

CZŁOWIEK CHORY ZAWSZE ZACHOWUJE SWĄ GODNOŚĆ

Jan Paweł II

20 III 2004 — Do uczestników
międzynarodowego kongresu
lekarzy katolickich

W dniach 17-20 marca odbywał się w siedzibie Papieskiego Instytutu Patrystycznego «Augustinianum» w Rzymie międzynarodowy kongres lekarzy katolickich, zorganizowany przez Międzynarodową Federację Stowarzyszeń Lekarzy Katolickich i Papieską Akademię «Pro Vita». Prelekcje i dyskusje, w których wzięło udział ok. 400 specjalistów z wielu dziedzin wiedzy, dotyczyły tematu: «Terapie podtrzymujące życie a stany wegetatywne: postępy nauki i dylematy etyczne». Uczestnicy obrad starali się wyjaśnić i ukazać ryzyko eksperymentów sprzecznych z przysięgą Hipokratesa, która mówi, że nigdy wobec żadnego chorego lekarz nie będzie prowadził działań ani też nie dopuści się zaniechań prowadzących do śmierci. W ostatnim dniu kongresu w Sali Klementyńskiej odbyła się audyencja papieska dla jego uczestników. W przemówieniu Jan Paweł II stwierdził, że «człowiek, nawet ciężko chory lub niezdolny do wykonywania bardziej złożonych czynności, jest i zawsze pozostanie człowiekiem, nigdy zaś nie stanie się 'rośliną' czy 'zwierzęciem'».



Szanowni Państwo!

1. Serdecznie pozdrawiam was wszystkich — uczestników międzynarodowego kongresu na temat: Life-sustaining treatments and vegetative state: scientific advances and ethical dilemmas («Terapie podtrzymujące życie a stany wegetatywne: postępy nauki i dylematy etyczne»). Szczególne pozdrowienie kieruję do bpa Elia Sgreccii, wiceprezesa Papieskiej Akademii «Pro Vita», i do prezesa Międzynarodowej Federacji Stowarzyszeń Lekarzy Katolickich oraz gorliwego obrońcy fundamentalnej wartości, jaką jest życie, prof. Gian Luigiigo Gigli, który zabrał tu głos w imieniu was wszystkich.

Tematem tego ważnego kongresu, zorganizowanego wspólnym wysiłkiem przez Papieską Akademię «Pro Vita» i przez Międzynarodową Federację Stowarzyszeń Lekarzy Katolickich, jest zagadnienie o doniosłym znaczeniu, a mianowicie stan kliniczny zwany «stanem wegetatywnym». Złożone aspekty naukowe, społeczne, etyczne i duszpasterskie tego stanu wymagają głębokiej refleksji i owocnego dialogu interdyscyplinarnego, czego przykładem jest bogaty i wszechstronny program waszych obrad.

Postawić właściwą diagnozę

2. Kościół z głębokim podziwem i zarazem z żywą nadzieją popiera wysiłki ludzi nauki, którzy na co dzień, czasem za cenę wielkich wyrzeczeń, prowadzą działalność naukową

i badawczą, mającą na celu zwiększanie możliwości diagnostycznych, terapeutycznych, prognostycznych i rehabilitacyjnych w odniesieniu do pacjentów w pełni zależnych od opiekujących się nimi osób i od lekarzy. Człowiek znajdujący się w stanie wegetatywnym nie daje bowiem żadnych oznak samoświadomości czy świadomości otaczającego go środowiska oraz zdaje się niezdolny do jakiegokolwiek kontaktu z innymi czy też do reakcji na odpowiednie bodźce.

Naukowcy zwracają uwagę przede wszystkim na konieczność postawienia właściwej diagnozy, która zwykle wymaga długotrwałej i uważnej obserwacji w specjalistycznych ośrodkach, zwłaszcza jeśli weźmiemy pod uwagę liczne i udokumentowane przypadki błędów diagnostycznych. Trzeba też pamiętać, że dość liczny pacjentom dzięki właściwemu leczeniu i trafnym programom rehabilitacyjnym udaje się wyjść ze stanu śpiączki. Wielu innych natomiast pozostaje niestety w tym stanie, nieraz przez bardzo długi czas, nie potrzebując nawet wsparcia techniki medycznej.

Właśnie dla określenia sytuacji pacjentów, którzy znajdują się w stanie wegetatywnym przez okres dłuższy niż rok, wprowadzono termin «trwały stan wegetatywny». W rzeczywistości jednak określenie to nie wiąże się z odrębną diagnozą, ale jedynie umowną prognozą, wynikającą z faktu, że przebudzenie pacjenta jest, ze statystycznego punktu widzenia, tym mniej prawdopodobne, im dłużej trwa stan wegetatywny.

Należy jednak pamiętać i brać pod uwagę, że istnieją dobrze udokumentowane przypadki przynajmniej częściowego powrotu pacjentów do zdrowia, czasem wręcz po wielu latach; dlatego też można powiedzieć, że medycyna jak na razie nie jest w stanie orzec z pewnością, który ze znajdujących się w tym stanie pacjentów powróci do zdrowia, a który nie.

Człowiek pozostanie zawsze człowiekiem

3. Mówiąc o pacjentach znajdujących się w tym stanie klinicznym, niektórzy wręcz podają w wątpliwość ich «człowieczeństwo», jak gdyby przymiotnik «wegetatywny» (dziś w powszechnym użyciu), będący metaforą pewnego stanu klinicznego, mógł czy też powinien być używany w odniesieniu do samego chorego, umniejszając jego wartość i osobową godność. Należy w związku z tym podkreślić, że termin ten, choć używany tylko w zakresie klinicznym, nie jest zbyt trafny w odniesieniu do podmiotów ludzkich.

Przeciwstawiając się podobnym tendencjom myślowym, czuję się zobowiązany ponownie przypomnieć, że istotna wartość i osobowa godność każdego człowieka nie ulegają zmianie nigdy, niezależnie od konkretnych okoliczności jego życia. Człowiek, nawet ciężko chory lub niezdolny do wykonywania bardziej złożonych czynności, jest i zawsze pozostanie człowiekiem, nigdy zaś nie stanie się «rośliną» czy «zwierzęciem».

Także nasi bracia i siostry, którzy znajdują się w klinicznym stanie «wegetatywnym», w pełni zachowują swą ludzką godność. Nadal spoczywa na nich miłujące spojrzenie Boga Ojca, który postrzega ich jako swoje dzieci potrzebujące szczególnej opieki.

Prawo chorego do opieki zdrowotnej

4. W stosunku do tych osób lekarze i personel medyczny, społeczeństwo i Kościół mają określone obowiązki moralne, od których nie mogą się uchylić, gdyż sprzeniewierzyliby się wymogom etyki zawodowej oraz ludzkiej i chrześcijańskiej solidarności.

Tak więc znajdujący się w stanie wegetatywnym pacjent, w oczekiwaniu na przebudzenie lub na swój naturalny kres, ma prawo do podstawowej opieki zdrowotnej (odżywianie, podawanie płynów, higiena, zachowanie odpowiedniej temperatury itd.) oraz do leczenia zapobiegającego komplikacjom, które pociąga za sobą stan obłożny. Ma też prawo do odpowiedniej rehabilitacji oraz do uważnej obserwacji klinicznych oznak ewentualnego przebudzenia.

Chciałbym zwłaszcza podkreślić, że podawanie pacjentowi wody i pożywienia, nawet gdy odbywa się w sposób sztuczny, jest zawsze naturalnym sposobem podtrzymania życia, a nie czynnością medyczną. W zasadzie zatem należy to uznawać za praktykę zwyczajną i proporcjonalną do potrzeb, a tym samym za moralnie nakazaną, w zależności od tego, w jakiej mierze i przez jaki czas zdaje się ona służyć właściwym sobie celom, czyli w danym przypadku odżywianiu pacjenta i łagodzeniu jego cierpień.

W istocie, obowiązek «zapewnienia pacjentowi standardowej w takich przypadkach opieki» (Kongregacja Nauki Wiary, *Iura et bona*, cz. IV) obejmuje między innymi odżywianie i podawanie płynów (por. Papieska Rada «Cor Unum», *Dans le cadre*, 2. 4. 4; Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta pracowników służby zdrowia*, n. 120). Ocena szans, oparta na niskim prawdopodobieństwie powrotu do zdrowia, kiedy stan wegetatywny trwa ponad rok, nie może, z moralnego punktu widzenia, usprawiedliwić decyzji o zaniechaniu lub zaniedbaniu minimalnej opieki nad pacjentem, która obejmuje odżywianie i podawanie płynów. Jedyń i nieuniknioną konsekwencją takiej decyzji byłaby bowiem śmierć z głodu i z pragnienia. Dlatego też, jeśli jest podjęta świadomie i dobrowolnie, nabiera znamion autentycznej eutanazji przez zaniechanie.

Chciałbym tu przypomnieć, co napisałem w Encyklice *Evangelium vitae*, wyjaśniając, że «przez eutanazję w ścisłym i właściwym sensie należy rozumieć czyn lub zaniedbanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia»; takie postępowanie zawsze «jest poważnym naruszeniem Prawa Bożego jako moralnie niedopuszczalne dobrowolne zabójstwo osoby ludzkiej» (n. 65).

Jest ponadto powszechnie znana moralna zasada, według której nawet jeśli istnieje wątpliwość, że mamy do czynienia z żywą osobą, musimy okazywać jej szacunek i powstrzymać się od jakichkolwiek kroków zmierzających do przyspieszenia jej śmierci.

Nie ulegać presji społecznej

5. Nad tą ogólną zasadą nie może przeważać wzgląd na tzw. «jakość życia», będący często rezultatem presji psychologicznej, społecznej czy ekonomicznej.

Przede wszystkim żadna kalkulacja kosztów nie może przesłonić wartości podstawowego dobra, które podlega ochronie, a mianowicie życia ludzkiego. Poza tym, jeśli przyjmiemy, że można decydować o ludzkim życiu na podstawie zewnętrznej oceny jego jakości, to uznajemy tym samym, że każdej osobie można z zewnątrz przypisać niższy lub wyższy poziom jakości życia, a więc i ludzkiej godności: konsekwencją tego byłoby wprowadzenie do stosunków społecznych zasady o charakterze dyskryminacyjnym i eugenetycznym.

Nie można poza tym wykluczyć, że — jak wskazują poważne badania naukowe — zaniechanie podawania płynów i pożywienia jest dla pacjenta źródłem cierpienia, choć my możemy dostrzec jego reakcje tylko na poziomie autonomicznego systemu nerwowego oraz mimiki. Nowoczesne techniki neurofizjologii klinicznej oraz diagnostyki obrazowej stosowanej do badania czynności mózgu zdają się wskazywać, że pacjenci zachowują elementarne formy komunikacji i analizy bodźców.

Pomoc pacjentom oraz ich rodzinom

6. Nie wystarczy jednak przypominanie ogólnej zasady, według której jakość życia człowieka nie może podlegać ocenie ze strony innych ludzi; należy podjąć konkretne kroki, przeciwstawiając się presji, jaka często jest wywierana, aby pozbawić tych pacjentów pokarmu oraz płynów i tym samym położyć kres ich życiu.

Należy przede wszystkim wspierać rodziny, których członkowie znajdują się w tym ciężkim stanie klinicznym. Nie można zostawić ich samym sobie, z całym ciężarem ludzkich, psychicznych i ekonomicznych konsekwencji tej sytuacji. Choć opieka nad tymi pacjentami zazwyczaj nie jest zbyt kosztowna, społeczeństwo powinno przeznaczać wystarczające środki na rozwiązywanie tego typu problemów, inwestując w konkretne i stosowne inicjatywy, takie jak tworzenie sieci oddziałów przebudzeniowych, realizujących specjalne programy opieki i rehabilitacji; ekonomiczne wsparcie i domowa pomoc dla rodzin, gdy pacjent, po zakończeniu programu intensywnej rehabilitacji, zostanie przeniesiony do domu; tworzenie hospicjów dla pacjentów, którzy nie mają rodziny gotowej ich przyjąć, lub opiekujących się pacjentami przez określony czas, aby pozwolić wypocząć rodzinom znajdującym się na skraju moralnego i psychicznego załamania.

Właściwa pomoc pacjentom oraz ich rodzinom powinna też przewidywać obecność i wsparcie lekarza oraz ekipy sanitarnej, których obowiązkiem jest umacniać w rodzinie poczucie wspólnoty celów i wspólnie prowadzonej walki o życie; podstawowe znaczenie ma też udział wolontariuszy, gdyż dzięki nim rodzina może wyjść z izolacji oraz poczuć się wartościową a nie osamotnioną częścią społeczeństwa.

W tego typu sytuacjach szczególne znaczenie ma wsparcie duchowe oraz pomoc duszpasterska, która pozwala odnaleźć głęboki sens pozornie beznadziejnej sytuacji.

7. Szanowni państwo, na koniec zachęcam was — jako naukowców odpowiedzialnych za godność zawodu lekarskiego — abyście gorliwie przestrzegali zasady,

według której prawdziwym zadaniem medycyny jest «w miarę możliwości leczyć, a zawsze zapewniać opiekę» (to cure if possible, always to care).

Niech słowa Jezusa będą dla was wskazówką i siłą w tej prawdziwie humanitarnej misji niesienia pomocy i otuchy cierpiącym braciom: «Zaprawdę, powiadam wam: Wszystko co uczyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, Mnieście uczynili» (Mt 25, 40).

W tym duchu modłę się, aby prowadził was Ten, którego tradycja patrystyczna nazywa znacząco *Christus medicus*; powierzając wasz trud Maryi, *Pocieszycielce strapiionych i umierających*, z serca udzielam wam wszystkim specjalnego Apostolskiego *Błogosławieństwa*.

Źródło: www.opoka.org.pl