

Ks. WACŁAW GUBAŁA (Kraków)

## PROBLEMY MORALNE ZWIĄZANE Z LECZENIEM CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Nowotwór, zwany inaczej „rakiem”, to słowo budzące grozę. Choroby nowotworowe są – po chorobach serca i układu krążenia – najbardziej powszechną przyczyną zgonów. Jednocześnie te choroby są mało poznane i stanowią pewien temat, którego po prostu nie porusza się w rozmowach z pacjentami.

Większość ludzi myśli, że rozpoznanie choroby nowotworowej jest jednoznaczne z wyrokiem śmierci, a słowo „rak” ciągle wywołuje ogromny lęk<sup>1</sup>. Tymczasem nie każdy przypadek oznacza śmierć, a ponadto każdy przypadek raka jest inny, inna jest też reakcja każdego pacjenta. Oznacza to, że ani lekarz, ani ktokolwiek z otoczenia nie jest w stanie z góry określić i przewidzieć, jak pacjent będzie znosił chorobę. Dlatego powiedzenie choremu prawdy, że jest dotknięty chorobą nowotworową jest zawsze trudne. Wiadomość o chorobie może wyzwolić lęk i niepewność, ale z drugiej strony świadomość tej choroby może także wyzwolić nadzieję<sup>2</sup>.

Medycyna nieustannie doskonali sposoby leczenia i niektóre choroby nowotworowe są już uleczalne. Pewne nowotwory, odpowiednio podleczone, pozwalają chorym prowadzić aktywne życie. Dobra informacja pozwala lepiej pomóc sobie i innym w walce z chorobą. Im lepiej pacjenci są poinformowani na temat własnej choroby i sposobów jej leczenia, tym lepiej i chętniej współpracują w leczeniu, mają lepsze samopoczucie zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Nie wszystkie nowotwory są złośliwe. Te niezłośliwe nie rozwijają się w innych częściach organizmu, natomiast złośliwe przerzucają poprzez układ krwionośny

---

\* W przypisach zastosowano następujące skróty:

- DV – *Donum vitae*. Instrukcja Kongregacji Nauki Wiary o szacunku dla rodzającego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania (Watykan 1987).  
 EV – *Evangelium vitae*. Encyklika Jana Pawła II.  
 KPSZ – Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta pracowników służby zdrowia*, wydana przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia (Watykan 1995).

<sup>1</sup> Por. M. Stroud, *Twarzą w twarz z rakiem*, przekład J. Prosińska-Giersz, Katowice 2000, s. 17.

<sup>2</sup> Por. tamże, s. 18.

lub limfatyczny i w ten sposób powstaje nowy guz w innej części organizmu. Złośliwe prowadzą wcześniej czy później do śmierci.

Omawiając problemy moralne związane z leczeniem choroby nowotworowej, chcemy się odnieść do tych z nich, które są związane z leczeniem przede wszystkim nowotworów złośliwych. Chcemy najpierw przypomnieć, że medycyna w służbie człowieka chorego jest wiedzą, ale i sztuką lekarską. Oznacza to, że winno się zawsze traktować chorego jako podmiot leczenia. U podstaw działań medycznych leży relacja dwóch równoprawnych osób. Ich relacja winna być oparta na współuczestnictwie i związanej z nim współodpowiedzialności. Ważną sprawą w leczeniu choroby nowotworowej jest właściwy przekaz prawdy, a także odpowiedzialna decyzja co do sposobu leczenia. Z leczeniem choroby nowotworowej, szczególnie w jej stanie terminalnym, wiąże się problem stosowania tzw. uporczywej terapii lub terapii paliatywnej. Alternatywą dla terapii paliatywnej bywa propozycja eutanazji. Wszystkie te problemy chcemy podjąć w świetle etyki chrześcijańskiej, etyki personalistycznej.

### *Medycyna – to wiedza i sztuka*

Nie ulega wątpliwości, że postęp medycyny w końcu XX wieku jest niezwykle. To dzięki temu postępowi udało się opanować pewne choroby dotąd nieuleczalne, jak np. gruźlicę czy niektóre choroby serca. Jednocześnie pojawiły się nowe choroby, takie jak np. AIDS. Jest to choroba na razie nieuleczalna, ale w wielkich laboratoriach naukowych nieustannie prowadzi się badania, aby wynaleźć skuteczne lekarstwo na tę „dżumę XX wieku”.

Ale medycyna to nie tylko wiedza, ale to również sztuka<sup>3</sup>. Swymi korzeniami związana jest z personalistyczną koncepcją człowieka, która zakłada odrębność i niepowtarzalność jednostkową każdego człowieka jako osoby. Tym zaś, co broni tej godności człowieka, jest etyka. Dlatego medycyna jest związana z etyką. Etyka lekarska, uwzględniając pełną wizję człowieka jako osoby, podaje zasady postępowania zawodowego i ocenia medyczne działanie zgodnie z najwyższym dobrem człowieka i jego celem ostatecznym, którym jest Bóg. Jest to etyka tego zawodu, który słusznie nazywa się posłannictwem albo powołaniem<sup>4</sup>. Etyka lekarska ukazuje zasady realizacji powołania zawodowego. Lekarzowi i pielęgniarce pozwala w chorym człowieku, poza cierpieniem ciała, dostrzec jeszcze jego potrzeby duchowe. To oznacza, że lekarz nie może być specjalistą jedynie od jakiegoś na-

<sup>3</sup> Por. M. Abiven, *Une éthique pour la mort*, Paris 1995, s. 19–20.

<sup>4</sup> Por. W. Gubała, *Personalistyczna koncepcja etyki medycznej*, „Ethos” 1994, nr 25–26, s. 153–161.

rządu ludzkiego, ale winien być bratem chorego – gotowym zrozumieć, pocieszyć, wysłuchać. Odnosi się to szczególnie do chorych, których życia nie da się już uratować. Wiedza lekarska jest zbyt jednostronnie zorientowana na uzdrawianie, a tymczasem jej zadaniem jest leczyć. To zaś w niektórych sytuacjach terminalnych oznacza umiejętność towarzyszenia choremu poprzez łagodzenie jego cierpień i podtrzymywanie go na duchu. Chory nigdy nie powinien czuć się jak rzecz nikomu niepotrzebna. W odniesieniu do nieuleczalnie chorych, a takimi są często chorzy cierpiący na chorobę nowotworową, lekarz winien im okazać szczególnie wielką cierpliwość i wyrozumiałość. Nie może więc żałować czasu na spokojną, nacechowaną życzliwością rozmowę z chorym<sup>5</sup>.

### *Osoba ludzka podmiotem ingerencji medycznych*

Każda ingerencja medyczna musi się liczyć z faktem, że jej przedmiotem jest osoba ludzka, istota duchowo-cieleśna. Człowiek nie jest wyłącznie bytem materialnym wyczerpującym się w strukturze biologicznej i funkcjach fizjologicznych, ale jest jednością duchowo-cieleśną przejawiającą się w jedności psychofizycznej<sup>6</sup>. Innymi słowy „istnieje głęboka jedność między ciałem i duchem, jedność do tego stopnia rzeczywista, że nawet najwyższa aktywność duchowa jest uwarunkowana przez kondycję cielesną, zaś ciało ze swej strony osiąga swój właściwy i ostateczny cel wtedy tylko, gdy kierowane jest duchem”<sup>7</sup>. Oznacza to, że cała istota ludzka wyraża się nie tylko w sferze ducha, ale również ciała. Stąd jakość życia w wymiarze somatycznym ma znaczenie istotne dla jakości życia osoby<sup>8</sup>. Zatem ciało nie jest tylko jakąś częścią osoby, ale stanowi nieodłączny element jej natury do tego stopnia, jak powie Jan Paweł II, że „w ciele i poprzez ciało dociera się do samej osoby w jej konkretnej rzeczywistości”<sup>9</sup>.

Dlatego też ciało, będącemu konstytutywnym elementem osoby i uczestniczącemu w całej pełni w jej godności, przysługuje szacunek i nietykalność należna osobie. Stąd każde działanie wymierzone w strukturę biologiczną traktującą ciało jako zespół tkanek i na-

<sup>5</sup> Por. M. Abiven, jw., s. 43.

<sup>6</sup> Por. J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologiczno-moralne podstawy ingerencji medycznych*, Kraków 1999, s. 97.

<sup>7</sup> Jan Paweł II, *Eksperyment w biologii*, Audycja dla uczestników Tygodnia Studiów, zorganizowanego przez Papieską Akademię Nauk 23.10.1982, „L'Osservatore Romano”, wyd. polskie, 1982, nr 10, s. 8.

<sup>8</sup> Por. J. Wróbel, jw., s. 98.

<sup>9</sup> Jan Paweł II, *Podstawy deontologii lekarskiej*. Przemówienie do uczestników Zjazdu Światowego Towarzystwa Lekarskiego (29.10.1983), „L'Osservatore Romano”, wyd. polskie, 1983, nr 10, s. 22.

rządów godzi zawsze w osobę ludzką, gdyż ciało jest „częścią istotną osoby ludzkiej, która poprzez ciało objawia się i wyraża [...]. Interwencja dokonywana na ciele ludzkim nie dotyczy tylko tkanek, narządów i ich funkcji, lecz angażuje również na różnych poziomach samą osobę”<sup>10</sup>.

Godność ciała ludzkiego łączy się ściśle z wartością życia biologicznego osoby. Życie ludzkie nie wyczerpuje całej wartości osoby ani nie przedstawia najwyższego dobra człowieka, ale stanowi „w pewnym sensie jego wartość «podstawową», ponieważ właśnie na życiu fizycznym opierają się i mogą rozwijać inne wartości osoby ludzkiej”<sup>11</sup>. Dla chrześcijanina życie, podobnie jak osoba, ma charakter sakralny, gdyż „życie człowieka pochodzi od Boga i jest Jego darem, jego odbiciem, udziałem w Jego ożywym tchnieniu. Dlatego Bóg jest jedynym Panem tego życia i człowiek nie może nim rozporządzać”<sup>12</sup>. Człowiek jest tylko włodarzem tego daru.

Powyzsza prawda o świętości życia pociąga za sobą konsekwencje natury etyczno-moralnej. Z prawdy o świętości życia wynika zasada jego nienaruszalności<sup>13</sup>. Zachowanie życia, jego nietykalność stanowi pierwsze i fundamentalne prawo, źródło innych praw<sup>14</sup>. To zadanie obrony życia i jego rozwoju jest szczególnym zadaniem i powołaniem lekarzy i personelu medycznego. Oznacza to, że przedmiotem działania lekarskiego jest osoba chorego, potrzebująca pomocy zarówno na płaszczyźnie cielesnej, jak i duchowej. Służba człowiekowi choremu oznacza nie tylko profesjonalizm zawodowy w stosunku do organizmu, lecz także relację interpersonalną. Lekarz nie może być lekarzem danego narządu, ale winien zająć się całą osobą, jego sferą cielesną, uczuciową, intelektualną i duchową<sup>15</sup>. Chory oczekuje od lekarza odpowiedzialnego leczenia, jak również wsparcia ze strony brata, który może przekazać wizję życia, a także sens cierpienia i śmierci<sup>16</sup>.

Godność osoby ludzkiej i jej duchowo-cielesna natura domaga się traktowania jej jako celu ingerencji medycznej. Oznacza to, że w żadnym wypadku osoba nie może być środkiem do jakiegoś celu, np. do nauki, ale musi być traktowana jako cel sam w sobie, a więc jako cel wszelkiej ingerencji<sup>17</sup>. Dotyczy to również ludzkiego ciała. Nie można

<sup>10</sup> DV nr 3 (wstęp).

<sup>11</sup> Tamże; por. W. Gubała, *Personalistyczna koncepcja...*, s. 156.

<sup>12</sup> EV nr 39.

<sup>13</sup> EV nr 40.

<sup>14</sup> Por. W. Gubała, *Jan Paweł II o etyce lekarskiej*, [w:] *Ad libertatem in veritate*. Księga pamiątkowa dedykowana księdzu profesorowi Alojzemu Marcolowi, red. P. Morciniec, Opole 1996, s. 263.

<sup>15</sup> Por. J. Wróbel, jw., s. 100; J. Nagórny, *Godność powołania medycznego*, „Roczniki Teologiczno-Kanoniczne” 44:1997, z. 3, s. 20–21.

<sup>16</sup> EV 88.

<sup>17</sup> Por. J. Wróbel, jw., s. 101.

je sprowadzić do wymiaru czysto materialnego jako zespołu organów, ale jest ono zawsze zasadą konstytutywną człowieka. Dlatego w działaniach medycznych nie można traktować przedmiotowo osoby w jej konstytucji cielesnej, np. sprowadzając człowieka do roli banku organów w zabiegach transplantacyjnych czy też „materiału doświadczalnego” w eksperymentach medycznych, ale trzeba pamiętać, aby w każdej ingerencji medycznej struktura cielesna była uznana jako element konstytuujący osobę i jej godność i by ta ingerencja dążyła ostatecznie do ocalenia osoby w jej całej jedności duchowo-cielesnej<sup>18</sup>. Jest to najbardziej podstawowe kryterium etyczne każdej ingerencji medycznej. Stąd „niedopuszczalne są wszelkie manipulacje cielesnością, które zniekształcają jej ludzki sens”<sup>19</sup>.

### *Relacja: pacjent – lekarz*

U podstaw działań medycznych leży relacja, w której centrum stoją dwie równouprawnione osoby. Ta relacja winna być oparta na współuczestnictwie i związanej z nim współodpowiedzialności.

*Kodeks etyki lekarskiej* przypomina, że lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich „godność osobistą i prawo do intymności” (art. 12). Ponadto przyrzeczenie lekarskie zobowiązuje lekarza, aby według swej najlepszej wiedzy przeciwdziałał cierpieniu, a w niesieniu pomocy chorym miał na celu wyłącznie ich dobro, okazując należyty im szacunek<sup>20</sup>. Podstawą właściwej relacji między lekarzem a pacjentem jest „uszanowanie autonomii i podmiotowości pacjenta, która przyjmuje konkretny kształt w jego odpowiedzialności za siebie, za swoje zdrowie i życie, a jednocześnie chroni go przed paternalizmem ze strony pracowników służby zdrowia, czy nawet wykluczeniem go z kręgu decyzyjnego”<sup>21</sup>. Oznacza to, że takie wartości, jak zdrowie czy życie, są najpierw wartościami specyficznie osobistymi i nie mogą być poddane czyjeś dominacji, gdyż oznaczałoby to zawładnięcie samej osoby. Lekarz pełni rolę służebną w stosunku do życia i zdrowia drugiej osoby. Pacjent nie jest „przypadkiem klinicznym”, ale osobą, której lekarz przychodzi z pomocą, szanując jej godność i podmiotowość. Jedynym celem działania medycznego jest dobro tejże osoby pacjenta. Dlatego lekarz nie może sobie przypisać wyłączności w określeniu potrzeb pacjenta, ale winien z nim podjąć konsultację i dialog<sup>22</sup>. Przypomniał o tym Jan Paweł II w przemówieniu do uczestników XV Międzynarodowego Kongresu Federacji Sto-

<sup>18</sup> Tamże, s. 106.

<sup>19</sup> EV 50.

<sup>20</sup> Por. *Przyrzeczenie lekarskie*, [w:] *Kodeks etyki lekarskiej*, Warszawa 1994.

<sup>21</sup> Por. J. Wróbel, jw., s. 113.

<sup>22</sup> Por. W. Guła, *Jan Paweł II o etyce lekarskiej...*, s. 264.

warzyszeń Lekarzy Katolickich (3.10.1982), stwierdzając, że „pacjent [...] nie jest anonimową jednostką, której aplikujecie to, co stanowi owoc waszej wiedzy, lecz jest osobą odpowiedzialną, która winna być wezwana do współuczestnictwa w poprawie własnego zdrowia i w powrocie do zdrowia”<sup>23</sup>. Jasną jest rzeczą, że człowiek chory wyraża swoją odpowiedzialność za zdrowie i życie, powierzając siebie kompetencjom i doświadczeniu lekarza. Oznacza to, że lekarz w wykonywaniu swojej posługi posiada taką możliwość podejmowania decyzji, jaką przekaże mu pacjent lub w razie niemożności – najbliższa rodzina<sup>24</sup>.

Uszanowania podmiotowości pacjenta domaga się każda sytuacja interwencji lekarskiej, zwłaszcza w tych przypadkach, gdy ta ingerencja medyczna ma charakter poważny, jak chociażby w wypadku choroby nowotworowej, gdzie istnieje ryzyko dla zdrowia czy życia. Mówimy tu o prawach pacjenta, które wyrażają się między innymi w prawie pacjenta do wyboru lekarza, do opieki lekarskiej, do przyjęcia lub odmowy leczenia po otrzymaniu informacji o stanie swego zdrowia, do zachowania tajemnicy przez lekarza, do umierania w godności, do posługi religijnej<sup>25</sup>. Oczywiście te prawa pacjenta mają swoją granicę, swoje nieprzekraczalne normy. Oznacza to, że pacjent nie może żądać tego, co naruszałoby jego godność osobistą i byłoby nieetyczne. Lekarz nie może być bezwolnym narzędziem w rękach pacjenta. Ma prawo i obowiązek kierować się własnym sumieniem. Przypomina o tym Jan Paweł II w encyklice *Evangelium vitae*, gdzie stwierdza, że „lekarze, personel medyczny i pielęgniarki oraz osoby kierujące instytucjami służby zdrowia, klinik i ośrodków leczniczych powinny mieć zapewnioną możliwość odmowy uczestnictwa w planowaniu, przygotowywaniu i dokonywaniu czynów wymierzonych przeciw życiu”<sup>26</sup>.

Chodzi tu nie tylko o sytuację, gdy pacjent domaga się ingerencji przekraczającej ramy etyczne (np. żąda eutanazji), lecz także wtedy, gdy sprzeciwia się ingerencji uznanej przez lekarza za słuszną i konieczną. Chodzi tu o pomoc pacjentowi wbrew jego woli. Najczęściej mamy do czynienia z taką sytuacją sprzeciwu w przypadku przekonań religijnych, lub załamania psychicznego pacjenta dotkniętego ciężką chorobą, doświadczającego dużego cierpienia czy trudów życia, przeżywającego załamanie psychiczne i brak woli życia<sup>27</sup>.

W przypadku sprzeciwu wynikającego z pobudek religijnych należy uszanować wolę pacjenta; znanym powszechnie przykładem jest

<sup>23</sup> Jan Paweł II, *Medycyna w służbie życia i człowieka*, „L'Osservatore Romano”, wyd. polskie, 1982, nr 11–12, s. 5.

<sup>24</sup> Por. A. F. Dziuba, *Z problematyki etycznej chorych umierających*, „Chrześcijanin w Świecie” 1982 nr 3 (105), s. 51.

<sup>25</sup> Por. J. Wróbel, jw., s. 115–116.

<sup>26</sup> EV nr 74.

<sup>27</sup> Por. J. Wróbel, jw., s. 122.

sprzeciw świadków Jehowy wobec dokonywania transfuzji krwi, ale jednocześnie w takich przypadkach lekarz nie może zrezygnować z próby przedstawienia takiemu pacjentowi problemu z punktu widzenia medycznego i ukazania zasadności i słuszności ingerencji medycznej. W całej pełni powinien jednak uszanować przekonania pacjenta.

Jednakże prawo pacjenta do samostanowienia posiada naturalne ograniczenie, które wyznacza obowiązek zachowania życia i wynikającej z niego troski o zdrowie. Stąd sytuacja, kiedy pacjent zachowuje się nierozumnie, a jego postawa, oparta na błędzie i braku kompetencji, nie zobowiązuje lekarza do spełnienia życzeń pacjenta, które dopuszczałyby autodestrukcję<sup>28</sup>. W takiej sytuacji lekarz powinien działać zgodnie z tym, co podpowiada mu sumienie, wiedza lekarska i doświadczenie. W sytuacji, gdy pacjent odmawia współdziałania, B. Häring stwierdza, że „lekarz ma nie tylko prawo, lecz także obowiązek podjęcia się zabiegu ratującego życie, gdy zabieg ten nie jest ani niezwykły, ani zbyt kosztowny i może rzeczywiście uratować życie, a nie tylko przedłużyć cierpienie [...]. Pacjent, który nie chce się poddać takiemu zabiegowi, jest albo absolutnie niekompetentny, pozbawiony wszelkiego rozeznania, albo psychicznie niezdolny do podjęcia decyzji<sup>29</sup>”.

Lekarz musi jednak pamiętać, że nawet gdy nie może uwzględnić w pełni woli pacjenta, winien podjąć próbę dialogu z nim i próbę przekonania go co do racji i celu działania lekarskiego. Gdy wysiłki takie okażą się bezskuteczne, lekarz może działać, pod warunkiem że to działanie będzie zgodne ze sztuką lekarską, i dobrze rozumianymi metodami terapeutycznymi, a sama ingerencja nie pozostawia znaczących skutków ubocznych. Działanie takie można by, zdaniem niektórych autorów, oprzeć na istnieniu tzw. zgody domniemanej. W sytuacji, gdy pacjent opiera swój sprzeciw czy domaga się niewłaściwego działania na błędnych motywach lub nieprawidłowym rozpoznaniu przypadku, można przypuszczać, że zmieniłby zdanie i wyraził zgodę, gdyby znał prawdę. „W przypadku chwilowego braku świadomości lub woli, działa on [tzn. lekarz] na podstawie zasady powierzenia się terapii, czyli podstawowej ufności, z jaką pacjent powierzył się jego trosce. W przypadku trwałego braku świadomości i woli działa na zasadzie odpowiedzialności w trosce o zdrowie, jaka obowiązuje pracownika służby zdrowia do zajęcia się zdrowiem pacjenta<sup>30</sup>”. Obowiązek przychodzenia z pomocą pacjentowi wbrew jego woli dotyczyłby także usiłowania samobójstwa.

<sup>28</sup> Por. tamże, s. 123; S. R o s i k, *Pokusa eutanazji a normatyw osobowej godności człowieka*, „Roczniki Teologiczno-Kanoniczne” 44:1997, z. 3, s. 45–46.

<sup>29</sup> B. H ä r i n g, *W służbie człowieka*, Warszawa 1975, s. 72.

<sup>30</sup> KPSZ nr 73.

## Mówienie prawdy choremu

„Istnieje prawo osoby, by była informowana o swoim stanie życia”<sup>31</sup>. To prawo jest nieodłącznie związane z prawem pacjenta do samostanowienia. Jednakże powiedzenie prawdy pacjentowi nie jest rzeczą prostą i stanowi prawdziwy dylemat w sytuacji chorego dotkniętego nieuleczalną chorobą, z którą jakże często wiąże się perspektywa śmierci. Jednakże ta sytuacja nie zwalnia od prawdomówności. Komunikacja między chorymi a tymi, którzy się nim opiekują, nie może się opierać na udawaniu<sup>32</sup>. Nie ma jednak jakiegoś jednego szablonu, który moglibyśmy aplikować w każdej sytuacji. Relacja między chorym a lekarzem musi być oparta na odpowiedzialności oraz otwartości uwzględniającej wszystkie okoliczności czasu i miejsca<sup>33</sup>.

Prawo zatem do prawdziwej informacji musi być związane z terapią, jaką należy wykonać. Wiadomo, że przekazanie pacjentowi prawdy, w przypadku choroby nieuleczalnej, może zaowocować niekorzystnymi reakcjami w formie silnego stresu, negatywnie wpływającego na psychikę, czego konsekwencją mogą być załamania psychiczne, odrzucenie pomocy medycznej i co się z tym się wiąże – myśli i dążenia samobójcze. Nie można chorego pozbawiać nadziei.

Jednakże niedopuszczalne jest okłamywanie pacjenta. „Obowiązek przekazania prawdy śmiertelnie choremu wymaga od personelu sanitarnego zrozumienia i taktu ludzkiego”. Nie może on polegać na przekazaniu prawdy w jej brutalnej rzeczywistości. „Powinna być powiedziana z pełną miłością, wzywając do włączenia się do tej komunii wszystkich tych, którzy z różnych racji asystują choremu”<sup>34</sup>. Powiedzenie prawdy jest podyktowane także przez podstawową zasadę, która łączy pacjenta i pracownika służby zdrowia, a mianowicie przez zasadę zaufania. Zaufanie jest fundamentem procesu terapeutycznego. Trudno sobie wyobrazić zaufanie chorego do pracowników służby zdrowia, jeżeli musiałby się liczyć z tym, że jest okłamywany. „Jednocześnie uczciwość wobec pacjenta domaga się poinformowania go o stanach bezpośredniego zagrożenia, jeżeli skuteczne przychodzenie z pomocą zależy od jego dostosowania się do zaistniałej sytuacji i aplikowanych środków, a także w sytuacjach terminalnych, kiedy przed swoim odejściem powinien dopełnić swoje zobowiązanie wobec Boga, społeczności ludzkiej oraz wobec najbliższych”<sup>35</sup>. Zatem problemem nie jest samo prawo pacjenta do prawdy, ale sposób jej przekazania. Istnieje taki sposób powiedzenia, który potrafi uszanować samopoczucie

<sup>31</sup> KPSZ nr 125.

<sup>32</sup> Tamże.

<sup>33</sup> Por. J. Wróbel, *iw.*, s. 116.

<sup>34</sup> KPSZ nr 126.

<sup>35</sup> J. Wróbel, *iw.*, s. 117; por. J. Orzeszyna, *Problem informowania chorego o rzeczywistym stanie zdrowia*, [w:] *Ad libertatem in veritate...*, s. 393–412.



cie chorego, dostosowując się do niego i istnieje taki sposób mówienia, który umie przyjąć jego prośby. Chodzi o to, aby komunikować prawdę z miłością i w miłości (por. Ef. 4, 15). Niewątpliwie forma i czas informowania pacjenta winny uwzględniać jego możliwości psychiczne i moralne, a co zatem idzie – odpowiedni moment i właściwą osobę, która powie tę prawdę. „Nigdy jednak prawda nie może być przekazana w sposób gwałtowny, suchy, frazesowy, pozbawiający nadziei; natomiast zawsze winna uwzględniać stan pacjenta, roztropne i profesjonalne prognozowanie [...], a nade wszystko winno jej towarzyszyć uczestnictwo osobowe oznajmującego prawdę czy też kiedy indziej pytającego o zgodę na określoną ingerencję medyczną”<sup>36</sup>. To, co jest najważniejsze w takiej sytuacji, nie polega na ścisłości tego, co się mówi, ale na solidarności z chorym. Dotyczy to szczególnie choroby nieuleczalnej. Chory wtedy nie czuje się porzucony i skazany na śmierć. Prawda komunikowana mu z miłością nie zamyka chorego na nadzieję, ponieważ pozwala mu czuć się w relacji współuczestniczenia. Nie jest sam ze swoim cierpieniem, a jego życie mimo wszystko nabiera sensu i znaczenia, które przekracza śmierć<sup>37</sup>.

Słuszna jest propozycja, że informacja dotycząca choroby nowotworowej winna być przekazana w odpowiednim czasie, tzn. kiedy pacjent daje znak lub prosi, że chce wiedzieć, a także w odpowiedni sposób, tak aby chory chciał współdziałać, przez właściwą osobę, zwykle przez lekarza i w odpowiedniej dawce<sup>38</sup>.

### *Środki zwyczajne proporcjonalne i nadzwyczajne – nieproporcjonalne*

Rozważając problematykę moralną związaną z leczeniem ludzi chorych na raka, nie można pominąć tzw. zasady proporcjonalności. Chodzi najpierw o to, że współczesna medycyna dysponuje ogromnym arsenałem środków i metod leczenia począwszy od takich prostych, jak tabletki aspiryny, a na środkach intensywnej terapii skończywszy. Ta ogromna złożoność środków i metod rodzi poważne problemy również natury moralnej. Chodzi o właściwy wybór środków medycznych w danym przypadku. Dotyczy to również stanów terminalnych pacjenta. Jest to problem proporcjonalności działań medycznych czy stosowanych środków uwzględniających faktyczne potrzeby chorego, a także realne możliwości przyścia mu z pomocą w konkretnych okolicznościach. Chodzi tu o problem roztropnego określenia granicy między obowiązkiem ratowania zdrowia i życia ludzkiego a koniecznością pogodzenia się z losem człowieka, co oznacza uznanie ograniczo-

<sup>36</sup> J. Wróbel, jw., s. 118.

<sup>37</sup> Por. KPSZ, nr 127.

<sup>38</sup> Por. M. Stroud, jw., s. 45.

nej skuteczności dostępnych środków, jak również wyczerpanie się w pewnym momencie możliwości racjonalnego działania<sup>39</sup>.

Jako podstawową zasadę należy przyjąć tezę, że „w ratowaniu życia i zdrowia człowieka winno się wykorzystać wszystkie możliwości, które są w danym przypadku wskazane i dostępne<sup>40</sup>. Tak sformułowana zasada wymaga doprecyzowania. I tutaj, w ramach poszukiwań odpowiedzi na pytanie, jak daleko istnieje obowiązek przychodzenia z pomocą człowiekowi choremu przez służby medyczne, moralisci dokonali podziału środków i metod na zwyczajne i nadzwyczajne, lub – jak inni mówią – proporcjonalne i nieproporcjonalne. Określenie tych środków i kryteriów podziału daje deklaracja *Jura et bona*, która stwierdza, że „w każdym wypadku można będzie właściwie ocenić środki porównując rodzaj leczenia, stopień trudności i ryzyka, jakie za sobą pociągają, konieczne wydatki i możliwości jego zastosowania z rezultatem, jakiego można oczekiwać mając na uwadze stan chorego, jego siły fizyczne i moralne” (nr 4)<sup>41</sup>. Należy przyjąć, że pojęcie ‘środki zwyczajne i nadzwyczajne’ zmienia się wraz z rozwojem cywilizacyjnym. Niektóre bowiem środki, które dawniej uchodziły za nadzwyczajne, dziś są zwyczajne. Zależy to od warunków miejscowych, od zamożności i rozwoju danego kraju. Dlatego W. Bołoz proponuje tutaj trzy kryteria rozróżnienia: środek zwyczajny to taki, który jest „(1) dostępny finansowo dla większości ludzi danego kraju; (2) nie powoduje nadmiernych i zbyt długich cierpień chorej osoby; (3) daje prawdopodobieństwo wyleczenia<sup>42</sup>. W przeciwnym przypadku będzie to środek nadzwyczajny. Uwzględniając szeroką dziś dyskusję wokół proporcjonalności środków, należy stwierdzić, że istotne są tu dwa czynniki, a mianowicie stosowalność określonego środka czy metody oraz możliwość przyjęcia go przez konkretnego pacjenta. Dlatego, jak stwierdza ks. J. Wróbel, „uznaje się za zwyczajne te środki, które z jednej strony są proporcjonalne do danej sytuacji i potrzeb chorego, a z drugiej strony uwzględniają jego kondycję psychofizyczną [...]. Natomiast za nadzwyczajne, a tym samym nieproporcjonalne, należy uznać te środki, które z punktu widzenia doświadczenia i praktyki medycznej jawią się jako niecodzienne, nie sprawdzone i jednocześnie ryzykowne, w tym również te, które uważa się za eksperymentalne<sup>43</sup>. Chodzi tutaj o takie środki, które niosą za sobą ryzyko pogorszenia zdrowia pacjenta i jego cierpienie. Chodzi więc przede wszystkim o to, aby zawsze pamiętać, że wszystkie te działania mają służyć do-

<sup>39</sup> Por. M. Abiven, jw., s. 48–52.

<sup>40</sup> Por. J. Wróbel, jw., s. 404; J. Kowalski, *Szacunek i pomoc dla człowieka bliźniego śmierci*, [w:] *Chronić i wspomagać ludzkie życie*, Kraków 2000, s. 144–145.

<sup>41</sup> Por. KMKC 2278–2279; EV 65.

<sup>42</sup> W. Bołoz, *Życie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioetyczne*, Warszawa 1997, s. 138.

<sup>43</sup> J. Wróbel, jw., s. 412.

bru konkretnego pacjenta, a nie samej medycynie. Tak więc należy uwzględnić nie tylko czynniki czysto medyczne, lecz także te, które są związane z kontekstem egzystencjalnym konkretnego pacjenta.

Z tego wynika podstawowa zasada moralna, że człowiek ma prawo w trosce o zdrowie korzystać ze środków zwyczajnych, natomiast nie zawsze musi stosować wszystkie możliwe środki i metody. Jan Paweł II przypomina, że istnieje moralny obowiązek leczenia się, ale jest on zależny od uwarunkowań i okoliczności. Dlatego „należy [...] ocenić, czy stosowane środki lecznicze są obiektywnie proporcjonalne do przewidywanej poprawy zdrowia. Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją i wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci” – pisze papież<sup>44</sup>.

To stwierdzenie wymaga jeszcze pewnego uściślenia. Otóż korzystanie ze środków nadzwyczajnych jest godziwe, a nawet wydaje się obowiązkowe w pewnych okolicznościach, kiedy np. pacjenci mają do spełnienia bardzo ważne obowiązki indywidualne lub społeczne. Dla przykładu, chodzi o człowieka, który nie ma uregulowanych spraw rodzinnych czy zawodowych albo pełni w danym momencie niezastąpioną rolę społeczną, jak np. ojciec lub matka wychowująca małe dzieci lub też potrzebny społeczeństwu wybitny specjalista. Skorzystanie z takiego leczenia może się dokonywać za zgodą pacjenta<sup>45</sup>.

Podsumowując, możemy powiedzieć, że w leczeniu chorób nowotworowych należy stosować wszystkie uzasadnione środki terapeutyczne, które są do dyspozycji, a nie są źródłem nadmiernych obciążeń i nie wywołują niewspółmiernie negatywnych skutków. Istnieje poważny obowiązek korzystania ze środków zwyczajnych – proporcjonalnych. Nie ma natomiast obowiązku stosowania środków nadzwyczajnych – nieproporcjonalnych, do których należy uporczywa terapia.

### *Problem uporczywej terapii*

Choroby nowotworowe niosą ze sobą problematykę zakresu moralnego obowiązku ratowania życia ludzkiego w stanach terminalnych. Chodzi tu nade wszystko o granice stosowania intensywnej terapii. Dzięki postępowi medycyna może z jednej strony ratować gasnące życie, z drugiej zaś – wydłużać agonię człowieka, a tym samym w sposób nienaturalny opóźnić śmierć. Ta możliwość przychodzenia z pomocą człowiekowi rodzi następujące pytania: Czy lekarz winien zawsze ingerować, by ratować życie człowieka umierającego, czy też może od tego obowiązku odstąpić, oraz czy powinien korzystać ze wszystkich dostępnych mu środków?

<sup>44</sup> EV 65.

<sup>45</sup> J. Wróbel, jw., s. 419.

*Kodeks etyki lekarskiej* stwierdza, że „w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych” (art. 32). Intensywna terapia – jak sama nazwa wskazuje – nie należy do zwykłych sposobów i metod leczenia. Jej stosowanie nie narzuca się jako obowiązek lekarza – szczególnie wtedy, gdy stosowanie jej staje się dla pacjenta wielką udręką. Przedłużanie tej terapii przestaje mieć sens, gdy ustaje nadzieja na poprawę zdrowia chorego, a same zabiegi służą tylko przedłużaniu procesu umierania<sup>46</sup>. W tej sytuacji lekarz może zaprzestać stosowania uporczywej terapii, gdyż zabiegi medyczne przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego. „W takich sytuacjach, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nie trwałe i bolesne przedłużanie życia, nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich wypadkach<sup>47</sup>”. Lekarz, zaprzestając działań reanimacyjnych, nie dopuszcza się w takiej sytuacji zabójstwa. To nie lekarz powoduje śmierć, ale jest ona wpisana w naturalny stan organizmu chorego. Rezygnacja z uporczywej terapii umożliwia tylko zakończenie procesu, przebiegającego niezależnie od lekarza. Gdy zatem stan chorego na chorobę nowotworową nie rokuje nadziei na poprawę, lekarz ma moralne prawo nie stosować intensywnej terapii ani reanimacji, ale pozwolić pacjentowi spokojnie umrzeć<sup>48</sup>. Rezygnacja z uporczywej terapii nie oznacza dla lekarza zaprzestania udzielania pomocy choremu pacjentowi. Chodzi tu o zapewnienie choremu zwyczajnej opieki, tzn. takiej, która odpowiada zwyczajnym potrzebom duchowo-cieleśnym pacjenta. Do takich środków należy zaliczyć między innymi pokarmy, napoje, transfuzję krwi, podawanie środków dożylnych, antybiotyki, środki przeciwbólowe, uspokajające itp. Odmówienie człowiekowi umierającemu czy będącemu w stanie choroby nieuleczalnej takiej pomocy byłoby formą eutanazji.

### *Terapia paliatywna*

Pomoc lekarza pacjentowi, będącemu w stanie choroby nieuleczalnej, wyraża się między innymi w zmniejszaniu jego cierpienia. Mówi się tutaj o tzw. «terapiach paliatywnych», „których celem – jak przypomina papież – jest łagodzenie cierpienia w końcowym stadium choroby i zapewnienie pacjentowi potrzebnego mu ludzkiego wsparcia<sup>49</sup>”. Medycyna współczesna zna różnego rodzaju środki przeciwbólowe, któ-

<sup>46</sup> KPSZ nr 119; por. J. K o w a l s k i, jw., s. 145.

<sup>47</sup> EV 65.

<sup>48</sup> KPSZ nr 119.

<sup>49</sup> EV 65; por. J. B r u s i ło, *Życie bez bólu?*, Kraków 1996.

rych stosowanie łagodzi cierpienie, ale jednocześnie niesie ze sobą ryzyko skrócenia życia. Takie przyspieszenie śmierci, o ile nie było wprost zamierzone, nie jest aktem eutanazji. „W takim bowiem wypadku nie pragnie się śmierci i nie dąży do niej, choć z uzasadnionych przyczyn dopuszcza się ryzyko śmierci, pragnie się jedynie skutecznie złagodzić ból, stosując środki przeciwbólowe udostępnione przez medycynę”<sup>50</sup>. Chory jednak powinien mieć możliwość, w obliczu zbliżającej się śmierci, wypełnić swoje obowiązki moralne i rodzinne. Dlatego nie należy pozbawiać umierającego świadomości bez poważnych przyczyn, aby ten mógł się pożegnać z najbliższymi i wyrazić swoją ostatnią wolę, a w przypadku człowieka wierzącego – aby miał możliwość przygotować się na ostateczne spotkanie z Bogiem<sup>51</sup>.

Działania paliatywne zmierzają do usunięcia bólu fizycznego i różnego rodzaju cierpienia człowieka, zapewniają optymalną jakość życia i szanują godność cierpiącej osoby. W opiece paliatywnej medycyna nie podejmuje walki ze śmiercią, gdyż jest ona przyjmowana jako naturalny kres życia, ale stara się ulżyć w jej przyjęciu. Pomaga choremu w znoszeniu bólu i cierpieniu, przekraczającego ludzką wytrzymałość.

### *Eutanazja*

Problemem niezwykle trudnym, a związanym z chorobą nieuleczalną, którą może być choroba nowotworowa, jest proponowana dzisiaj eutanazja. Eutanazja, rozumiana jako tzw. „bezbolesna śmierć”, zyskuje sobie coraz bardziej prawo obywatelstwa, szczególnie w krajach o rozwiniętej kulturze materialnej. Jest to pokusa zawładnięcia śmiercią poprzez spowodowanie jej przed czasem i zakończenie życia własnego lub cudzego. Zjawisko eutanazji stanowi jeden z najbardziej niepokojących objawów tzw. „kultury śmierci”. Ta kultura związana jest z mentalnością nastawioną na wydajność, według której obecność ludzi starszych, niepełnosprawnych czy nieuleczalnie chorych wydaje się zbyt kosztowna i uciążliwa. Odnosi się do nich kryteria wydajności produkcyjnej, wedle których życie nieodwracalnie upośledzone nie ma już wartości.

Eutanazja stanowi zamach na ludzkie życie. „Poprzez eutanazję w ścisłym i właściwym sensie należy rozumieć czyn lub zaniechanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia”<sup>52</sup>. Widać wyraźnie, że zgodnie z podaną definicją ocena eutanazji zależy od intencji działającego, jak

<sup>50</sup> EV 65.

<sup>51</sup> Por. J. Brusilo, jw., s. 128–139; KPSZ nr 123–124.

<sup>52</sup> EV 65.

i zastosowanych metod. Tak rozumiana eutanazja – zdaniem Jana Pawła II – stanowi rodzaj umyślnego zabójstwa człowieka i dlatego nigdy nie może być dozwolona, gdyż „jest poważnym naruszeniem Prawa Bożego jako moralnie niedopuszczalne dobrowolne zabójstwo osoby ludzkiej”<sup>53</sup>.

Eutanazja może przybrać charakter aktu samobójczego lub zabójczego w zależności od okoliczności. Jako akt samobójczy jest zawsze aktem głęboko niemoralnym, gdyż stanowi naruszenie porządku miłości względem siebie i bliźniego oraz odrzucenie władzy Boga nad życiem i śmiercią człowieka. Nigdy nie można usprawiedliwić tzw. „samobójstwa wspomaganego”, czyli odebrania komuś życia na jego prośbę, w imię fałszywej litości. To nie stanowi wyrażenia prawdziwego współczucia, ponieważ prawdziwe współczucie powinno prowadzić do solidarności z cudzym bólem i cierpieniem, z sytuacją człowieka nieuleczalnie chorego, a nie do jego zabicia<sup>54</sup>.

Szczególnie ciężkim wykroczeniem moralnym jest eutanazja, która przybiera formę świadomego i dobrowolnego zabójstwa osoby nieuleczalnie chorej. Jest to tym bardziej tragiczne, że dokonują tego osoby, które zostały powołane do stania na straży życia i dobra człowieka, a nie decydowania o tym, kto ma żyć, a kto umierać. Chodzi tu szczególnie o lekarzy. Dlatego art. 31 *Kodeksu etyki lekarskiej* przypomina, że „lekarzom nie wolno stosować eutanazji”. Lekarz powinien mieć na uwadze, że dopuszczenie eutanazji otwiera drogę do wielu nadużyć, w tym – do poważnego osłabienia troski o los ciężko czy nieuleczalnie chorych pacjentów. Doprowadziłoby to nieuchronnie do znacznego obniżenia zaufania do lekarzy ze strony powierzonych ich opiece pacjentów.

\* \* \*

W świetle przedstawionych rozważań widać wyraźnie, że u podstaw rozstrzygnięć moralnych w zakresie działań związanych z leczeniem choroby nowotworowej leży wartość moralna osoby ludzkiej. Wszystko, co niesie postęp medycyny, nabiera pozytywnej wartości moralnej o tyle i w takim stopniu, w jakim służy dobru osoby i szanuje jej godność i podstawowe prawo do życia i zdrowia. Ilekroć działania lekarskie, wynikające z zastosowania współczesnych osiągnięć w medycynie, naruszają godność osoby ludzkiej przez traktowanie jej jako środka lub naruszają życie ludzkie, są moralnie niegodziwe. Podstawowym bowiem zadaniem spoczywającym na personelu medycz-

<sup>53</sup> Tamże.

<sup>54</sup> J. Troska, *Eutanazja – prawo do śmierci*, [w:] *Ad libertatem in veritate...*, s. 307–323; por. J. Dziedzic, *Eutanazja a religijność*, Kraków 1999; J. Kalniuk, *Eutanazja negacją wartości życia i powołania człowieka*, [w:] *Chronić i wspomagać życie ludzkie...*, s. 63–97.

nym, a zwłaszcza na lekarzach, jest zobowiązanie do szacunku dla życia ludzkiego i jego obrony aż do naturalnej śmierci. Wobec nieuleczalnie chorych nie można przyspieszać śmierci poprzez stosowanie eutanazji, ale też nie można za wszelką cenę przedłużać życia, stosując uporczywą terapię.

## PROBLEMI MORALI COLLEGATI CON LA CURA DEL CANCRO

### Riassunto

Trattando i problemi morali connessi con la cura di una malattia grave che è il cancro, si deve sottolineare che il fondamento per tutte le risoluzioni morali è il valore della persona umana. Questo significa che il malato deve essere considerato come soggetto di una cura medica. Un valore molto importante nel processo curativo ha una buona relazione fra il medico e il malato basata sulla reciproca partecipazione e corresponsabilità. L'altra cosa che influisce sul miglioramento dello stato del paziente durante la cura del cancro è il modo adeguato della trasmissione della verità e anche le decisioni appropriate che riguardano il metodo di cura. Con la cura del cancro, soprattutto nello stato terminale, è collegato il problema di una terapia accanita oppure una terapia palliativa. L'alternativa per la cura palliativa viene proposta l'eutanasia. Curando il malato nello stato terminale non si può sia affrettare la sua morte attraverso l'eutanasia sia prolungare la sua vita usando i mezzi della terapia accanita che è un superficiale prolungamento del processo di morire.

La medicina perfeziona costantemente i modi di curare molte malattie. Anche diversi tipi del cancro sono già curabili oppure i malati di cancro dopo un processo terapeutico possono continuare la vita normale e attiva. La buona informazione sul cancro e lo sforzo nella ricerca delle nuove tecniche di cura, sono un modo retto per aiutare meglio tutti che sono già infermi e quelli nel combattimento di questa malattia.