

Danuta Ślęczek-Czakoń

Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych

Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego



Katowice 2004

- leczenie jest bezskuteczne lub bezcelowe, tzn. nie przyniesie pozytywnych zmian w stanie pacjenta, lub działania medyczne mają niskie prawdopodobieństwo powodzenia i wysokie prawdopodobieństwo wyrządzenia krzywdy,
- leczenie przynosi więcej uciążliwości niż korzyści. Dotyczy to nie tylko pacjentów w stanie terminalnym, nawet jeśli pacjent nie umiera, nie ma obowiązku terapii, jeśli niedogodności z nią związane przyniosą pacjentowi więcej szkody niż pożytku.

Decyzje o niepodjęciu lub wycofaniu leczenia są zawsze dramatyczne. Nie wszystkie jednak decyzje o podjęciu czy kontynuowaniu terapii są uzasadnione, słuszne. „Z zasady nieszkodzenia nie wynika obowiązek podtrzymywania życia biologicznego ani też obowiązek podjęcia czy kontynuowania terapii bez względu na ból, cierpienie i złe samopoczucie, jakie ona za sobą pociągnie. [...] jeśli jakość życia jest odpowiednio niska, a zastosowanie terapii czyni pacjentowi więcej szkody niż pożytku, niepodjęcie lub wycofanie leczenia jest usprawiedliwione.”¹⁸

Beuchamp i Childress zdają sobie sprawę z niejasności pojęcia jakości życia, co więcej, uznają, że wyznaczenie obiektywnych, tylko medycznych (bez treści moralnych), kryteriów jakości życia jest niewykonalne. Pewni są jednak tego, że podtrzymywanie biologicznej wegetacji nie można uznać za korzystne, jak też tego, że nie wolno utożsamiać jakości życia pacjenta z jakością czy wartością, jaką jego życie ma dla innych (społeczeństwa, rodziny). Za cechę nieistotną w ustalaniu jakości życia uznają umysłowy niedorozwój pacjenta. Decydujące w ustaleniu jakości życia pacjenta jest określenie najlepszego interesu pacjenta. Pomimo nieostrości pojęcia jakości życia, ono najlepiej – ich zdaniem – pozwala określić, które środki medyczne są obowiązkowe, a z których można zrezygnować.

Prawo do śmierci

Wraz z rozwojem medycyny i możliwością przedłużania (podtrzymywania) życia czy też odroczenia śmierci pojawił się nowy problem moralny określany jako prawo do śmierci. Na pierwszy rzut oka może wydać się to dziwne – zwykle za fundamentalne prawo ludzie uznają prawo do życia. Ono jest podstawą życia społecznego i wszystkich innych praw, jakich ludzie się

¹⁸ T.L. Beauchamp, J.F. Childress: *Zasady etyki medycznej...*, s. 227.

domagają. Ludzie, jak za niowaniem, uzyskiwaniem do życia oraz prawa do śmierci lub chorych i beznadziejnie może wyleczyć ani nie m własnowolnieni przez ins

W każdym wolnym sp kiem nieletnich, psychicz lub rezygnacji z niej. Wy zakaźna, poważne zaburz nostki jest uzasadnione, zapobiegawcze (np. szcze są sprawą prywatną, o il zaniechania leczenia czy znacznie z moralnego pun i ponosimy odpowiedzialn decyzji. To ogranicza nas Czym innym jest jednak towanie go wbrew jego rego do terapii utrzymuj akceptować. Przymus z dalszego życia, nie odbie ponowne przemyślenie d kreśla jego prawo do sam być najbardziej niezależ swoich obrońców, nawet nawet sprawy życia nie łość powinna uznać wbre chociaż może on przytłu odmówię, nie pozbawia nionych tu okolicznościa nia świata w stosunku d dzenia moralnego i praw Prawa te, co podkreśla J nia z...” na mocy wolne może się przekształcić w

¹⁹ H. Jonas: *Prawo do śmierci*

²⁰ Ibidem, s. 11.

²¹ Nawet religia traktująca zachowania życia bezwarunko ralnie konsekwencji.

domagają. Ludzie, jak zauważa Hans Jonas¹⁹, zawsze mieli kłopoty z definiowaniem, uzyskiwaniem i obroną różnych praw. Dotyczy to także prawa do życia oraz prawa do śmierci. To ostatnie odnosi się do osób umierających lub chorych i beznadziejnie cierpiących, których współczesna medycyna nie może wyleczyć ani nie może uśmierzyć ich cierpienia i którzy zostali ubezwłasnowolnieni przez instytucję szpitala i istniejący system prawny.

W każdym wolnym społeczeństwie prawo gwarantuje ludziom (z wyjątkiem nieletnich, psychicznie chorych) swobodę decyzji w podjęciu terapii lub rezygnacji z niej. Wyjątkiem jest choroba zagrażająca innym (choroba zakaźna, poważne zaburzenia psychiczne) – tu ograniczenie swobody jednostki jest uzasadnione, podobnie jak pewne środki przymusu czy środki zapobiegawcze (np. szczepienia ochronne). Choroba lub zdrowie, sądzi Jonas, są sprawą prywatną, o ile nie kolidują z interesami publicznymi. Kwestia zaniechania leczenia czy odebrania sobie życia nie przedstawia się jednoznacznie z moralnego punktu widzenia. Mamy obowiązki wobec innych ludzi i ponosimy odpowiedzialność za innych, których los zależy od naszych decyzji. To ogranicza naszą wolność oraz prawo do zadania sobie śmierci. Czym innym jest jednak ingerencja w wolność niedoszłego samobójcy (ratowanie go wbrew jego woli), czym innym zmuszanie beznadziejnie chorego do terapii utrzymującej go przy takim życiu, którego nie chce on zaakceptować. Przymus zastosowany wobec samobójcy nie zmusza go do dalszego życia, nie odbiera mu możliwości wyboru, daje jedynie szansę na ponowne przemyślenie decyzji. Przymus terapii beznadziejnie chorego przekreśla jego prawo do samostanowienia. Z tego powodu „wybór śmierci musi być najbardziej niezależnym ze wszystkich wyborów; życie może mieć swoich obrońców, nawet z egoizmu, a już z pewnością z miłości. Jednakże nawet sprawy życia nie wolno bronić z nadmiernym uporem. Właśnie miłość powinna uznać wbrew własnemu pragnieniu, że żaden obowiązek życia, chociaż może on przytłumić we mnie pragnienie śmierci, tak że jej sobie odmówię, nie pozbawia mnie rzeczywiście prawa do tego, aby w uwzględnionych tu okolicznościach wybrać śmierć. Jakikolwiek byłyby oczekiwania świata w stosunku do osoby, prawo to (poza religią) jest z punktu widzenia moralnego i prawnego tak samo niezbywalne, jak prawo do życia.”²⁰ Prawa te, co podkreśla Jonas, należy rozumieć jako „możliwość skorzystania z...” na mocy wolnego wyboru, a nie obowiązek – prawo do życia nie może się przekształcić w obowiązek życia²¹, prawo do śmierci nie może być

¹⁹ H. Jonas: *Prawo do śmierci*. „Etyka” 1988, nr 23.

²⁰ Ibidem, s. 11.

²¹ Nawet religia traktująca życie jako obowiązek wobec Boga, jak uważa Jonas, nie czyni zachowania życia bezwarunkowym obowiązkiem, bo prowadziłoby to do niepożądanych moralnie konsekwencji.

obowiązkiem śmierci. Regulacje prawne powinny współcześnie w równej mierze chronić życie (m.in. przez gwarancje równego dostępu do leczenia, ustanowienie sprawiedliwych zasad podziału środków medycznych), jak i zapewnić prawo do śmierci. To ostatnie nie jest proste, szczególnie w sytuacji pacjenta autonomicznego, ale nie mogącego zrealizować swojej woli. Trudności z ustaleniem treści i zakresu prawa do śmierci oraz jego realizacją Jonas pokazuje na dwóch przykładach.

Nieuleczalnie chory pacjent w stanie świadomości. Jeśli pacjent jest autonomiczny, często sam może korzystać ze swego prawa do śmierci, np. odmawia podjęcia lub kontynuacji terapii przedłużającej (czy ratującej) życie. Tak rozumiane prawo do śmierci wiąże się z prawem do prawdy. Jeśli pacjent będzie oszukiwany lub nie będzie dysponował rzetelną informacją o swoim stanie, szansach leczenia, ryzyku i korzyściach, jakie niesie sobą leczenie, nie będzie mógł podjąć świadomej decyzji. Na przeszkodzie w realizacji prawa do prawdy stoją: i paternalistyczna tradycja lekarska, i względy psychologiczne. Jak przekazać niepomyślną wiadomość choremu, czy on sam tego chce, może woli być oszukiwany, czy prawda nie pogorszy jego stanu psychicznego oraz nie odbierze mu woli życia – na te pytania nie ma jednej prostej odpowiedzi. Pierwszeństwo ma szacunek dla autonomii pacjenta. W obliczu spraw ostatecznych nie należy przez okłamywanie odbierać pacjentowi szansy na świadomą decyzję. Z jednym wyjątkiem. H. Jonas uważa, że częścią sztuki lekarskiej jest zorientowanie się w sytuacji, czy pacjent chce usłyszeć prawdę, czy woli być wprowadzany w błąd. Kłamstwo na życzenie może być słuszne.

Prawo do śmierci to również prawo do oswojenia się z własną śmiercią, do świadomości własnej śmierci – oszukując umierającego, pozbawiamy go możliwości bycia sobą, jego indywidualnej postawy wobec końca życia, nie mówiąc już o tym, że odbieramy umierającemu szansę na uporządkowanie jakichś istotnych spraw w jego życiu. Pacjent, który świadomie rezygnuje z przedłużenia życia, zwykle chce, by zaoszczędzić mu bólu. Prawo do śmierci obejmuje też łagodzenie bólu (opieka terminalna), nawet jeśli zwiększanie środków przeciwbólowych przyspieszy śmierć. W stadium końcowym, sądzi Jonas, lekarze przestają być uzdrowicielami, stają się pomocnikami w umieraniu. Nie jest to zgoda na zabijanie z litości, eutanazję, lecz przyzwolenie na śmierć. Przyzwolenie to (np. zaprzestanie procedury podtrzymującej życie na życzenie pacjenta, odłączenie pacjenta na prośbę od respiratora, zwiększanie dawek środków przeciwbólowych kosztem skrócenia życia) należy uwolnić od represji karnych i zawodowych, a czynów tych nie nazywać zabójstwem, samobójstwem czy błędem w sztuce lekarskiej. Jonas jest przeciwnikiem eutanazji w wypadku pacjentów autonomicznych, dopuszcza ją jedynie w wypadku pacjentów w stanie nieświadomości, gdy nie ma już życia osobowego. Czyni to ze względu na przekonanie, że klóciłoby się

to z integralnością zaw
przyznane pacjentowi

Pacjent w stanie n

jest często uznawany z
przedni jest istotniejszy
Pacjent, który znajduje
podmiot zdolny do po
życia, nie jest właściwi
mawiają za tym, by nie
cie, aby umarł nieszcz
ciało, i skończcie z deg
nak w ludziach strach
śmierci czy zaniechani
pretowane jako zabijar
obroncy życia w każdy
nia śmierci. Wyjściem
bądź względ na pamię
nasowi zadowolająca.
zwała uznać przerwani
wet obowiązujące, ale
cia mózgową za bank
– utrzymywanie zwłok
dychania, odżywianie
stwarza różne pokusy i
śmierci mózgu zostaje
Jonasa, lepsza. Bliska j
ki medyczne, ale nawia
jakości życia, co zbliż
Beuchampa i Childressa
nowiskiem w kwestii o
środki takie powinny b
do śmierci. Prawo to je
ny. W wypadku pacjent
je w imię pamięci osob
mięci przed zdegradow
ono jednak naszym obo
sztucznego podtrzymyw
działe środków medyczn
niczonych środków med
stać (ma najmniejsze s

²² H. Jonas: *Prawo do ś*

to z integralnością zawodu lekarza, choć wie, że takie podejście ogranicza przyznane pacjentowi prawo do śmierci.

Pacjent w stanie nieodwracalnej utraty świadomości. Taki przypadek jest często uznawany za „trudny”, tymczasem, zdaniem Jonasa, to ten poprzedni jest istotniejszy, częściej spotykany i trudniejszy do rozstrzygnięcia. Pacjent, który znajduje się w nieodwracalnej śpiączce, który nie istnieje jako podmiot zdolny do podjęcia decyzji, a w jego ciele tlą się jeszcze resztki życia, nie jest właściwie podmiotem prawa. I rozsądek, i humanitaryzm przemawiają za tym, by nie przedłużać takiego stanu oraz uznać: „[...] pozwólcie, aby umarł nieszczęsny cień dawnej osoby, skoro gotowe do tego jest ciało, i skończcie z degradacją jego wymuszonego istnienia!”²² Istnieje jednak w ludziach strach przed zabijaniem, który powoduje, że dopuszczenie śmierci czy zaniechanie sztucznego podtrzymania życia jest błędnie interpretowane jako zabijanie. Sprzyja temu też koncepcja zawodu lekarza jako obrońcy życia w każdych okolicznościach i prawo zabraniające powodowania śmierci. Wyjściem z tego zaułka jest przyjęcie definicji śmierci mózgu bądź względ na pamięć osoby. Pierwsza możliwość nie wydaje się H. Jonasowi zadowalająca. Wprawdzie spełnienie kryteriów śmierci mózgu pozwala uznać przerwanie sztucznego przedłużania życia za dozwolone, a nawet obowiązujące, ale jawi się tu możliwość uznania ciała zmarłego śmiercią mózgową za bank organów do transplantacji lub pole do doświadczeń – utrzymywanie zwłok w stanie „świeżości” (podtrzymanie krążenia i oddechania, odżywianie dożylnie) umożliwi ich instrumentalne traktowanie, stwarza różne pokusy ich wykorzystania oraz decyduje o tym, że definicja śmierci mózgu zostaje pozbawiona czystości. Druga możliwość jest, wedle Jonasa, lepsza. Bliska jest rozróżnieniu na zwyczajne i nadzwyczajne środki medyczne, ale nawiązuje do zasady sprawiedliwości oraz do koncepcji jakości życia, co zbliża Jonasa do (prezentowanych wcześniej) poglądów Beuchampa i Childressa. Jonas, po deklaracji, że zgadza się z papieskim stanowiskiem w kwestii odstąpienia od środków nadzwyczajnych, uznaje, że środki takie powinny być wstrzymane ze względu na pacjenta i jego prawo do śmierci. Prawo to jest formułowane w imię autonomii osoby i jej ochrony. W wypadku pacjenta z nieodwracalną utratą świadomości formułujemy je w imię pamięci osoby, jaką kiedyś pacjent był, i w imię ochrony tej pamięci przed zdegradowaniem. Prawa tego nie chronią normy prawne, jest ono jednak naszym obowiązkiem moralnym. Pewną pomocą w zaniechaniu sztucznego podtrzymywania życia może być zasada sprawiedliwości w rozdziale środków medycznych. Na najmniejszą preferencję w przydziale ograniczonych środków medycznych zasługuje ten, który najmniej może skorzystać (ma najmniejsze szanse przeżycia). Dotyczy to także kontynuowania

²² H. Jonas: *Prawo do śmierci...*, s. 19.

leczenia. Może wydawać się to okrutne w normalnych sytuacjach. Pacjent nieodwracalnie nieprzytomny nie doświadcza już niczego, nie wynosi żadnej korzyści z leczenia. W jego przypadku można odwołać się do najmniejszych korzyści i zaprzestać terapii, by inni potrzebujący mieli dostęp do środków medycznych i mogli odnieść korzyść.

W celu obrony prawa do śmierci trzeba na nowo ustalić powołanie medycyny. Lekarz nie może zmuszać pacjentów do życia, choć ochrona życia nadal pozostanie jednym z podstawowych obowiązków sztuki lekarskiej. Szpital i technika medyczna nie może ubezwłasnowolnić pacjenta i lekarza. Wszyscy chyba się zgodzą, jak sądzi Jonas, że medycyna powinna czuwać nad całością życia, ale nie kosztem mnożenia cierpienia i poniżenia człowieka. „Jak taka deklaracja zasad da się zastosować w życiu i praktyce prawnej, to z pewnością trudny problem; i bez względu na to, jak dobrze wywiązujemy się ze swych obowiązków, nie obejdzie się bez obszarów niepewności, gdzie w poszczególnych przypadkach musimy podejmować trudne decyzje.”²³ Jedno jest pewne, podkreśla autor, to prawo do życia we właściwym i pełnym rozumieniu jest źródłem prawa do śmierci, które należy przyznać każdemu człowiekowi.

H. Jonas rozpatrywał prawo do śmierci z perspektywy świeckiej, odwołując się do wolności człowieka, a także sprawiedliwości i jakości życia. Z taką koncepcją prawa do śmierci polemizują etycy katoliccy, widząc w niej przejaw „cywilizacji śmierci”. Jeśli już mówią o prawie do śmierci, to, co rozumieją, pojmują je w perspektywie religijnej. W takim ujęciu prawo to obejmuje śmierć naturalną, bez ingerencji człowieka, bez eutanazji i samobójstwa. Niektórzy nawet wolą używać sformułowania „prawo dla śmierci”²⁴, by odróżnić chrześcijański pogląd na dobrą, godną człowieka śmierć od koncepcji świeckiej. „Prawo dla śmierci”, rozumiane w perspektywie religijnej, nadprzyrodzonej, uznaje, że śmierć jest ważniejsza od prawa stanowiącego przez człowieka – człowiek jej podlega jako zjawisku naturalnemu, nieuchronnemu, niezależnie od swojej woli. Uzasadniane jest to dzięki założeniu, że tylko Bóg jest dysponentem życia ludzkiego, a człowiek powinien czas swojej śmierci przeżyć bez skracania i przedłużania. Ponadto dla chrześcijanina wiara ma odsłonić sens cierpienia, bólu – znoszenie bólu (jego dowartościowanie i zgoda na jego doświadczenie) ma wierzącemu otworzyć szersze perspektywy duchowe na większe dobra (godność, zbawienie). Nie prowadzi to jednak do zakazu łagodzenia cierpienia. Przeciwnie, uznaje się za wskazaną opiekę paliatywną, pod warunkiem że nie przeszkodzi to w świadomym przeżywaniu śmierci przez umierającego i spełnieniu

²³ Ibidem, s. 25.

²⁴ J. Brusilo: *Prawo do śmierci czy prawo dla śmierci? W: Podstawy i zastosowania bioetyki*. Red. T. Biesiaga. Kraków 2001.

obowiązków religijnych wracalności szkód w radę ulgę w cierpieniach, nawiedzenia (rodzina) nie może woli, aplikując mu odpowiedzialność na nim obowiązki innych zobowiązań mimo lekarz czy inne osoby mają wartość (świętość) życia chronić je od naturalnego do stosowania wszelkich nie obejmuje on fazy starości czy choroby niecał naturalnego biegu życia prawa do zadawania śmierci sensu życia (eutanazja) śmierci poza naturalne życia, jaką często przebiegających kwestii:

1. Laicka koncepcja naturalistycznym, naturalistycznym błędnego rozumienia wartości życia (sprowadzenia (uznanie, że zawsze

2. Zastosowanie laickie do pogardy dla życia, naturalistycznymi, rozwojowymi argumentami równi pochyłości lub katastrofy, jaka może być czyn (lub klasę czy

Zastrzeżenia z grup nierozstrzygalne. Zastrzeżenia i oceny konsekwencji do tomiast przekonanie, że

²⁵ T. Ślipko: *Granice życia*

²⁶ Ibidem, s. 397.

²⁷ J. Brusilo: *Prawo do*

²⁸ Ibidem, s. 128–130.

²⁹ Dokładną analizę tego Lublin 2000.

obowiązków religijnych. „Doniosłość tych aktów przy równoczesnej nieodwracalności szkód w razie ich zaniechania każe postawić je wyżej aniżeli ulgę w cierpieniach, nawet bardzo wielkich. Toteż ani lekarz, ani nikt z otoczenia (rodzina) nie mogą w imię współczucia dla chorego udaremnić jego woli, aplikując mu odpowiednie środki znieczulające. Owszem, gdyby pacjent sam domagał się takiej ingerencji, otoczenie winno mu przypomnieć ciążące na nim obowiązki. Dopiero w wypadku, kiedy pacjent świadom własnych zobowiązań mimo wszystko nie odstępowałby od swoich żądań, lekarz czy inne osoby mogą dostosować się do jego woli.”²⁵ Bezwzględna wartość (świętość) życia ludzkiego, niezależnie od jego jakości, nakazuje chronić je od naturalnego początku aż do końca. Istnieje obowiązek i prawo do stosowania wszelkich dostępnych środków przy zwalczaniu choroby, ale nie obejmuje on fazy agonii i umierania²⁶. W obliczu śmierci na skutek starości czy choroby nie należy stosować uporczywej terapii, by nie zakłócać naturalnego biegu rzeczy, misterium i *sacrum* śmierci²⁷. Człowiek nie ma prawa do zadawania śmierci, nawet w sytuacji nieznośnego cierpienia i utraty sensu życia (eutanazja, samobójstwo), nie ma też prawa do odraczania śmierci poza naturalne granice. Krytyka utylitarystycznej koncepcji jakości życia, jaką często przeprowadzają etycy katoliccy, koncentruje się wokół następujących kwestii:

1. Laicka koncepcja jakości życia jest oparta na niewłaściwym (materialistycznym, naturalistycznym) ujęciu świata, człowieka, które prowadzi do błędnego rozumienia wolności człowieka (przekreślenie jego godności), wartości życia (sprowadzenie jej do jakości, negacja świętości życia), cierpienia (uznanie, że zawsze jest złe i nie ma sensu).

2. Zastosowanie laickiej koncepcji jakości życia może prowadzić (musi?) do pogardy dla życia, masowej eugeniki, eutanazji dzieci z wadami genetycznymi, rozwojowymi, osób starych i nieuleczalnie chorych²⁸. Jest to argument równi pochyłej polegający na wskazaniu istniejącego zagrożenia lub katastrofy, jaka może się wydarzyć, gdy wykona się jeden niebezpieczny czyn (lub klasę czynów)²⁹.

Zastrzeżenia z grupy pierwszej są sporem o pryncypia i jako takie są nierozstrzygalne. Zastrzeżenia drugiej grupy dotyczą możliwości określenia i oceny konsekwencji działań. Ich zasadność może potwierdzić empiria, natomiast przekonanie, że argument równi pochyłej jest istotny w ocenie

²⁵ T. Ślipko: *Granice życia*. Warszawa 1980, s. 300.

²⁶ Ibidem, s. 397.

²⁷ J. Brusiło: *Prawo do śmierci czy prawo dla śmierci?...*, s. 132.

²⁸ Ibidem, s. 128–130.

²⁹ Dokładną analizę tego argumentu przeprowadza B. Chyrowicz: *Bioetyka i ryzyko*. Lublin 2000.

aktualnych decyzji i działań zależy od stanowiska w kwestii postępu technicznego. **Optymista technologiczny** (a takimi są zwykle utylityści) uznaje, że postęp jest nieograniczony i nieunikniony. Miarą postępu jest efektywność zaspokajania jednostkowych potrzeb – nikt nie wyznaczy kresu w działaniach zmierzających do pomnażania sumy dobra (przyjemności, szczęścia) lub pomniejszania sumy zła (cierpienia, nieszczęścia). Jeśli nawet istnieją jakieś zagrożenia, że działania doprowadzą do ujemnego bilansu (nadwyżka nieszczęścia nad szczęściem), to optymista uzna, że warto to wziąć pod uwagę oraz wprowadzić dodatkowe zabezpieczenia (np. ustalić kryteria odróżniające zabicie od przyzwolenia na śmierć czy kryteria odróżnienia eutanazji dobrowolnej od niedobrowolnej), by nie zadziałał mechanizm równi pochyłej. Argument równi pochyłej jest traktowany jako ostrzeżenie, które warto brać pod uwagę. Zakłada się tu jednak, że obawy często są wyolbrzymione, a niebezpieczeństwu zawsze jakoś da się zaradzić. **Pesymista technologiczny** (zwykle są to metafizycy przyjmujący założenia teologiczne lub zakładający, że Natura jest święta, celowa, doskonała), uznaje, że świat jako całość i każda jego część ma swoją wewnętrzną naturę, istotę, której człowiekowi nie wolno naruszać czy działać wbrew niej. *Homo sapiens* ma raczej odczytywać prawa świata oraz być jego konserwatorem, a nie twórcą czy naprawiaczem (świat jest doskonały i nie ma tu co poprawiać). Dlatego chce się tu wskazać na nieprzekraczalne granice w zdobywaniu wiedzy, w rozwoju technologii i jej zastosowań. Dla pesymistów problem granic ryzyka jest bardzo istotny – właściwie sama możliwość ryzyka (naruszanie praw natury, wkraczanie w nie swoje kompetencje) już jest traktowane jako wystarczający powód dla potępienia pewnych działań czy teorii jako przyczyny katastrofy fizycznej i upadku moralnego³⁰. Może właśnie z tego powodu rozumowanie w stylu równi pochyłej bardzo często służy rzecznikom etyki świętości życia do walki z przedstawicielami etyki jakości życia.

Prawo do śmierci zajęło znaczące miejsce w sporach normatywnych. Argumenty używane w tym sporze, zdaniem R. Tokarczyka³¹, skupiają się wokół permissywnego lub restryktywnego pojmowania wolności. Obie strony odwołują się do prawa człowieka do samostanowienia o własnym losie. Jednak permissywiści obejmują nim prawo do życia i prawo do śmierci, restryktywiści zawężają je tylko do prawa do życia. Dla permissywiistów wartość wolności jest większa od wartości życia, dla restryktywistów wartość życia jest wyższa od wolności. Wprowadzenie prawa do śmierci do prawodawstwa jest utrudnione choćby przez jednoznaczne ustalenie woli człowieka, który ma z tego prawa korzystać – chodzi nie tylko o pacjentów niekompetentnych, ale

³⁰ Ciekawą analizę tych kwestii podejmuje K. S z e w c z y k: *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*. Warszawa–Łódź 2001, szczególnie s. 249–287.

³¹ R. Tokarczyk: *Prawa narodzin, życia i śmierci*. Kraków 1997, s. 142.

także pacjentów, którzy ności może wpływać opiekunowie). Ameryk „człowiek, mając niez do śmierci poprzez medycyny”³². Stosując sądy amerykańskie zw się respektowania praw nych sprawach są odr Zjednoczonych obowia III Act mający służyć j. Osoby chcące skorzystać oświadczenie swojej w nieuleczalnej (*living w* bójstwo ani eutanazję, musi być podpisana pr deklarujący działa dob w każdej chwili odwo który działając zgodnie „Trzeba jednak dodać, wielką dyskusję doktry rej stanowiska są niez tyczne. Niektórzy obaw prawnych dotyczących katami śmierci.”³³ Pom że niezależnie od spor krajach dąży się do op cymi oraz określenia decyzje podejmowane

Eutanazja

Problem eutanazji o nieważ cywilizacja do

³² Ibidem, s. 143.

³³ M. Nesterowicz: *P*

także pacjentów, którzy wyrazili swoją wolę wcześniej, ale zmiana okoliczności może wpływać na jej interpretację przez otoczenie (rodzina, lekarze, opiekunowie). Amerykańskie *common law* od 1767 r. wprowadziło zasadę, że „człowiek, mając niezbywalne prawo do własnego ciała, tym samym ma prawo do śmierci poprzez np. odrzucenie podtrzymywania jego życia za pomocą medycyny”³². Stosując tę zasadę oraz konstytucyjne prawo do prywatności, sądy amerykańskie zwykle przychylają się do żądań pacjentów domagających się respektowania prawa do śmierci, ale zdarza się, że orzeczenia w podobnych sprawach są odmienne. Obok orzecznictwa *common law* w Stanach Zjednoczonych obowiązuje (od 1985 r.) *The Uniform Rights of the Terminal Ill Act* mający służyć jako wzorzec dla prawodawstw poszczególnych stanów. Osoby chcące skorzystać z tego prawa powinny złożyć odpowiednie pisemne oświadczenie swojej woli kontynuowania lub zaprzestania leczenia choroby nieuleczalnej (*living will*). Wykonanie tej decyzji nie jest uznawane za samobójstwo ani eutanazję, lecz za przyzwolenie na naturalną śmierć. Deklaracja musi być podpisana przez dwóch neutralnych świadków potwierdzających, że deklarujący działa dobrowolnie. Traci ona moc po 5 latach, ale może być w każdej chwili odwołana. Deklaracja jest wiążąca dla rodziny oraz lekarza, który działając zgodnie z nią, nie ponosi odpowiedzialności cywilnej i karnej. „Trzeba jednak dodać, że ustawa kalifornijska i podobne stanowe wywołały wielką dyskusję doktrynalną, nie tylko w USA, lecz i w innych krajach, w której stanowiska są niezmiernie zróżnicowane, zarówno aprobujące, jak i krytyczne. Niektórzy obawiają się, aby sami lekarze nie decydowali o kwestiach prawnych dotyczących ważności »*living will*« i nie stali się przez to adwokatami śmierci.”³³ Pomijając na razie kwestię eutanazji, można powiedzieć, że niezależnie od sporów etycznych o rozumienie prawa do śmierci w wielu krajach dąży się do opracowania zasad etycznych postępowania z umierającymi oraz określenia odpowiedzialności cywilnej i karnej lekarza za jego decyzje podejmowane wobec pacjentów w stanach terminalnych.

Eutanazja

Problem eutanazji ciągle powraca z coraz większą intensywnością, ponieważ cywilizacja doprowadziła do ekstremalnego przedłużenia życia,

³² Ibidem, s. 143.

³³ M. Nesterowicz: *Prawo medyczne*. Toruń 1998, s. 148.

bezwartościowe, lepiej będzie, gdy umrą (nie będą cierpieli i nie będą ciężarem dla innych).

Prawne ujęcie eutanazji traktuje ją jako zabójstwo z litości, zwykle łagodniej karane. Ale i tu nie ma zgody, co zaliczyć do warunków zabójstwa z litości³⁶. Zwykle przyjmuje się, że eutanazja to: 1) zabójstwo nieuleczalnie chorego, 2) cierpiącego człowieka, 3) na jego żądanie i 4) pod wpływem współczucia dla niego. Brak spełnienia jednego z tych warunków kwalifikuje czyn jako zwykle zabójstwo, a brak warunku 3) przy spełnieniu pozostałych pozwala uznać zabójstwo za eutanazję niedobrowolną. Podstawowym problemem jest bezsporne ustalenie motywu działania sprawcy – jest to często niemożliwe do ustalenia. Motyw litości wydaje się tu niezbędny, by w ogóle mówić, że mamy do czynienia z eutanazją, ale sporne jest już to, czy litość ma być wyrazem empatii, współczucia dla cierpiącego człowieka, czy też może płynąć z oceny jakości życia. Niektórzy podważają motyw współczucia jako istotny warunek eutanazji, sądzą bowiem, że lekarz traktujący śmierć jako zjawisko naturalne może pomagać w umieraniu, kierując się innymi uczuciami³⁷. Warunek 1) (nieuleczalna, beznadziejna choroba) także jest trudny do sprecyzowania. Czy chodzi o choroby, których współczesna medycyna nie może wyleczyć, a wiążą się one z nieznośnym bólem w fazie terminalnej; czy o choroby przewlekłe, nieuleczalne, z którymi można wprawdzie długo żyć, ale pacjent nie akceptuje swojego stanu oraz perspektyw życia w dyskomforcie fizycznym i psychicznym; czy chodzi o stan, w jakim pacjent się znalazł na skutek wypadku czy choroby, nie rokujący poprawy? Warunek 2) (cierpienie) rozumiemy intuicyjnie: chodzi o takie cierpienia fizyczne oraz psychiczne, którego człowiek nie chce cierpliwie znosić i których mimo wysiłków nie można mu złagodzić. Trudno jednak ustalić obiektywną skalę cierpienia – człowiek świadomy, autonomiczny, sam o tym decyduje, ludzie nieświadomi lub niekompetentni tego nie określają. Jakie cierpienia uznać za uzasadniony powód pragnienia śmierci – to jeszcze jeden problem, który trudno jednoznacznie rozstrzygnąć. Eutanazja rozumiana jako zabójstwo na żądanie jest, na pierwszy rzut oka, czysta moralnie o tyle, że jest pomocą w samobójstwie, realizacją woli osoby autonomicznej i respektowania jej prawa do śmierci. Tu jednak problemem jest (jeśli zgodzimy się na takie rozumienie prawa do śmierci) ustalenie formy oraz treści woli, by uznać ją za dobrowolną, świadomą, niezłomną. Niektórzy wątpią, czy chory i cierpiący człowiek jest zdolny w stanie załamania psychicznego stawiać dobrowolne i niezłomne żądania. Dodatkowo, w wypadku lekarza, można pytać, czy może on spełnić nawet słuszne żądanie pacjenta, jeśli uważa, że nie-

³⁶ J. Najda: *Eutanazja problemu czy problem eutanazji?* „Człowiek i Światopogląd” 1989, nr 1.

³⁷ Ibidem, s. 27.

Poza tymi rozróżnieniami można spotkać odróżnianie eutanazji **kierowanej** (gdy podtrzymuje się życie do określonego momentu, np. pobrania organów do transplantacji) lub **niekierowanej** i odróżnienie **ortotanazji** (zaniechania środków podtrzymujących życie) od **dystanazji**, czyli stosowania nadzwyczajnych środków przedłużających życie. Ta ostatnia może być uporczywą, heroiczną terapią i jako taka w ogóle nie powinna być włączana w zakres pojęcia eutanazji (przecież *dis* w złożeniach oznacza rozdzielanie i wyrazowi, do którego jest dołączone, nadaje znaczenie przeciwstawne lub negatywne).

Łączenie różnych kryteriów rozróżniania postaci eutanazji daje możliwość różnych charakterystyk, np. eutanazja czynna, dobrowolna, świadoma, samobójcza. Jedną z typologii form eutanazji wykorzystującej niektóre wymienione powyżej kryteria jest ta proponowana przez J. Fletchera³⁹, który wyliczał pięć form eutanazji:

- **eutanazja czynna, dobrowolna, bezpośrednia** – jest to samobójstwo pacjenta, któremu na prośbę dostarcza się odpowiednich środków do jego wykonania,
- **eutanazja bierna, dobrowolna, bezpośrednia** – pacjent nie jest w stanie sam zadać sobie śmierci, ale wcześniej wyraził chęć jej przyspieszenia i przekazał swoją decyzję innym (lekarzom, rodzinie, prawnikom), co mają robić, gdy znajdzie się w stanie, gdy będzie niesamodzielny,
- **eutanazja bierna, dobrowolna, niebezpośrednia** – eutanazja dokonywana jest w imieniu pacjenta, za jego zgodą, za pomocą środków niebezpośrednich. Jest to wypełnienie testamentu życia, jaki pacjent sporządził. Chodzi tu o zaprzestanie lub niepodjęcie terapii.
- **eutanazja bierna, niedobrowolna, bezpośrednia** – jest to zabójstwo z litości dokonane bez zgody chorego, ale dla jego dobra. Przykładem może być podanie śmiertelnej dawki leków lub niepodjęcie leczenia w wypadku chorego o niskim poziomie IQ.
- **eutanazja bierna, niedobrowolna, niebezpośrednia** – jest praktykowana każdego dnia w wielu szpitalach. Polega na wycofaniu lub niepodjęciu leczenia przy stosowaniu tylko podstawowej opieki. Robi się to dla dobra pacjenta, niekoniecznie na jego prośbę – decyzję najczęściej podejmuje personel szpitala.

Klasyfikacja Fletchera opierała się na jego sytuacjonizmie chrześcijańskim⁴⁰ krytykującym zasadę świętości życia, uznającym miłość (*agape*) za naczelną zasadę i źródło moralności. Sytuacjonizm etyczny Fletchera obej-

³⁹ J. Fletcher: *Eutanazja*. „Etyka 1993, nr 26; Idem: *Morals and Medicine*. New Jersey 1954, s. 186–190.

⁴⁰ W.R. Jacórzyski: *Joseph Fletcher i agapizm, czyli: „kochaj i rób co chcesz”*. „Etyka” 1993, nr 26.

jego narzeczonego chorego i umierającego na nowotwór. Sąd uznał, że jest winna jego śmierci, ale zwolnił ją od kary. W 1939 r. Freud umierający na raka szczęki poprosił lekarza o śmiertelny zastrzyk. Lekarz spełnił prośbę. W latach siedemdziesiątych XX wieku głośno było o dzieciach thalidomidowych – ofiarach stosowania leku wpływającego na rozwój płodu. W 1962 r. odbył się proces w Belgii (Liège) o uśmiercenie dziecka thalidomidowego, oskarżono rodziców i lekarza, który dostarczył trucizny. Oskarżonych uwolniono od kary.

Jedną z najbardziej znanych i kontrowersyjnych postaci, wprowadzających w czyn postulaty zwolenników eutanazji jest urodzony 26.05.1928 r. Jack Kevorkian. Od 1990 r. do 1999 r. asystował, jak się szacuje, w 130 przypadkach eutanazji dobrowolnej (pomoc w samobójstwie). Będąc już na emeryturze, poświęcił czas stworzeniu specjalizacji medycznej, którą nazwał agonologią – postępowaniem wobec konających pacjentów. W 1987 r. zamieścił w miejscowej prasie ogłoszenie: „Lekarz udziela porad nieuleczalnie chorym, pragnącym umrzeć z godnością.” Tytułował się specjalistą w zakresie bioetyki i agonologii. Skonstruował przyrząd służący do popełniania samobójstwa. 4 czerwca 1990 r. Kevorkian pomógł popełnić samobójstwo 54-letniej J. Adkins, kobiecie w początkowym stanie choroby Alzheimerera. Kevorkian spełnił prośbę J. Adkins po ośmiu miesiącach jej nalegań. Kobieta, u której choroba postępowała na razie wolno (miewała czasem zaniki pamięci), panicznie bała się utraty kontroli nad swoim postępowaniem i tego, że pewnego dnia stanie się „żywym trupem”. Chciała umrzeć w sposób bezbolesny. Śmierć nastąpiła po 7 minutach od zażycia pod wpływem środka usypiającego, a następnie podania środka na zatrzymanie akcji serca. Przy samobójstwie obecny był także mąż pani Adkins, który cały czas trzymał ją za rękę. Rodzina pacjentki publicznie wyraziła lekarzowi swoją wdzięczność za to, że pomógł jej godnie umrzeć i uwolnił ją od terroru strachu. Sprawa trafiła do sądu, który wydał zakaz prowadzenia tych praktyk, a Kevorkiana w 1991 r. pozbawił prawa wykonywania zawodu. 22.10.1991 r. Kevorkian znowu znalazł się w centrum zainteresowania, tym razem pomógł umrzeć dwóm kobietom: 43-letniej S. Miller chorej na stwardnienie rozsiane i 58-letniej M. Wantz chorej na nowotwór narządów rodnych. Wszystko odbyło się w domku letniskowym w górach. Pani Wantz do palców jednej ręki miała przywiązane dwie nitki aktywujące kroplówki, śmierć nastąpiła po kilkunastu minutach. Przy śmierci obecny był jej mąż. Potem Kevorkian upewnił się, czy pani Miller podtrzymuje chęć odejścia i założył jej na twarz maskę podłączoną do zbiornika z tlenkiem węgla (p. Miller sama nie mogła uruchomić maszyny śmierci). Dodatkowo dożylnie wlewał się środek nasenny. Śmierć nastąpiła po 30 minutach. U boku p. Miller siedziała jej najlepsza przyjaciółka. To wydarzenie doprowadziło do wściekłości oponentów Kevor-

kiana⁴⁴, którzy wnieśli projekt ustawy karającej pomoc przy samobójstwie. Inne doniesienia o działalności Kevorkiana ukazują tę postać w bardzo niekorzystnym świetle – jako ogarniętego obsesją śmierci maniaka, człowieka żadnego sławy i może dlatego pochopnie spełniającego każdą prośbę o śmierć⁴⁵. Na podstawie doniesień prasowych o jego działalności trudno wyrobić sobie miarodajną opinię o tej postaci. Za pomoc w samobójstwie Kevorkian czterokrotnie stawał przed sądem. W trzech rozprawach wydano wyrok uniewinniający, w czwartej dopatrzono się błędów w procedurze. W kwietniu 1999 r. skazano Kevorkiana na karę wieloletniego więzienia za zabójstwo drugiego stopnia.

Do faktów eutanazji zalicza się także praktyki uśmiercania ludzi nie spełniających przyjętego wzorca człowieczeństwa, jakie zdarzyły się w Niemczech. Ideologia narodowosocjalistyczna zakładała wyższość rasy germańskiej nad innymi, dlatego za konieczne uznano usunięcie osobników mogących zagrażać jej czystości. W 1933 r. rozpoczęto przymusową sterylizację upośledzonych, chorych psychicznie oraz niewygodnych grup społecznych, np. homoseksualistów, komunistów, Cyganów.

Ostatecznie usankcjonował takie praktyki (pod nazwą eutanazji) Adolf Hitler, wydając w październiku 1939 r. dekret antydatowany na 1.09.1939 r. Mocą tego dekretu legalna już eutanazja została uznana jako metoda pozbywania się ludzi niepożądanych ze względów eugenicznych, a także rasowych i politycznych. Z upoważnienia Hitlera, przy jednym z głównych urzędów jego kancelarii, powołano do życia organizację, oznaczoną kryptonimem „T 4”, która przeprowadzała masowe akcje uśmiercania dzieci, chorych umysłowo i kalek, a następnie także dorosłych, a od 1941 r. więźniów obozów koncentracyjnych. Lekarze realizujący „T 4” nigdy nie uważali siebie za zabójców, ale za ludzi służących lekarską pomocą. Zbrodniczy charakter akcji „T 4” powodował wprawdzie protesty zarówno przedstawicieli duchowieństwa niemieckiego, jak i niektórych dyrektorów zakładów opiekuńczo-wychowawczych, jednak mimo tego akcję kontynuowano. W Polsce w latach 1940–1941 uśmiercono około 80 tys. chorych psychicznie. Wiosną 1941 r. Himmler polecił szefowi „T 4” Wiktorowi Brackowi powołać komisje psychiatryczne, które miały wyeliminować z obozów koncentracyjnych więźniów społecznie nieużytecznych. Komendantom obozów koncentracyjnych polecono, tajnym pismem, przygotowanie na swoim terenie akcji, tym razem pod kryptonimem „14 F13”. W wyniku tych akcji w latach 1939–1943 w specjalnych instytucjach śmierci pozbawiono życia ok. 275 tys. osób⁴⁶.

⁴⁴ M. Wroński: *Śmierć na życzenie*. „Polityka 1992, nr 35.

⁴⁵ „Reader's Digest” May 1999, s. 58–64; M. Kościński: *Eutanazja – co jeszcze warto o niej wiedzieć? Część trzecia: USA*. „Puls Solidarności” 1998, nr 3.

⁴⁶ J. Dziedzic: *Eutanazja...*, s. 40.

Dla powyższych działań **doeutanazja**, które trafiło do „eutanazja” miało na celu ludzkości⁴⁷. Zbrodnicze sądzi T. Kielanowski, do eutanazji z ludobójstwem podobnych musiały minąć dwa, mniem, że w ogóle istnieć i przedłużania tego cierpienia można powiedzieć, trwa ludobójstwem. Życia zawsze musi dop...

Powolywanie się na dyskusji o eutanazji. Fałd podstawie dojść do jak dawna notuje się zabijanie o tym, że te zabójstwa uśmiercania (a tej częściej od ludzi żyjących, cza, moim zdaniem, racjonalnych społecznie ludzi bymomicznymi (w sytuacji ków przetrwania grup i zagrożeniem dla istnieć (eliminowanie jednostek ka (Sparta), mogących spełniających wzorca chorych mamy do czynienia bardziej, że i sposoby zaporzucenie na pastwę losu nie pozwalają uznać tak wrażliwość na ludzki ból nie zawsze uszlachetnia – pozwalają kwalifikować motywu jest bardzo tru

⁴⁷ R. Tokarczyk: *Pr...*

⁴⁸ T. Kielanowski: *Pr...* dzionym przez postępy nauk Warszawa 1987, s. 164.

⁴⁹ T. Ślipko: *Granice z...* z wyboru? Poznań 1994, s. 5

Dla powyższych działań zarezerwowano już w literaturze określenie **pseudoeutanazja**, które trafnie oddaje istotę owych posunięć, użycie zaś słowa „eutanazja” miało na celu zakamufłowanie zbrodni dokonanych przeciwko ludzkości⁴⁷. Zbrodnicze praktyki nazistów opatrzone nazwą „eutanazja”, jak sądzi T. Kielanowski, do dziś rzutują na atmosferę dyskusji, a kojarzenie eutanazji z ludobójstwem powodowało, „że w krajach w czasie wojny okupowanych musiały minąć dwa dziesięciolecia, zanim teoretycy odważyli się wspomnieć, że w ogóle istnieje, narzuca się problem niepotrzebnego cierpienia i przedłużania tego cierpienia przez naukę, przez lekarzy”⁴⁸. Sytuacja taka, można powiedzieć, trwa do dzisiaj. Przeciwnicy eutanazji kojarzą ją z hitlerowskim ludobójstwem, uznają bowiem, że myślenie w kategoriach jakości życia zawsze musi doprowadzić do tragicznych i zbrodniczych skutków⁴⁹.

Powolywanie się na przypadki czy fakty z przeszłości nie wnosi wiele do dyskusji o eutanazji. Fakty te trzeba jeszcze jakoś zinterpretować, by na tej podstawie dojść do jakiegoś wniosku. To, że w wielu społeczeństwach od dawna notuje się zabijanie ludzi, nie świadczy o braku szacunku dla życia ani o tym, że te zabójstwa były eutanazją. Jeśli nie podaje się skali zjawiska uśmiercania (a tej często nie znamy), nie wiemy, czy dziś jesteśmy lepsi czy gorsi od ludzi żyjących dawniej. Podawane przypadki tzw. eutanazji świadczą, moim zdaniem, raczej o tym, że zabijanie słabych, chorych, nieużytecznych społecznie ludzi było powodowane względami pragmatycznymi czy ekonomicznymi (w sytuacji ograniczonych środków do życia, trudnych warunków przetrwania grupy zabijanie członków będących obciążeniem i zagrożeniem dla istnienia innych było koniecznością) oraz ideologicznymi (eliminowanie jednostek nie odpowiadających pewnemu modelowi człowieka (Sparta), mogących degenerować gatunek ludzki (psychicznie chorzy), nie spełniających wzorca człowieczeństwa, np. III Rzesza). Przypadków w których mamy do czynienia z takimi motywami, nie nazwałabym eutanazją. Tym bardziej, że i sposoby zabijania (grzebanie żywego dziecka, zrzucenie ze skały, porzucenie na pastwę losu, okrutne sposoby zadawania śmierci w III Rzeszy) nie pozwalają uznać takiej śmierci za dobrą. Tylko motywy humanitarne – wrażliwość na ludzki ból, cierpienie, którego nie można uśmierzyć, a które nie zawsze uszlachetnia, może wpływać destrukcyjnie, pozbawiać godności – pozwalają kwalifikować pewne czyny zabójcze jako eutanazję. Ustalenie tego motywu jest bardzo trudne, co ukazuje przykład Kevorkiana.

⁴⁷ R. Tokarczyk: *Prawa narodzin...*, s. 140.

⁴⁸ T. Kielanowski: *Problem niepotrzebnego cierpienia. O niepotrzebnym cierpieniu rodzonym przez postępy nauk medycznych*. W: *W kręgu życia i śmierci*. Red. Z. Szawarski. Warszawa 1987, s. 164.

⁴⁹ T. Ślipko: *Granice życia*. Warszawa 1988, s. 287; R. Fenigsen: *Eutanazja. Śmierć z wyboru?* Poznań 1994, s. 51–53.

Moralne i prawne oceny eutanazji

W ciągu stuleci kwalifikacja normatywna eutanazji nie ulegała zmianom⁵⁰. Traktowano ją jako samobójstwo lub morderstwo. Usprawiedliwiali ją (jako postać samobójstwa) niektórzy filozofowie starożytni: Epikur, Ciceru, Seneka. Według niezbyt pewnych przekazów eutanazję (w postaci morderstwa) praktykowano w Sparcie. Urzędnicy państwowi nakazywali porzucanie słabych noworodków na wzgórzach Tajgetos na pastwę zwierząt i ptaków. Przeciwnicy eutanazji nazwali to mentalnością tajgetejską⁵¹.

Można przyjąć, że pierwszym myślicielem nowożytnym, który oświadczył wyraźnie, że długotrwałe cierpienie ludzi umierających to zło niepotrzebne, był angielski filozof i humanista Tomasz Morus, żyjący w XVI wieku. Tworząc w swojej *Utopii* obraz idealnego ustroju przyszłości, odniósł się do kwestii umierania. Wprawdzie nieuleczalnie chorzy otaczani są tam nie mniejszą opieką niż uleczalni, jednak, gdy ktoś nieuleczalnie chory pada ofiarą okrutnego i nieprzemijającego bólu, księża oraz sędziowie starają się go przekonać, że jego życie jest i dla niego, i dla innych ciężarem, dlatego powinien umrzeć (przez powstrzymanie się od jedzenia lub uspienie). W utopii Morusa nikogo wbrew woli nie pozbawia się życia; jeśli nieuleczalnie chory chce dalej żyć, pielęgnuje się go z taką samą jak innych troskliwością. Tych, którzy dali się przekonać, traktuje się jak bohaterów i sprawia się im zaszczytny pogrzeb.

Żyjący na przełomie XVI i XVII wieku Franciszek Bacon, uważany jest za twórcę słowa „eutanazja”. Użył tej nazwy w dwu dziełach: *De euthanasia exteriore* (1605) oraz *De dignitate et augmentis scientiarum* (1623). Bacon uważał, że zadaniem lekarza jest nie tylko przywracać zdrowie, ale również łagodzić ból i cierpienia związane z umieraniem. Eutanazja, w jego rozumieniu, to dobra, otoczona troską śmierć. Ma ona polegać na uśmierzeniu bólu – nie chodzi o przyspieszenie śmierci, lecz takie postępowanie z chorym, by śmierć nadeszła bez cierpień fizycznych i duchowych. Na marginesie warto odnotować, że Bacon niesłusznie jest uznawany za prekursora eutanazji (w znaczeniu przyspieszenia śmierci); poglądy Bacona na dobrą śmierć pozwalają uznać go raczej za prekursora opieki paliatywnej⁵².

Filozofów, którzy nie potępiają eutanazji, jest więcej: można tu wymienić takie nazwiska, jak J.G. Fichte, D. Hume, J. Bentham, J.St. Mill, A. Schopenhauer, F. Nietzsche.

⁵⁰ R. Tokarczyk: *Prawa narodzin...*, s. 139.

⁵¹ Terminem takim posługuje się R. Fenigsen: *Eutanazja. Śmierć z wyboru?*...

⁵² N. Aumonier, B. Beignier, Ph. Lettier: *Eutanazja*. Warszawa 2003, s. 38–39.

W 1920 r. ukazała się...
i A. Hoche – pod wie...
niegodnego istnienia,...
podstawy późniejszych...
osłanianego nazwą eu...

Już wcześniej poz...
eutanazji. W 1903 r...
swoich członków do sk...
W Anglii ruch propagu...
K. Millarda, przewodn...
galizacji „uśmierciani...
ale także wśród protes...
legalizacji eutanazji z...
karny z 1922 r. zwalni...
umiał on udowodnić, ...
jednak w mocy tylko...
również w innych kraj...
w stanie Illinois (1924)...
wprawdzie niepowodze...
lenników eutanazji. Sta...
rezolucje na rzecz eutan...
Floryda (1968 i 1974),...
chusetts (1974), Hawaj...
w 1969 r. Towarzystwa...
w 1973 r., w Holandii v...
nii w 1976 r.

Do podobnego celu...
rykańskie Towarzystwo...
o dopuszczalność eutan...
nej Eutanazji. Według b...
cych o Prawo Człowiek...
30 organizacji zabiegaj...
W czerwcu 1994 r. p...
jące eutanazję, Izba Wy...
nowiło dość powszechn...
Drugim krajem na świe...
Belgia. Ustawa, która w...
czenie pod ściśle okreś...
zapewnić całkowitą kon...
postępowaniem. Zgodni...
eutanazji można dokon...
ejent nie przeżyje dłużej

W 1920 r. ukazała się praca dwóch niemieckich uczonych – K. Bindinga i A. Hoche – pod wiele mówiącym tytułem *Zgoda na zniszczenie życia niegodnego istnienia, jej zakres i forma*. Autorzy ci opracowali teoretyczne podstawy późniejszych programów nazistowskiego ludobójstwa, nieudolnie osłanianego nazwą eutanazji.

Już wcześniej poza granicami Niemiec istnieli zwolennicy legalizacji eutanazji. W 1903 r. Nowojorskie Stowarzyszenie Medyczne zachęcało swoich członków do skracania życia chorych na raka, gruźlicę i paralityków. W Anglii ruch propagujący eutanazję został zainicjowany w 1932 r. przez dr. K. Millarda, przewodniczącego Stowarzyszenia Lekarzy. Domagał się on legalizacji „uśmiercania z litości” i zyskał poparcie nie tylko wśród lekarzy, ale także wśród protestanckich teologów. Jednak złożony w 1936 r. projekt legalizacji eutanazji został odrzucony przez Izbę Lordów. Rosyjski kodeks karny z 1922 r. zwalniał z wszelkiej winy autora zabójstwa z litości, jeżeli umiał on udowodnić, że działał na prośbę ofiary. Ten przepis pozostawał jednak w mocy tylko kilka miesięcy. Próby legalizacji eutanazji podjęto również w innych krajach europejskich: w Szwajcarii (1923), Danii (1924), w stanie Illinois (1924) oraz w stanie Nebraska (1938). Skończyły się one wprawdzie niepowodzeniem, ale zapowiadały ożywienie działalności zwolenników eutanazji. Stało się to po II wojnie światowej – projekty ustaw lub rezolucje na rzecz eutanazji wniesiono w stanach Connecticut (1951 i 1959), Floryda (1968 i 1974), Idaho (1969), Wisconsin (1971), Meryland i Massachusetts (1974), Hawaje (1972), Illinois (1973) oraz kolejny raz w Anglii w 1969 r. Towarzystwa na rzecz legalizacji eutanazji powstały w Australii w 1973 r., w Holandii w 1973 r., w Południowej Afryce w 1974 r. i w Japonii w 1976 r.

Do podobnego celu, i z podobnym rezultatem, dążyło od 1938 r. Amerykańskie Towarzystwo Eutanazji. Od 1932 r. aż do naszych dni zabiega o dopuszczalność eutanazji angielskie Towarzystwo Legalizacji Dobrowolnej Eutanazji. Według biuletynów Światowej Federacji Towarzystw Walczących o Prawo Człowieka do Śmierci, współcześnie działa w świecie ponad 30 organizacji zabiegających o legalizację eutanazji.

W czerwcu 1994 r. parlament holenderski przegłosował prawo legalizujące eutanazję, Izba Wyższa je zatwierdziła i to, co od dwudziestu lat stanowiło dość powszechną praktykę, odbywa się obecnie w majestacie prawa. Drugim krajem na świecie, w którym została zalegalizowana eutanazja, jest Belgia. Ustawa, która weszła w życie 23.09.2002 r., dopuszcza śmierć na życzenie pod ściśle określonymi warunkami i, przynajmniej w założeniu, ma zapewnić całkowitą kontrolę nad tym, dokonywanym jak dotąd nielegalnie, postępowaniem. Zgodnie z prawem amerykańskiego stanu Oregon z 1994 r. eutanazji można dokonać, jeśli wcześniej zespół lekarski stwierdzi, że pacjent nie przeżyje dłużej niż pół roku. W niektórych kantonach szwajcarskich

jest dopuszczalne podanie cierpiącemu na „jego prośbę” trucizny, którą może zażyć sam bez obecności lekarza. Działa tam też organizacja *Exit*, pomagająca w dokonywaniu eutanazji samobójczej. Prawodawstwa Hiszpanii, Portugalii i Kuby traktują eutanazję jako współuczestnictwo w samobójstwie. W Polsce, Japonii, Niemczech, Austrii, Rumunii eutanazja traktowana jest jako uprzywilejowana forma zabójstwa, a więc przestępstwa zagrożonego niższą karą niż zabójstwo. Natomiast prawodawstwo kanadyjskie, francuskie i węgierskie zalicza eutanazję do zabójstw karanych bardziej surowo⁵³.

W Polsce, oprócz wąskich dyskusji akademickich, oficjalnie o eutanazji się nie mówi, choć – jak twierdzą niektórzy – wykonuje się ją⁵⁴. Jednocześnie notuje się, podobnie jak w wielu innych krajach, wzrastające społeczne przyzwolenie na eutanazję dobrowolną, czynną⁵⁵. Część polskiego środowiska prawniczego od lat siedemdziesiątych była przekonana o konieczności zmian kodeksu karnego (szczególnie art. 150)⁵⁶. Zmiany te wprowadzono w 1997 r. O ile w starym kodeksie karnym art. 150 przewidywał karę od 6 miesięcy do 5 lat za dokonanie zabójstwa pod wpływem współczucia i na prośbę zabitego, w nowym kodeksie karnym art. 150 za tego rodzaju czyn wyznacza się karę od 3 miesięcy do 5 lat, a § 2 art. 150 głosi, że sąd może w wyjątkowych wypadkach zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia. Przeciwnicy nowelizacji polskiego kodeksu karnego uznali to za osłabienie prawa do życia i początek depenalizacji eutanazji⁵⁷. Jak wskazuje K. Poklewski-Kozieł⁵⁸, niezależnie od stanowiska wobec eutanazji, istnieje tu rozchwianie na skalę światową – obecne i w opinii publicznej, i w normach prawnych (pokazuje to na przykładzie USA). Z jednej strony w imię prawa do wolności osobistej dąży się do prawnej gwarancji prawa do śmierci (w postaci eutanazji dobrowolnej), z jednoczesną gwarancją ochrony życia ludzkiego (by nikt nie zabijał nas wbrew woli). Z drugiej, istnieje obawa, że legalizacja eutanazji dobrowolnej może doprowadzić do przekształcenia jej w niedobrowolną, przymusową. Jednocześnie brak legalizacji eutanazji dobrowolnej wyzwala lęk przed stosowaniem uporczywej terapii, podtrzymywania przy życiu ciała pozbawionego tego, co tworzy wartość życia. Czy jest z tego jakieś wyjście? Autor pozostawia to bez wyraźnej odpowiedzi. Patrząc na

⁵³ R. Tokarczyk: *Prawa narodzin...*, s. 140.

⁵⁴ *Ostatni oddech*. „Wprost” 1993, nr 9; *Wyklęte słowo eutanazja*. „Polityka” 2000, nr 46.

⁵⁵ M. Gałuszka: *Potoczna interpretacja śmierci*. W: *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*. Red. M. Gałuszka, K. Szewczyk. Warszawa 1996.

⁵⁶ J. Najda: *Eutanazja problemu czy problem eutanazji*. „Człowiek i Światopogląd” 1989, nr 1; K. Poklewski-Kozieł: *O eutanazji w świetle nowych koncepcji prawnych*. „Państwo i Prawo” 1997, z. 1.

⁵⁷ K. Nelke: *Eutanazja – śmierć na życzenie*. W: *Wyzwania współczesnego człowieka. Refleksje etyczne*. Lublin [b.r.w.], s. 40–43.

⁵⁸ K. Poklewski-Kozieł: *O eutanazji...*, s. 55–57.

cierpienia niewinnych ludzkości, można przytoczyć maksymę: „nie należy zabić, aby znieść nieszczęścia”.

Argumenty w sporze

Stanowiska wobec eutanazji są niejednoznaczne i spolaryzowane, debata o ich aprobacie bądź dezaprobaty. Zresztą charakter sporu ma wieloaspektowy, dualistyczny wymiar, allodyny i autonomiczny, czyli np. apologetyczny lub też autonomii czynnych⁵⁹. Próby uporządkowania sporu dokonał R. Tokarczyk, który wyodrębnił „normy”. Zdaniem autora, można je podzielić na medyczne, etyczne i prawne, o charakterze proeutanazji i antyeutanazji. Medyczne mogą wyrażać stanowiska o charakterze proeutanazji i antyeutanazji, etyczne mogą wyrażać stanowiska o charakterze eutanazji (czynną i bierną), a prawne mogą wyrażać stanowiska o eutanazji tylko na zasadach kontraktualizmu i kontraktualizmu⁶⁰.

Medyczne normy proeutanazji dotyczą niektórych chorób i stanów, w których życie pacjentów będzie nie do utrzymania, a cierpienie fizyczne i psychiczne będzie nie do zniesienia.

Medyczne normy antyeutanazji dotyczą treści przysięgi Hipokratycznej, potwierdzonych *Deklaracji Genewskiej* i *Deklaracji Rzymskiej* Lekarskiej. Lekarskie stanowisko dopuszczenie przekreśla, a nie dozwala do unicestwienia me-

⁵⁹ M. Adamkiewicz: *Zasady bioetyki*.

⁶⁰ R. Tokarczyk: *Prawa*.

cierpienia niewinnych ludzi, których przyczyną są złe zasady, przepisy, idee, można przytoczyć maksymę la Rochefoucaulda: „Wszyscy mamy dosyć siły, aby znieść nieszczęścia innych.”

Argumenty w sporze o dopuszczalność eutanazji

Stanowiska wobec eutanazji, sądzi M. Adamkiewicz, „są jasno wyrażone i spolaryzowane, debata zaś nad nimi jest dość monotonna (bo oparta na aprobacie bądź dezaprobatie zjawiska), choć przywołująca różne argumenty. Zresztą charakter sporów o zabarwieniu ideologicznym zawsze posiada dualistyczny wymiar, albowiem opinie mogą dotyczyć najwyższych pryncypiów, czyli np. apologii praw naturalnych opartych na autorytecie Stwórcy lub też autonomii człowieka w rozstrzygnięciu dylematów egzystencjalnych.”⁵⁹ Próby uporządkowania argumentów używanych w sporze o eutanazję dokonał R. Tokarczyk⁶⁰, który może niepotrzebnie używa tu terminu „norma”. Zdaniem autora wszystkie występujące w sporze normy można podzielić na medyczne, etyczne, psychologiczne, pragmatyczne i prawne o charakterze proeutanatycznym lub antyeutanatycznym. Normy proeutanatyczne mogą wyrażać stanowisko radykalne, dopuszczające obie formy eutanazji (czynną i bierną) oraz stanowisko umiarkowane, dopuszczające eutanazję tylko na zasadzie zaistnienia podwójnego skutku. Normy antyeutanatyczne mogą mieć charakter rygorystyczny, nie zezwalający na żadną postać eutanazji lub charakter liberalny, przyzwalający na eutanazję bierną. Do najczęściej wykorzystywanych racji uzasadniających obie grupy norm, jak sądzi autor, należą racje z zakresu praw natury, kantyizmu, praw człowieka, kontraktualizmu i utylitaryzmu.

Medyczne normy proeutanatyczne akcentują niemożność wyleczenia niektórych chorób i stanów kalectwa, podważają sensowność podtrzymywania życia pacjentów będących w stanach agonii oraz odczuwających wielkie cierpienia fizyczne i psychiczne.

Medyczne normy antyeutanatyczne odwołują się przede wszystkim do treści przysięgi Hipokratesa i opartych na niej kodeksach etyki lekarskiej, potwierdzonych *Deklaracją genewską* opracowaną przez Światowe Stowarzyszenie Lekarskie. Lekarze sprzeciwiający się eutanazji podkreślają, że jej dopuszczenie przekreśla istotę ich powołania zawodowego, a nawet prowadzi do unicestwienia medycyny.

⁵⁹ M. Adamkiewicz: *Zagadnienie śmierci...*, s. 269.

⁶⁰ R. Tokarczyk: *Prawa narodzi...*, s. 140–142.

Etyczne normy proeutanacyjne dość wyraźnie rozgraniczają eutanazję dobrowolną bierną od eutanazji dobrowolnej czynnej. Dopuszczają (określając różnie jej warunki) te dwie postaci eutanazji, ale z reguły sprzeciwiają się innym jej postaciom. Za fundamentalną wartość przyjmują wolność rozumnego człowieka i jego prawo do wyboru między niegodnym cierpieniem a godną śmiercią.

Etyczne normy antyeutanacyjne odwołują się do przekonania, że wartość życia ludzkiego jest najwyższym, bezwzględnym dobrem nie dającym się porównać z innymi dobrami i dlatego zasługującym na bezwzględną ochronę. Dodajmy tu jeszcze, czego nie robi Tokarczyk, że etyczne normy antyeutanacyjne często wsparte są założeniami religijnymi, głoszącymi, że to Bóg jest dawcą oraz dysponentem życia ludzkiego i z tego powodu człowiek nie ma prawa do zabijania.

Psychologiczne normy proeutanacyjne mogą wynikać z różnych emocji, zarówno o charakterze uczuć ciepłych (litość, współczucie), poczucia bezsilności, jak i chłodu uczuciowego. Ten ostatni czynnik może wywoływać większy niepokój występujących w obronie życia ludzkiego niż ten pierwszy.

Psychologiczne normy antyeutanacyjne zwracają uwagę na to, że prośby lub wprost żądania eutanazji występują w następstwie załamania psychicznego chorego i są raczej świadectwem braku właściwej opieki nad chorym i umierającym niż jego niezłomnej woli śmierci. Normy antyeutanacyjne wskazują też, że prośba lub żądanie eutanazji mogą być wynikiem nieuświadomienia sobie przez chorego tego, czego rzeczywiście pragnie (często zakłada się, że w sytuacji wielkiego bólu i załamania psychicznego chory nie może być uznany za osobę kompetentną).

Pragmatyczne normy proeutanacyjne koncentrują się wokół idei jakości życia, która jest z wielką pasją krytykowana i odrzucana przez zwolenników norm antyeutanacyjnych. Idea ta zakłada możliwość ustalenia jakości ludzkiego życia przez jego samopoczucie, szczęście, zadośćuczynienie i dobrobyt. Ludziom ciężko chorym oraz osobom decydującym o ich losie w ich imieniu przyznaje się prawo do oceny wartości życia przenikniętego cierpieniem jako nie odpowiadającego kryteriom jakości.

Pragmatyczne normy antyeutanacyjne w dużym stopniu wynikają ze sprzeciwu wobec koncepcji jakości życia. Uwzględniają też inne argumenty antyeutanacyjne, w tym chyba najważniejszy, argument równi pochyłej.

Prawne normy proeutanacyjne i antyeutanacyjne, rozpatrywane w kontekście prawa natury, wskazują na sprzeczność dwóch naturalnych dążeń (skrócenia życia człowieka – możliwie największego jego wydłużenia). „Jeśli przeto dążenie do możliwie najdłuższego życia jest pragnieniem naturalnym, eutanacyjne gaszenie życia należałoby uznawać za akt nienaturalny, godzący w prawa natury. Taką prawnonaturalną ocenę eutanazji komplikuje

jednakże inny fakt – traktując jako fakt naturalnego. Zjawiska byłyby przykładem tego, jakiego życia ustępowało poprzez nienaturalne skądś, podkreśla Tokarczyk, że nie ma niczego między nimi umówione, odbywać w zgodzie ze zdrowym mózgiem i zawręczona ona z sensem leczenia. Uważając, że to jest rzeczny czyn, prawa karnego, w tym kontekście: między zupełną

Perspektywy

Na pytanie, czy jest to dyskusja o eutanazji, traktując eutanazji w każdej postaci, postępowanie z umierającym, całościowa, wielospecjalistyczna i ich rodzinami. Jej cele i dziedziny (człowiek cieszący się eutanazji, nie będzie też chorych i umierających, psychoterapia pomagająca, sposób ma się unikać skądś, bezcelowej terapii. Na i rzeczywiście może nie skala problemu eutanazji, oraz ostateczne rozwiązania, cych nie ma szans na sbranie. Nawet gdyby wszystkie, pozostaną przypisywane, ale nie zgadzają się

⁶¹ Ibidem, s. 142.

⁶² *Eutanazja a opieka paliatywna*.

⁶³ K. de Walden-Gałus, *Życie i śmierć w chorobie nowotworowej*. W

jednakże inny fakt – traktowanie nieuleczalnego cierpienia człowieka także jako faktu naturalnego. Gdyby takie rozumowanie przyjąć za trafne, eutanazja byłaby przykładem kolizji norm prawa natury. Naturalne pragnienie długiego życia ustępowałoby tutaj naturalnemu pragnieniu usunięcia cierpienia poprzez nienaturalne skrócenie życia – eutanazję.⁶¹ W sferze prawa cywilnego, podkreśla Tokarczyk, przyjęcie pacjenta przez lekarza oznacza zawarcie między nimi umowy dotyczącej leczenia, przy czym leczenie ma się odbywać w zgodzie ze wskazaniami etyki lekarskiej. I chociaż pacjent z lekarzem mógłby zawrzeć umowę o dokonanie eutanazji, wyraźnie klóciłaby się ona z sensem leczenia. Umowa taka przenosi problematykę eutanazji na płaszczyznę prawa karnego, które może ją kwalifikować w bardzo szerokich granicach: między zupełną bezkarnością a surową karalnością.

Perspektywy

Na pytanie, czy jest jakieś wyjście z zaułka, w którym znalazła się dyskusja o eutanazji, trudno jest udzielić jednej odpowiedzi. Przeciwnicy eutanazji w każdej postaci sądzą, że jedynym rozwiązaniem jest właściwe postępowanie z umierającym – opieka paliatywna, hospicyjna⁶², pojęta jako całościowa, wielospecjalistyczna, aktywna opieka nad chorymi, umierającymi i ich rodzinami. Jej celem jest poprawa jakości życia chorego oraz jego rodziny (człowiek cieszący się życiem, jakie mu pozostało, nie będzie żądał eutanazji, nie będzie też ciężarem dla rodziny⁶³), zaspokojenie potrzeb ludzi chorych i umierających, łagodzenie bólu za pomocą skutecznych metod, psychoterapia pomagająca umierającemu oswoić się ze śmiercią. W ten sposób ma się unikać skracania życia terminalnie chorych, jak też uporczywej, bezcelowej terapii. Nikt nie wątpi, że taka opieka jest słuszna, potrzebna i rzeczywiście może w znacznym stopniu przyczynić się do zmniejszenia skali problemu eutanazji, ale trudno uznać tę propozycję za jej jedyne oraz ostateczne rozwiązanie. Problem polega na tym, że wielu potrzebujących nie ma szans na skorzystanie z takiej opieki i umrze śmiercią niedobłą. Nawet gdyby wszystkich umierających objąć skuteczną opieką paliatywną, pozostaną przypadki ludzi chorych, którzy nie są w fazie terminalnej, ale nie zgadzają się na beznadziejną perspektywę powolnej degradacji

⁶¹ Ibidem, s. 142.

⁶² *Eutanazja a opieka paliatywna...*

⁶³ K. de Walden-Gałuszko: *Eutanazja a jakość życia pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej*. W: *Eutanazja a opieka paliatywna...*, s. 60–65.

(jak p. Adkins). Poza tym, pomimo niewątpliwych sukcesów medycyny paliatywnej, sami lekarze zauważają, że są przypadki cierpienia nie dającego się usunąć. Widział to Barnard, który powiedział: „Odpowiadając zaś tym, którzy twierdzą, iż zawsze można ulżyć cierpieniom umierającego, powiem tyle: albo nie spotykali się dostatecznie blisko z tym problemem, albo też brakuje im pewnej elementarnej cnoty – zdolności do współodczuwania.”⁶⁴

Istniejące w medycynie coraz większe przyzwolenie na śmierć naturalną (pomijając kłopoty z ustaleniem treści tego pojęcia) są także pewnym rozwiązaniem – to, co zwykle określa się mianem eutanazji biernej, niedobrowolnej nie będzie tak traktowane, bo jest coraz częściej uznawane za uzasadnione zaprzestanie bezcelowej terapii, wycofaniem się z terapii uporczywej. Sprzyjają temu, co jest ważne dla katolików, i stanowisko Kościoła, i wypowiedzi Jana Pawła II. Warto przytoczyć znamienne słowa z Encykliki *Evangelium Vitae*: „Od eutanazji 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. W takich sytuacjach, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwale i bolesne przedłużenie życia, nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach. Istnieje oczywiście powinność moralna leczenia się i poddania się leczeniu, ale taką powinność trzeba określać w konkretnych sytuacjach.”⁶⁵ Pozostanie jednak problem z eutanazją czynną i dobrowolną. Tutaj, na co wskazują przeciwnicy eutanazji⁶⁶, istnieje tendencja w medycynie oraz kulturze przyzwalająca, której powstrzymać się nie da. Wcześniej czy później nastąpi także prawna legalizacja eutanazji dobrowolnej – na wzór Holandii czy Belgii. Czy tak się stanie i czy doprowadzi to do fatalnych skutków, jakie wieszczą przeciwnicy eutanazji dobrowolnej, okaże się w dalszej przyszłości. Legalizować eutanazję dobrowolną, czy nie? Każdy wybór jest zły. Przychylam się raczej do opinii, że eutanazja może być przejawem miłości oraz szacunku dla osoby i jako taka nie daje się ująć w normy prawne. Każdy czyn eutanazji dobrowolnej należałoby osądzić i usprawiedliwić. Może rację mają ci, którzy sądzą, że lepiej postawić tę sprawę tak: prawo zakazuje eutanazji i traktuje ją jako zabójstwo, które jest łagodniej osądzone (można nawet zwolnić sprawcę od kary), moralność czyni ją decyzją oraz czynem wymagającym heroizmu, nie wolno

⁶⁴ Ch. Barnard: *Godne życie, godna śmierć*. Warszawa 1996, s. 71. Na tę kwestię zwraca też uwagę B. Wolniewicz: *Eutanazja i biolatrya*. „Znak” 2001, nr 7, s. 103.

⁶⁵ Jan Paweł II: *Evangelium vitae*. Wrocław 1995, s. 65.

⁶⁶ B. Kamiński: *Śmierć na życzenie*. „Życie Warszawy” z 11.10.1996.

tego ułatwiać ani umniejszać, sądzą, iż społeczeństwo osobie beznadziejnie cierpiącego cześć zmuszanie do pozycji Beauchampa i C. zja”, skoro budzi on nieobowiązkowych i nieobowiązkowych, bo koncepcja jakoś odpowiadać zwolennikom

Sama dyskusja o eutanazji, emocje, jest obarczona (i) innymi, wzajemnymi oskarżeniami, zrozumienie istoty życia i wirowanie w nawiazanie dialogu między nimi mogłyby się zgodzić. chory, cierpiący człowiek to nie pomoże ani nie załatwi może los chorych, świadomości spełnienia ich woli, jak w samobójstwie. Pani Proszka, romotorycznej choroby m. wyraźnie mówić, zeznania żonego w komputer i druk Lordów orzekła, że mąż, iż nie narusza to praw europejskiej⁶⁹. Pani Prettyburgu, który także oddał

Wnioski

Przedstawione powyżej problematyki tanatologiczne

⁶⁷ Tak widzi sprawę A. K. *snym świecie*. Warszawa 1996,

⁶⁸ Słowa z listu P. Bridgma

stwo, cyt. za Sh. B. Nuland: *J*

⁶⁹ „Gazeta Wyborcza” z 30.

tego ułatwiać ani umniejszać⁶⁷. Nie zgodzą się z takim ujęciem ci, którzy sądzą, iż społeczeństwo powinno mieć obowiązek pomocy w samobójstwie osobie beznadziejnie cierpiącej i że „jest rzeczą niegodną ze strony społeczeństwa zmuszanie człowieka, by robił coś takiego sam”⁶⁸. Idąc śladem propozycji Beauchampa i Childressa, można zrezygnować z terminu „eutanzja”, skoro budzi on negatywne skojarzenia, oraz mówić tylko o środkach obowiązkowych i nieobowiązkowych, choć i to rozwiązanie byłoby pozorne, bo koncepcja jakości życia służąca takiemu rozróżnieniu nie będzie odpowiadać zwolennikom świętości życia.

Sama dyskusja o eutanazji, jak to bywa w sprawach angażujących duże emocje, jest obarczona (po obu stronach) demagogią, zabiegami perswazyjnymi, wzajemnymi oskarżeniami o nierzetelność, „fałszywy humanizm”, niezrozumienie istoty życia i śmierci, cierpienia, wolności. To często uniemożliwia nawiązanie dialogu oraz próby uzgodnienia minimum, na które obie strony mogłyby się zgodzić. Ma się wrażenie, że w sporze o pryncypia gubi się chory, cierpiący człowiek. Chorym znajdującym się w stanie nieświadomości to nie pomoże ani nie zaszkodzi (o ile nie czują bólu). Najbardziej poruszyć może los chorych, świadomych i autonomicznych ludzi, którym odmawia się spełnienia ich woli, jak było w wypadku Diane Pretty apelującej o pomoc w samobójstwie. Pani Pretty znajdowała się w zaawansowanym stadium neuro-motorycznej choroby mózgu. Karmiona była za pomocą aparatury, nie mogła wyraźnie mówić, zeznania w sądzie składała z inwalidzkiego wózka wyposażonego w komputer i drukarkę. Jej prośbę popierała rodzina (mąż i dzieci). Izba Lordów orzekła, że mąż nie może pomóc jej w samobójstwie, argumentując, iż nie narusza to praw człowieka i że prawa takiego nie ma w konwencji europejskiej⁶⁹. Pani Pretty odwołała się do Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu, który także oddalił jej żądanie. W końcu zmarła 12.05.2002 r.

Wnioski

Przedstawione powyżej problemy śmierci i umierania są tylko wycinkiem problematyki tanatologicznej. Pomięłam inne rodzaje śmierci zadanej (za-

⁶⁷ Tak widzi sprawę A. Koraszewski: *W grzechu poczęci. Wiara i seks we współczesnym świecie*. Warszawa 1996, s. 134.

⁶⁸ Słowa z listu P. Bridgmana, który cierpiąc na nowotwór, popełnił w 1961 r. samobójstwo, cyt. za Sh. B. Nuland: *Jak umieramy*. Warszawa 1996, s. 197.

⁶⁹ „Gazeta Wyborcza” z 30.11.2001, s. 12; z 23–24.03.2002.

bójstwo, karę śmierci, śmierć na wojnie), a omówiona śmierć z wyboru obejmuje tylko część problematyki samobójstwa. Za sprawą bioetyki zostaje zerwana zmowa milczenia wokół zagadnień śmierci. Ostatnio nawet częściej podejmuje się problematykę tanatologiczną w porównaniu z innymi problemami biogenezy i bioterapii. Bioetyka może mieć swój udział w zmianie postaw współczesnych ludzi wobec śmierci – wyraźnie dominuje w niej tendencja oswojenia śmierci, zerwania z wzorcem śmierci zdziczałej. Nie ma jednak zgody, jak to zrobić. Wszyscy zgadzają się, że nie należy kontynuować terapii daremnej, uporczywej, ale granica między terapią uporczywą a użyteczną nie jest ustalona (czy mają to być „naturalne” granice życia, czy jakość życia). Oswojenie śmierci wymaga jej demedycyzacji oraz innego ustalenia zakresu obowiązków medycyny (ratowania życia i łagodzenia cierpienia), co nie jest łatwe, jak pokazywał chociażby Jonas. Nikt nie neguje tego, że śmierć powinna być dobra, godna człowieka i że umierającemu trzeba pomóc przez odpowiednią opiekę oraz wsparcie, ale istnieje duża rozbieżność poglądów, a także niekonsekwencja w ustaleniu warunków dobrej śmierci i pomocy w umieraniu.

Być może kiedyś powróci w kulturze wzorec śmierci oswojonej. Nawet wtedy śmierć własna pozostanie zadaniem trudnym, z czym każdy kiedyś będzie musiał sam się uporać. Przyzwolenie na śmierć naturalną (z powodu chorób i starości) jest coraz większe, choć jednocześnie obecne jest dążenie przeciwstawne – do życia jak najdłuższego, a nawet występują marzenia o nieśmiertelności. Przyzwolenie na śmierć nienaturalną (samobójstwo, eutanazja dobrowolna) jest większe w wypadku tzw. opinii publicznej niż w kręgach lekarskich czy akademickich. Stosunek do eutanazji dobrowolnej zależy w dużej mierze od osobistego doświadczenia. Ludzie, którzy zetknęli się z beznadziejnym, degradującym bólem, którego nie można uśmierzyć, mają zwykle bardziej liberalne podejście do tej kwestii. Trudno jest dobrze żyć, czasem jeszcze trudniej dobrze umrzeć, szczególnie wtedy, gdy zależy to od decyzji innych ludzi.

Rozdział VIII

Życie ludzkie w etyka wartości

Życie ludzkie należy cenionych – istnieje głęb (a w szczególności życie l tość bezwzględna.

W ciągu ostatnich kill coraz częściej kwestionow czynia się do tego charakt warunków egzystencji jed miennych kultur operują (zderzenie antropocentryz temów filozoficznych), kł życia ludzkiego. Niedawno gdy urodziły się bliźnięta wyjaśnienia, by ukazać jeg w Manchesterze przyjęto jeszcze przed ich poroder w pobliżu Malty, by uzys w wypadku narodzin bliźn ną częścią brzuszaków. Mary które doniesienia mówiły, ce), żyła kosztem Jodie, k