólu chorego. Istnieje także drugi skutek – uboczne działanie leków może spowodować przyspieszoną śmierć pacjenta. To jednak – przekonują zwolennicy stosowania zasady podwójnego skutku – nie wpływa na moralną ocenę naszego działania. Celem naszego działania jest bowiem uśmierzenie bólu. Nie pragniemy spowodować śmierci pacjenta. Przewidujemy jedynie, że skutek taki może nastąpić. Jednocześnie nie istnieje żaden inny sposób, w jaki moglibyśmy osiągnąć nasz cel (złagodzenie bólu) i uniknąć przewidywanego, lecz niepożądanego, złego skutku. Na podstawie zasady podwójnego skutku możemy powiedzieć, że nasze działanie jest moralnie usprawiedliwione.

Zasada podwójnego skutku stoi u podstaw odmiennej oceny eutanazji bezpośredniej i eutanazji pośredniej. Eutanazja pośrednia, gdzie celem działania sprawcy jest pozbawienie życia cierpiącego pacjenta, jest na gruncie etyki katolickiej bezwzględnie zakazana. Świadome spowodowanie śmierci drugiego człowieka jest uznawane za jeden z najcięższych grzechów. Ocena etyki katolickiej nie jest jednak równie surowa w odniesieniu do eutanazji pośredniej, czyli sytuacji, gdy śmierć pacjenta jest efektem ubocznym udzielonej mu pomocy w postaci użycia wszystkich dostępnych sposobów zmniejszenia jego cierpienia. W tym drugim przypadku – głoszą zwolennicy tej etyki – śmierć nie następuje na skutek działania drugiego człowieka. Ten, kto podaje silne środki przeciwbólowe, nie pragnie śmierci pacjenta.

Mimo iż przewiduje, że skutkiem ubocznym ich podania będzie śmierć pacjenta, to jednak nie jest ona jego celem. Nie jest zatem winien śmierci chorego.

SEDACJA TERMINALNA NIE JEST EUTANAZJĄ?

Zasada podwójnego skutku – podobnie jak omawiane poprzednio rozróżnienie „zwykłych” i „nadzwyczajnych” środków terapeutycznych – nie jest wolna od poważnych zarzutów. Ci, którzy twierdzą, że sedacja terminalna bardzo różni się od eutanazji, wskazują na fakt, iż w przypadku tej pierwszej chodzi jedynie o „łagodzenie dolegliwości”, nie zaś o śmierć. Nasuwa się tu pytanie: czy rzeczywiście możliwe jest tak radykalne oddzielenie cierpienia od życia cierpiącego pacjenta? Ból jest jego bólem, a nie fenomenem istniejącym niejako niezależnie od osoby. Radykalnie uśmierzyć cierpienie, to sprawić że pacjent przestanie istnieć (w wymiarze fizycznym – w przypadku eutanazji lub psychicznym – w przypadku sedacji terminalnej). Pacjent **jest** całkowicie wypełniony własnym cierpieniem. Tragizm polega na tym, że jedno nie może istnieć bez drugiego. Chcąc usunąć jeden z członów tej pary, usuwamy zarazem drugi.

Krytycy wskazują także, że u podłoża zasady podwójnego skutku leży wizja ludzkiego działania, która klóci się z wieloma intuicjami i obserwacjami życia codziennego. Zasada podwójnego skutku zakłada, że intencje zawsze można jasno określić i dokonać ich oceny. Przyjmuje również, że przewidywanie pewnych następstw wyraźnie różni

się od ich pragnienia. Założenia te – w opinii krytyków zasady podwójnego skutku – nie wytrzymują próby w starciu z rzeczywistymi sytuacjami.

WYZNANIE TIMOTHY'EGO QUILLA

Dobłą ilustrację tego, jak różne i skomplikowane mogą być intencje osób podających swym pacjentom silne środki przeciwbólowe, stanowią dwa artykuły **Timothy'ego Quilla**, które ukazały się w *New England Journal of Medicine*.¹³ W pierwszym z nich, opublikowanym w 1991 r., Quill opisuje swoją pacjentkę (nadaje jej imię „Diana”), znajdującą się w terminalnej fazie białaczki, na której prośbę przepisuje jej potężną dawkę barbituranów. W opublikowanym dwa lata później artykule Quill powraca do tamtego wydarzenia, aby zrekonstruować motywy, jakie nim wówczas kierowały:

„Jakie były niektóre z moich prawdziwych intencji, kiedy przepisywałem Dianie barbiturany?

1. Aby uśmierzyć jej ból i cierpienie. To jest nasz podstawowy obowiązek jako lekarzy, którzy poświęcili się opiece nad umierającymi pacjentami.
2. Aby, na tyle, na ile to tylko możliwe, ułatwić proces umierania – niekoniecznie uczynić go całkiem łatwym (jak gdyby to w ogóle było w naszej mocy), lecz raczej, aby złagodzić straszną przeemoc choroby i umierania.
3. Aby spowodować jej śmierć (aby ją zabić). Diana była w tym samym stopniu przyjaciółką co pacjentką. Chciałem, aby żyła tak dłu-

go, jak długo ma poczucie sensu życia, a później, aby umarła możliwie jak najspokojniej. Nie pragnąłem określić momentu jej śmierci ani tego, bym był jej sprawcą. A zatem powiedzenie, że ją celowo zabiłem, jest obraźliwe. Dlaczego więc barbiturany? Istnieją znacznie bezpieczniejsze lekki nasenne. Moje intencje musiały więc być bardziej złożone.

4. Aby dać jej możliwość śmierci, gdy jej cierpienie stanie się wszechogarniające i gdy nie będzie istniało żadne inne wyjście, które zgodziłaby się przyjąć. Diana od chwili postawienia diagnozy panicznie bała się powolnej śmierci, umierania, będąc uzależnioną od innych. Wystawienie przeze mnie recepty na barbiturany i udzielenie informacji na temat ich śmiertelnej dawki dawało jej możliwość wyboru śmierci i, paradoksalnie, oswobodziło ją z lęku i pozwoliło w pełni doświadczać życia, jakie jej pozostało, bez obawy śmierci, która byłaby nie do zniesienia. Prośba pacjenta o udzielenie mu pomocy w umieraniu powinna prowadzić do otwartej rozmowy na temat jego lęków, intencji i okoliczności, gdyż w przypadku wielu pacjentów może to być wołanie o pomoc innego rodzaju. Kiedy barbiturany zostają przepisane, wybiera się je ze względu na ich dwuznaczne, a nawet rzekłbym: zwodnicze działanie – ich nasenne działanie pozwala na trzymanie się litery

- zasady podwójnego skutku, jednak ich znaczenie dla niektórych pacjentów polega na tym, że dają nadzieję na szybką i relatywnie bezbolesną śmierć.
5. Aby pozwolić jej się zabić. Nie chciałem, aby Diana popełniła samobójstwo, wiedziałem jednak, że wierzy ona, iż są okoliczności gorsze niż śmierć. Zamierzałem dać jej możliwość wyboru śmierci i godziłem się z koniecznością życia z konsekwencjami mojej decyzji, gdyby Diana zdecydowała się skorzystać z tej możliwości. Przeciwnicy samobójstw z pomocą lekarską nalegają na posługiwanie się podczas dyskusji na ten temat wyrazem „zabić”, argumentując, że jest on poprawny z technicznego punktu widzenia. Jednak w mojej opinii wyraz ten wskazuje na pragnienie zniszczenia kwintesencji osoby. Nic nie jest bardziej odległe od intencji, jakie miałem pomagając Dianie. W rzeczywistości, możliwość wyboru śmierci pozwoliła jej zachować integralność. Odebrała swoje życie dopiero wtedy, gdy jej osobowość uległa bezpowrotnej stracie.
 6. Aby maksymalnie poszerzyć zakres dostępnych jej wyborów i stopień kontroli, biorąc pod uwagę sytuację, w jakiej się znajdowała. Diana umarłaby bez względu na to, czy bym jej pomógł, czy nie. Barbiturany pozwoliły jej określić czas śmierci oraz to, jak wiele cierpienia była w stanie znieść. Jestem prze-

konany, że lekarze powinni nakładać jak najmniej ograniczeń na pacjentów oraz przyjmować jak najmniej założeń podczas pracy z umierającymi. I chociaż musimy podjąć wyzwanie i w pełni zrozumieć tych, którzy proszą nas o to, byśmy pomogli im umrzeć, nie możemy być jednocześnie zbyt restrykcyjni i nie możemy dopuścić do tego, by pacjenci niepotrzebnie cierpieli i czuli, że potajemnie muszą wziąć sprawy w swoje ręce.

7. Aby spowodować, że umrze samotnie. Ten szczegół historii Diany wciąż nie daje mi spokoju. Nie chciałem, aby musiała znajdować się w tym decydującym momencie sama. Gdyby poprosiła mnie wtedy, bym był z nią, i gdybym się zgodził, niebezpieczeństwo poniesienia przeze mnie odpowiedzialności karnej poważnie by wzrosło. Umarła samotnie w ostatecznym akcie altruizmu, którego celem była ochrona mnie i jej rodziny przed odpowiedzialnością karną. Przeprowadziła analizę prawodawstwa stanu Nowy Jork i odkryła, że ryzyko, iż osoby udzielające pomocy staną przed sądem wzrasta znacznie w sytuacji, gdy osoby te są obecne podczas śmierci. Mam nadzieję, że gdyby poprosiła o moją obecność, miałbym odwagę być z nią w tamtej chwili, gdyż nikt nie powinien czuć się zmuszony umierać samotnie.¹⁴

Motywy ludzkich działań są skomplikowane i wielorakie. Rzadko też kiedy uświadamiamy

sobie je wszystkie. Zasada podwójnego skutku błędnie zakłada, że intencje zawsze można jasno określić i dokonać ich oceny.

„EGZYSTENCJALNA EUTANAZJA”

Proponowana przez etyków katolickich moralna ocena sedacji terminalnej budzi zastrzeżenia nie tylko ze względu na zasadę podwójnego skutku, za pomocą której jest zazwyczaj usprawiedliwiana. Istnieje także inny, nie mniej poważny zarzut, jaki wysuwany jest pod jej adresem. Istnieją etycy, którzy dowodzą, że trwałe pozbawienie pacjenta świadomości nie różni się z egzystencjalnego punktu widzenia od eutanazji. „Egzystencjalną eutanazją” nazywa sedację terminalną **Howard Ducharme**.¹⁵ Jego zdaniem zarówno spowodowanie śmierci pacjenta jak i wprowadzenie go w stan sedacji terminalnej oznaczają koniec życia. W przypadku sedacji terminalnej zachowane wprawdzie zostają biologiczne impulsy, to jednak, co dla człowieka ważne, jego jednostkowe, świadome życie ulega bezpowrotnej dezintegracji.¹⁶ To rodzaj śmierci za życia – przekonuje Ducharme, zwracając uwagę, iż pacjent nie doznaje cierpienia, ponieważ w ogóle niczego nie doznaje, nie ma świadomości ani własnego istnienia, ani istnienia innych i otaczającego go świata.¹⁷

ZASADA AUTONOMII JEDNOSTKI KONTRA ZASADA ŚWIĘTOŚCI ŻYCIA

Napisałam, że w sporze o moralną ocenę eutanazji można wyróżnić dwie zasadnicze linie ar-

gumentacyjne. Do tej pory analizowałam raczej wysuwane przez zwolenników stanowiska świętości życia. Nadszedł czas, by przyrzec się argumentom odwołującym się do szacunku dla autonomicznych wyborów jednostek.

Zwolennicy zasady autonomii – odmiennie niż przedstawiciele stanowiska świętości życia – są skłonni usprawiedliwić znacznie większy zakres działań eutanazyjnych. Dla osób przyznających prymat zasadzie autonomii podmiotu kluczową rolę przy moralnej ocenie eutanazji odgrywa suwerenna decyzja cierpiącego pacjenta. Uznają oni, że pacjenci sami najlepiej wiedzą, co jest dla nich dobre i że to oni powinni mieć decydujący głos tak w sprawach dotyczących ich leczenia jak i tego, czy dalsze życie warte jest kontynuowania.

Przedstawiciele omawianego stanowiska wskazują na fakt, iż ludzie różnią się w swych poglądach na temat życia i jego wartości. Niektórzy ludzie pragną żyć tak długo, jak to tylko możliwe, gdyż sądzą, że sam fakt pozostawania przy życiu jest ogromnie wartościowy. Inni z kolei uważają, że życie w pewnych okolicznościach – bycie całkowicie zależnym od innych lub wymaganie podłączenia do specjalistycznej aparatury podtrzymującej podstawowe funkcje życiowe – jest pozbawione godności i że jest swego rodzaju złem. Zarówno życzenia pierwszych jak i drugich powinny być – zdaniem zwolenników zasady autonomii – uszanowane.

Zwolennicy omawianego stanowiska starają się pokazać, dlaczego czas i sposób, w jaki umieramy, ma dla większości z nas fundamentalne znaczenie. Ich

zdaniem istnieją dwa rodzaje powodów, dla których ludzie troszczą się o to, w jaki sposób umierają. Powód pierwszy to chęć uniknięcia tego, co spotkałoby ich, gdyby pozostali przy życiu – cierpienia, kalectwa, zależności od innych. Drugi z powodów związany jest z faktem, że to, kiedy i w jaki sposób, jest dla nas fundamentalnie ważne – chcemy umierać w sposób, w jaki pragnęliśmy żyć. Śmierć jest rodzajem kody domykającej nasze życie i nadającej mu końcowy kształt. Umieranie odbywa się w świetle całego dotychczasowego życia: czyni je – jak mówi bohaterka opowiadki **Leszka Kołakowskiego** – „ostatecznie nieodmiennym”.

DLACZEGO LUDZIE TROSCZĄ SIĘ O SWOJĄ ŚMIERĆ – WEDŁUG R. DWORKINA

Interesująca odpowiedź na pytanie, dlaczego ludzie troszczą się o swoją śmierć proponuje **Ronald Dworkin** w książce *Life's Dominion. An Argument About Abortion and Euthanasia*.¹⁸ Dworkin dochodzi do wniosku, że ma to związek z dwoma rodzajami interesów, które odgrywają rolę w ludzkim życiu. Pierwsze z nich nazywa „interesami doświadczeniowymi” (*experiential interests*). Polegają one na posiadaniu przyjemnych (a w każdym razie nieprzykrych) doświadczeń. Ludzie różnią się między sobą, jeśli chodzi o to, co sprawia im przyjemność. Upodobania jednych innym mogą wydawać się dziwne. Cechą tego rodzaju doznań jest to, iż są one dobre i pożądane wtedy i tylko tak długo, jak długo sprawiają

przyjemność osobie, która ich doświadcza. Interesy tego rodzaju mogą zmieniać się w czasie. Czyjeś upodobanie do muzyki jazzowej może zniknąć, a w jego miejsce pojawić się inne. Nie będzie to jednak oznaczało, że osoba ta doznała jakiejś straty z tego powodu. Jeden rodzaj przyjemności został zastąpiony innym, równie cennym.

Drugim rodzajem interesów, jakie ludzie posiadają, są „interesy krytyczne” (*critical interests*). Ich zaspokojenie czyni życie danej osoby lepszym, pozwala nadać mu wartość. Interesy krytyczne odzwierciedlają ideały i wartości, które ludzie postrzegają jako ważne w swoim życiu. Ludzie sądzą, że rzeczą ważną jest nie tylko posiadanie rozmaitych właściwych doświadczeń, osiągnięć i powiązań. Pragną też, aby posiadało ono pewną strukturę, odzwierciedlającą spójny wybór między nimi – dla niektórych oznacza to trwałe dążenie do pewnego ideału osobowego lub rodzaju życia, które jako stworzona i harmonijna całość wyraża ów ideał.¹⁹

Zdaniem Dworkina nie możemy w pełni zrozumieć, dlaczego niektórzy ludzie woleliby raczej umrzeć niż pozwolić, aby ich życie było sztucznie podtrzymywane, jeśli nie weźmiemy pod uwagę, że poza interesami „doświadczeniowymi” ludzie posiadają również interesy „krytyczne”. Niektórzy ludzie nie chcą wieść życia podłączeni do maszyn, w pełni zależni od pomocy i opieki innych osób, gdyż wydaje im się to niegodne, stojące w dramatycznej sprzeczności z życiem, jakiego pragnęli i jakie starali się wieść. Dla tych ludzi wybór śmierci jest najlepszym

► dostępnym im sposobem na okazanie szacunku dla swego życia – na zachowanie własnej godności.

Dworkin pisze o lęku, jakiego doświadcza wielu ludzi na myśl, że ich ostatnie dni upłyną w stanie całkowitego braku przytomności, w sterylnym szpitalnym pomieszczeniu, gdzie ciało naszpikowane zostanie dziesiątkami rurek i podłączone do maszyn. Część niepokoju bierze się stąd, że tak właśnie – jako bezradni i odhumanizowani – zostaną zapamiętani przez swych bliskich. Największe przerażenie budzi się jednak w tych, którzy przez cały czas żywili głębokie przekonanie, że życie jest wartościowe za sprawą tego, co można uczynić i doświadczyć. Sztuczne podtrzymywanie przy życiu pozbawionego świadomości ciała stoi w dramatycznej sprzeczności z tym przekonaniem – dowodząc, że wartością stało się czyisto biologiczne trwanie.

„Tego rodzaju niepokój mógłby nie trapić nieprzytomnych pacjentów w świecie, gdzie trwała utrata świadomości postrzegana byłaby jako moment śmierci, jako końcowa kurtyna, za którą nie następuje już żadna historia. Ale w takim świecie nikt, kto na trwałe utracił świadomość, nie byłby utrzymywany przy życiu. Nikt nie musiałby się martwić, jak czyni to wielu ludzi w naszym świecie, że inni będą karmić i pielęgnować jego ciało w imię przekonania, które on sam uważa za największą zniewagę – iż czynią to dla niego.”²⁰

Zwolennicy zasady autonomii uznają, że jedyną uprawnioną osobą do podjęcia decyzji o tym, czy pozostać przy życiu, czy też poddać się eutanazji, jest sam pacjent. Zmuszanie kogoś, by

umierał w sposób, który inni akceptują, zaś który on sam uważa za stojący w przerażającej sprzeczności z całym jego dotychczasowym życiem, uważają za odrażającą formę tyranii. Stanowczo też sprzeciwiają się, aby podstawą ustawowych regulacji w zakresie dopuszczalności eutanazji były poglądy, których nie podziela ogół społeczeństwa. Religijne przekonania na temat wartości ludzkiego życia i jego zawisłości od Boga uznają za jeden z wielu równie uprawnionych poglądów w tej sprawie.

Zwolennicy zasady autonomii postulują poszukiwanie rozwiązań, które umożliwiłyby jednostkom podejmowanie samodzielnych i autonomicznych decyzji. W miejsce kontroli w imię odgórnego przyjętych założeń o charakterze metafizycznym proponują daleko posuniętą swobodę decydowania o własnym życiu. Ich zdaniem miejsce jedynie słusznej teorii na temat wartości ludzkiego życia powinny zająć rozwiązania, które umożliwią pojawienie się wielu poglądów i rozstrzygnięcie tej kwestii.

ZACHĘTA DO REFLEKSJI NAD ARGUMENTAMI I RACJAMI STRON SPORU

Na początku niniejszego artykułu napisałam, że nie jest moim celem rozstrzygnięcie sporu o moralną ocenę eutanazji. Starałam się – w sposób możliwie dokładny bezstronny – zaprezentować najważniejsze argumenty wysuwane w sporze o eutanazję. Tym samym miałam nadzieję zachęcić moich Czytelników do zastanowienia się nad przedstawianymi argumentami i racjami przeciwnych stron sporu. Życzy-

łabym sobie, aby niniejszy artykuł pobudził Czytelników do krytycznej refleksji na temat eutanazji. Na zakończenie chciałabym przytoczyć trzy cytaty, które są mi szczególnie bliskie – jako rodzaj memento dla tych wszystkich, którzy starają się znaleźć odpowiedzi na trudne dylematy natury moralnej:

Mało rzeczy spowodowało więcej zła niż wiara żywniona przez jednostki i grupy społeczne (w tym także grupy etniczne, państwa, narody lub kościoły), że są one jedyne posiadaczami prawdy, a w szczególności prawdy o tym, jak żyć, czym być, jak postępować – i że ci, którzy różnią się od nich w przekonaniach, nie tylko błędzą, lecz są źli lub szaleni i wobec tego należy ich powściągnąć i ujarzmić. Jest to przerażająca i ogromna arogancja, kiedy ktoś sądzi, że tylko on ma rację, że tylko jego magiczne oko widzi prawdę i że inni, którzy się z nim nie zgadzają, nie mogą mieć racji (Isaiah Berlin).

Dobre życie nie musi charakteryzować się szczególnie głębokim namysłem; większość sposobów życia, które są postrzegane jako dobre, polega na życiu właśnie, nie zaś na jego studiowaniu. Zdarzają się jednak takie momenty w życiu, które wzywają nas do zajęcia własnego stanowiska. W tej sytuacji bierne zdanie się na bieg zdarzeń lub mechaniczne podjęcie decyzji z wyuczonego szacunku lub wygody jest zdradą, gdyż przedkłada komfort nad godność (Ronald Dworkin).

Czyste sumienie jest wynalazkiem diabła (Albert Schweitzer).

(Śródtytuły pochodzą od redakcji)

Piśmiennictwo i przypisy:

- Małgorzata Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2004, s. 57.
- Zgodnie ze słownikowym znaczeniem wyrażenia „dar”, jest to coś, co zostało komuś подарowane. Naturalną konsekwencją podarowaniu komuś pewnej rzeczy jest zrzeczenie się praw do przedmiotu daru. Darczyńca przekazuje te prawa obdarowanemu. Nowy właściciel uzyskuje pełną kontrolę nad tym, co zostało mu подарowane i może uczynić z nim co zechce. Nie jest to jednak prawdą w odniesieniu do „daru życia”.
- Według św. Augustyna, niego zakaz samobójstwa zawarty jest w szóstym przykazaniu. „Przykazanie «Nie zabijaj» – pisze Augustyn – dotyczy człowieka: ani innego człowieka ani siebie. Bo ten, kto siebie zabija, nie co innego zabija, jeno też człowieka.” (Św. Augustyn, *Państwo Boże*, I, XX, przeł. ks. W. Kubicki, Wydawnictwo Antyk, Kęty 1998). Postrzeganie samobójstwa jako grzechu ugruntowały kolejne synody. W 452 r. synod w Arles ogłosił zakaz samobójstwa. Blisko sto lat później synod w Orleanie (533) potępił samobójstwo jako najgorszą ze zbrodni, zaś synod w Bradze (562) zakazał śpiewania psalmów na grobach samobójców. W krucjacie przeciw samobójcom szczególnie dotkliwie zapisał się synod w Nîmes (1248), który odmówił takim osobom prawa pochówku w poświęconej ziemi. Teologiczne rozważania dotyczące grzechu samobójstwa ostatecznie rozstrzygnął św. Tomasz z Akwinu, ogłaszając, że jest ono grzechem śmiertelnym przeciwko Bogu, dawcy życia, a także grzechem przeciw sprawiedliwości i miłosierdziu (Św. Tomasz z Akwinu, *Suma teologiczna*, II-II, kw. 64, przeł. F. W. Bednarski, Veritas, London 1970).
- Francisco di Vittoria, *Relectiones Theologicae* (1557), cyt. za: K. D. O'Rourke, *Development of Church Teaching on Prolonging Life*, „Health Progress”, January-February 1988.
- G. Kelly, *Duty of Using Artificial Means of Preserving Lives*, „The Theological Studies” 11 (1950); tegoż, *The Duty to Preserve Life*, „Theological Studies” 12 (1951).
- Papież Pius XII, zapytany przez dr. Bruno Heida – kierownika wydziału anestezji kliniki chirurgicznej Uniwersytetu w Innsbrucku: „Czy powinnością lekarza jest podtrzymywanie w sposób sztuczny przy pomocy respiratora życia chorego, w przypadku którego nie ma nadziei na wyleczenie i który znajduje się w stanie śpiączki?” – odpowiedział: „Przyrodzony rozum i moralność chrześcijańska uczą, że człowiek (lub ktokolwiek, komu powierzona została opieka nad bliźnim) posiada prawo i obowiązek w przypadku poważnej choroby powziąć działanie, które jest konieczne dla zachowania życia i zdrowia. (...) Przeważnie jednak człowiek jest zobligowany do zastosowania tylko zwyczajnych środków – uwarunkowanych okolicznościami dotyczącymi osób, czasu, miejsca i kultury – to znaczy środków, które nie są zbyt uciążliwe dla niego lub innych osób.” Zdaniem Piusa XII, sztuczne podtrzymywanie czynności życiowych u chorych, którzy pozostają w stanie śpiączki i którzy, zgodnie ze świadectwem medycznym, nigdy nie powrócą do zdrowia, jest działaniem „nadzwyczajnym”, a tym samym lekarze nie są zobowiązani do jego kontynuacji. Papież orzekł, iż w takich przypadkach dozwolone jest odłączenie aparatury podtrzymującej życie, pod warunkiem, że wcześniej pacjent dopełnił wszystkich czynności religijnych. (Pius XII, *The Prolongation of Life*, w: K. Wm. Wildes (red.), *Birth, Suffering and Death*, Kluwer Academic Publishers, Netherlands 1992, s. 211-212).
- Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji (Iura et bona)*, 4, w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Biblos, Tarnów 1998.
- Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, 65, Wydawnictwo m. Kraków, 1995.
- Congregation for Doctrine of the Faith, *The reality of life after death...*, op. cit. Stanowisko to zostanie potwierdzone przez Kongregację Nauki Wiary w jej pochodzącej z 1980 r. *Deklaracji o eutanazji (Iura et bona)*.
- Św. Tomasz, *Summa teologiczna*, II-IIae, kw. 64, art. 7.
- Tj. z doktryną katolicką w kształcie, w którym jest ona obecnie wyznawana. Historia kościoła pokazuje, że stanowisko doktryny w sprawie bólu i cierpienia nie zawsze było tak wyrozumiałe.
- Na podstawie: J. Boyle, *Toward understanding the principle of double effect*, „Ethics” 90 (1980).
- T. E. Quill, *Death and Dignity – A Case of Individualized Decision Making*, 'The New England Journal of Medicine' 1991, vol. 324, no. 9; T. E. Quill, *The Ambiguity of Clinical Decisions*, „The New England Journal of Medicine” 1993, vol. 329, no. 14.
- T. E. Quill, *The Ambiguity of Clinical Decisions*, op. cit., s. 1039-1040.
- R. J. Kinsbury, H. M. Ducharme, *The Debate Over Total/Terminal/Palliative Sedation* – dyskusja opublikowana na stronie internetowej The Center for Bioethics and Human Dignity (http://www.cbhd.org/resources/endoflife/kingsbury-ducharme_2002-01-24.htm).
- Na temat końca życia „biograficznego” w odróżnieniu od „biologicznego” pisze James Rachels w pracy *The End of Life: Euthanasia and Morality*, Oxford University Press, Oxford 1986. Jego poglądy zostały omówione w rozdziale: „Wartość życia”.
- Zob. też: T. E. Quill, B. C. Lee, S. Nunn, *Palliative Treatments of Last Resort: Choosing the Least Harmful Alternative*, „Annals of Internal Medicine”, Vol. 132 (2000), No. 6.
- R. Dworkin, *Life's Dominion. An Argument About Abortion and Euthanasia*, Harper Collins Publishers, London 1995.
- Tamże, s. 205.
- Tamże, s. 212; podkreślenie autora.