

Tomasz Dzierżanowski

Warszawski Uniwersytet Medyczny

 **ORCID:** 0000-0001-5719-5695

Słowa kluczowe: godność ludzka, wartość człowieka, świętość życia, utilitaryzm, eutanazja, opieka paliatywna, leczenie godnością

Rozdział 6

Umieranie w godności

„[B]ez względu na okoliczności życie ludzkie nigdy nie traci sensu i na ten nieskończony sens życia składają się także cierpienie i umieranie, nędba i śmierć”.

Victor E. Frankl¹

1. Wprowadzenie

Godność jest nadrzędną wartością i fundamentalnym prawem każdej istoty ludzkiej. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (ONZ, Paryż, 10 grudnia 1948 r.) w preambule stanowi: „[U]znanie przyrodzonej godności oraz równych i niezbywalnych praw wszystkich członków rodziny ludzkiej stanowi podstawę wolności, sprawiedliwości i pokoju na świecie”². W obliczu doświadczenia barbarzyństwa i okrucieństw II wojny światowej wspólnota ludzka zmierzyła się z koniecznością uznania nadrzędnej wartości tożsamości człowieka, jaką jest godność, przy czym określiła ją jako przyrodzoną, a prawa z niej wynikające jako niezbywalne. W świetle tej Deklaracji każdy rodzi się obdarzony godnością i tej godności nie można nikomu odebrać, a nawet sam człowiek nie może jej się pozbyć, choćby dopuścił się czynów haniebnych. Godność człowieka sankcjonują zatem akty prawa międzynarodowego, w tym Karta praw podstawowych Unii Europejskiej, której art. 1 brzmi: „Godność człowieka jest nienaruszalna. Musi być szanowana i chroniona”³.

¹ V.E. Frankl, *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, przeł. A. Wolnicka, Warszawa 2019, s. 132.

² Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z dnia 10 grudnia 1948 r., Paryż.

³ Karta praw podstawowych Unii Europejskiej (wersja skonsolidowana: Dz. Urz. UE C 202 z dnia 7 czerwca 2016 r., s. 389).

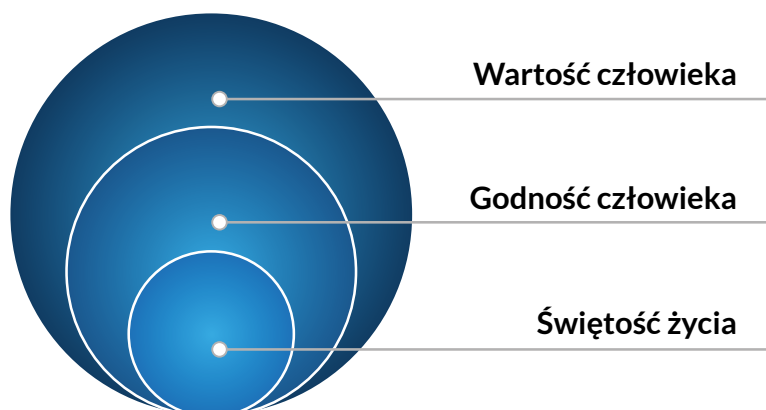
Również w najwyższej rangi aktach prawa krajowego godność ludzka uzyskuje ochronę. Przyrodzona, niezbywalna i nienaruszalna jest godność człowieka w świetle Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, której art. 30 stanowi: „Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych”⁴.

Wspomniane akty prawne nie definiują pojęcia godności człowieka. Według Słownika języka polskiego PWN rozumie się ją jako „poczucie własnej wartości i szacunek dla samego siebie”⁵. To poczucie własnej wartości rodzi oczekiwanie uznania jej przez innych ludzi. Nie wgłębiając się w rozważania aksjologiczne, należy rozróżnić godność człowieka od wartości człowieka. Dla potrzeb praktycznych i niniejszego opracowania przyjęto zamiennie oba pojęcia, zdając sobie sprawę, że godność człowieka zawiera się w wartości człowieka, która jest pojęciem szerszym. W literaturze anglosaskiej, wywodzącej się z biblijnego, literalnego rozumienia człowieka, stosuje się często, jako równoznaczne do pojęcia godności – pojęcie świętości życia⁶. Moim zdaniem zależność tych trzech pojęć przedstawia rycina 1. W zakresie omawianych poniżej aspektów nie będzie błędem zamienne stosowanie tych sformułowań, chociaż wartość człowieka wydaje się pojęciem najbardziej pojemnym i wyczerpującym. Narzuca ono przyjęcie kontinuum ludzkiej egzystencji od zapłodnienia do momentu śmierci. Należy podkreślić, że jest to spojrzenie lekarza praktyka w kontekście codziennej, nieprzeciętnie dużej ekspozycji na cierpienie i śmierć drugiej osoby. Może więc być ono obarczone błędem epistemologicznym.

4 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

5 Słownik Języka Polskiego PWN, hasło: Godność, <https://sjp.pwn.pl/szukaj/godno%C5%9B%C4%87.html>, dostęp: 3 lutego 2024 r.

6 Zob. J. Binnebesel, *Tanatopedagogika w doświadczeniu wielowymiarowości człowieka i śmierci*, Toruń 2013, s. 78–121.

Rycina 1. Wartość człowieka, godność człowieka a świętość życia

Źródło: opracowanie własne.

2. Egzystencjalna a utylitarna wartość życia

Wartość człowieka w ujęciu egzystencjalizmu i personalizmu, w tym personalizmu chrześcijańskiego, którego istotą jest norma *persona est affirmanda propter se ipsam et propter dignitatem suam* twierdząca, że człowiek powinien być afirmowany ze względu na niego samego i ze względu na swoją godność – jest bezwzględna⁷. Ujmują to następujące postulaty:

- 1) Osobie należy się afirmacja ze względu na nią samą i ze względu na jej godność.
- 2) Wartość danej osoby jest niezależna od kwalifikacji fizycznych czy psychicznych tej osoby.
- 3) Wartość osoby jest wrodzona, nie można jej nabyć czy rozwijać ani nie może być przyznana przez kogoś; nie wymaga uznania przez nikogo.

⁷ Zob. W. Chudy, *Pedagogia godności. Elementy etyki pedagogicznej*, Lublin 2009.

- 4) Wartość osoby przynależy każdemu człowiekowi, także temu pozbawionemu wszelkich przymiotów fizycznych, psychicznych i moralnych, użyteczności społecznej, rodzinnej, seksualnej czy ekonomicznej⁸.

W odniesieniu do osoby umierającej jej wartość jest więc taka sama jak wartość człowieka w sile wieku czy noworodka⁹. Gdyby chcieć ująć ją dychotomicznie (zero-jedynkowo), jest ona zawsze jedynkowa – nie ma człowieka o wartości zerowej. Nie ma też wartości mniejszych niż jeden.

Tymczasem we współczesnym świecie zamiast podejścia egzystencjalnego zaczyna dominować utylitaryzm. W jego ujęciu wartość człowieka jest względna, to znaczy zależna od jego przymiotów, zasług czy korzyści, jakie dana osoba może dostarczyć w kontekście społecznym, ekonomicznym czy seksualnym, albo kosztów lub obciążeń, jakie może powodować np. dla systemu ochrony zdrowia czy dla bliskich. W kulturze konsumpcjonizmu, zabiegania o popularność (w środowisku rówieśniczym, mediach społecznościowych, a ostatecznie – w stosunkach międzyludzkich) oraz idealizacji (wręcz idolatrii) własnej tożsamości (wygląd, osobowość, obecność, rola społeczna itp.) nie ma miejsca na przyznanie się do słabości, na akceptację prawdziwego obrazu ludzkiej egzystencji, w którym nieodzownym elementem jest cierpienie, umieranie, deprawacja i śmierć¹⁰. Zatem wspomniane elementy współczesnej kultury prowadzą do braku zgody na bycie chorym, niepełnosprawnym fizycznie czy mentalnie, nieatrakcyjnym, a także do braku akceptacji osób chorych, niepełnosprawnych fizycznie czy mentalnie, oszpeconych przez chorobę i umierających. Nie ma zgody na umieranie i śmierć. Przyczyną tego jest tabuizacja problemu umierania i śmierci¹¹.

W ujęciu utylitarnym:

- 1) można wskazać ludzi mniej lub bardziej godnych/wartościowych;
- 2) można podzielić ludzi na tych, których życie ma wartość (godnych życia), i tych, których życie nie ma wartości;

⁸ Zob. K. Wojtyła, *Miłość i odpowiedzialność*, Lublin 1986.

⁹ T. Dzierżanowski, J. Binnebesel, *Godność w umieraniu*, „Medycyna Paliatywna” 2019, t. 11, nr 4, s. 157, <https://doi.org/10.5114/pm.2019.93183>.

¹⁰ Zob. V.E. Frankl, *Człowiek w poszukiwaniu...*

¹¹ Zob. J. Binnebesel, *Tanatopedagogika...*

3) życie ludzkie można odebrać poprzez eutanazję lub eugenikę;

4) cierpienie jest niegodne, odbiera wartość życia.

Konsekwencjami podejścia utylitarne są: eutanazja, selekcja eugeniczna, holokaust czy aborcja na życzenie.

Oba podejścia, egzystencjalne oraz utylitarne, kształtują współczesną medycynę i silnie zależą od uwarunkowań prawnych i politycznych. Stwarzają napięcie wśród personelu medycznego, gdzie obecne są postawy skrajnie przeciwstawne. Podejście utylitarne ma swoje uzasadnienie, szczególnie w odniesieniu do ograniczonych zasobów, jakimi dysponuje każdy system ochrony zdrowia. Ma też w pewnych granicach praktyczne, istotne zastosowanie we współczesnej medycynie, czego przykładem jest triaż (ang. *triage*), czyli procedura w medycynie ratunkowej polegająca na segregacji rannych w wypadku masowym czy segregacji chorych w szpitalnym oddziale ratunkowym. Innym przykładem podejścia utylitarne jest określanie wskaźnika stanu zdrowia QALY (ang. *quality-adjusted life years*), który jest podstawą decyzji farmakoekonomicznych. Wskazuje on liczbę lat życia zyskaną dzięki zastosowaniu danej interwencji medycznej pomnożoną przez jakość życia w skali 0–1, gdzie 0 oznacza śmierć, a 1 – pełne zdrowie. Tę jakość życia określa wola pacjenta – na przykład, jeśli osoba dotknięta kalectwem wolałaby żyć rok w pełnym zdrowiu zamiast pięciu lat w aktualnym stanie, to wskaźnik jej jakości życia wynosi 0,2. Jeśli więc dana interwencja medyczna (np. przyjmowany lek) wydłużyłaby życie o 10 lat, to wskaźnik QALY wyniósłby 2,0 ($10 \times 0,2$). Na tej podstawie między innymi przyznawana jest refundacja leków i innych interwencji medycznych, co kształtuje ich dostępność.

To podejście utylitarne, choć uznawane za konieczne, może prowadzić do skrajnej sytuacji, w której w systemie ochrony zdrowia wola pacjenta prowadzi do skrócenia życia, czyli śmierci wspomaganej medycznie. Przyzwolenie społeczne, a następnie legalizacja procedury śmierci na życzenie jest jaskrawym przeciwieństwem koncepcji wartości egzystencjalnej życia człowieka. Tu się jednak pojawia rozdzźwięk w rozumieniu godności człowieka. Podczas gdy w ujęciu egzystencjalnym godność przynależy także osobie chorej i umierającej, utylitaryzm zaprzecza tej godności, suponując, że choroba, niesprawność, kalectwo czy umieranie tę godność odbierają. Ta autonomiczna decyzja pacjenta –

i to podejmowana w określonej, zazwyczaj trudnej, sytuacji zdrowotnej danej osoby – ma określać, co jest godne, a co nie. W tym wypadku personalizm zostaje wyparty przez indywidualizm. Dlaczego jednak, w kontekście ograniczonych zasobów społecznych, nie pokusić się o kolektywizm – przecież mając określone wskaźniki jakości życia praktycznie dla wszystkich stanów zdrowia, możliwa jest decyzja społeczna o eliminacji jednostek stanowiących największe obciążenie.

Pułapka zarówno podejścia indywidualistycznego, jak i kolektywistycznego polega na tym, że choroba, cierpienie i umieranie są postrzegane jako niegodne, bo nie zadbano o godne warunki umierania. W moim przekonaniu jest to kardynalny błąd w rozumowaniu popełniany przez rozwinięte społeczeństwa. W tabeli 1 zebrałem główne, moim zdaniem, przyczyny braku akceptacji cierpienia, oraz wskazówki, jak im przeciwdziałać.

Tabela 1. Przyczyny braku akceptacji cierpienia przez osoby nim dotknięte oraz pozostające w otoczeniu osób cierpiących

Przyczyna	Przykład manifestacji	Możliwe działanie
Nieusmierzone cierpienie	„Nie da się opanować mojego bólu”	Prawidłowe leczenie bólu Przeciwdziałanie opioidofobii
Brak poczucia sensu cierpienia (rozpacz)	„Moje cierpienie nie ma sensu”	Zapewnienie opieki duchowej Interwencja w kryzysie egzystencjalnym
Kult sprawności i popularności	„Nikt nie da mi «lajka» za bycie kaleką”	Wychowanie do wartości wyższych dzieci i młodzieży Kampanie społeczne akceptacji osób niepełnosprawnych
Kult konsumpcji	„Nie chcę takiego życia, z którego nie mogę czerpać w pełni”	Wychowanie do wartości wyższych dzieci i młodzieży Wsparcie psychologiczne
Kult użyteczności	„Nie jestem już nikomu potrzebny”	Przeciwdziałanie izolacji i wykluczeniu
Kult transakcji	„Nie mam nic do zaoferowania w zamian za twoją obecność”	Przeciwdziałanie izolacji i wykluczeniu Promocja wolontariatu
Samotność i izolacja	„Wszyscy mnie opuścili, brzydzą się mną”	Przeciwdziałanie izolacji i wykluczeniu Promocja wolontariatu
Medykalizacja	„Traktują mnie jak tkanę, po-wbijali we mnie liczne rurki”	Unikanie zaciekłości terapeutycznej

Rzeczywiście, tak długo, jak nie zostaną podjęte działania mające na celu przeciwdziałanie przyczynom braku akceptacji cierpienia, sukcesy odnosić będą ruchy proeutanatyczne, oferujące śmierć „na własnych warunkach”. Zamiast „leczyć” przyczynę cierpienia, proponują one po prostu najprostszą, najszybszą i najtańszą drogę – uśmiercenie chorego. Dla przykładu warto zaznaczyć, że źle leczony silny ból zawsze prowadzi do sytuacji, w której chory modli się o śmierć, prosi o śmierć albo dokonuje czynu samobójczego. Nie widzi bowiem wyjścia z pułapki nieuśmierzonego cierpienia i desperacko, instynktownie próbuje się od niego uwolnić. Wieloletnie doświadczenie mówi, że po uzyskaniu ulgi w bólu chory ponownie nie prosi o śmierć¹².

Istnienie którejkolwiek wymienionej w tabeli przeszkody uniemożliwia choremu przeżywanie umierania w godności. Nieuśmierzony ból, izolacja w cierpieniu, brak poczucia sensu (szerzej opisane w dalszej części artykułu), utrata poczucia znaczenia, akceptacji itp. czynią cierpienie i umieranie nieznośnym. Człowiek, który nie znajduje uzasadnienia dla swojego cierpienia, przeżywa je jako rozpacz, nie godzi się z nim i chce natychmiastowego zakończenia życia. Dlatego tak ważne jest uśmierzanie każdej z przyczyn cierpienia. W społeczeństwach rozwiniętych, promujących kulturę sprawności, popularności i konsumpcjonizmu, umieranie jest bezwartościowe. W kulturze transakcyjności, w której wartość stanowi to, co jest użyteczne, lub to, co można kupić, nie ma miejsca dla osób chorych, cierpiących i umierających, nie mają one bowiem nic materialnego, mierzalnego do zaoferowania społeczeństwu. Izolacja i wykluczenie osób dotkniętych nieuleczalną chorobą oraz tabuizacja umierania i śmierci prowadzą do pozbywania się będących ciężarem śmiertelnie chorych członków rodzin poprzez umieszczanie ich w instytucjach opieki. Odtrącenie, izolacja i opuszczenie przez bliskich podczas umierania, a także postrzeganie siebie jako jednostki pozbawionej atrybutów atrakcyjności, użyteczności i możliwości konsumpcji prowadzą do braku zgody na dalsze życie i do poszukiwania śmierci. Głównym powodem legalizacji śmierci wspomaganej medycznie jest, w moim przekonaniu, brak zgody na obecność cierpienia w życiu zarówno osobistym, jak i społecznym¹³.

12 Przykład opisałem w książce *Brzezi dobrej Rzeki*, w rozdz. 10 – zob. T. Dzierżanowski, *Brzezi dobrej Rzeki*, Warszawa 2016.

13 T. Dzierżanowski, J. Binnebesel, op. cit.

Na koniec warto zauważyć, że intuicyjnie postrzegamy, iż podmiotem godności w umieraniu jest osoba umierająca. Należy zaznaczyć, że w rzeczywistości jest nim każda osoba z otoczenia asystująca osobie umierającej, to jest: lekarz, pielęgniarka, rodzina chorego, opiekunowie medyczni i inni. Naprzeciw podmiotowości i autonomii pacjenta stoi podmiotowość i autonomia lekarza. Autonomia chorego nie może naruszać autonomii lekarza. Lekarz nie może czynić rzeczy niemoralnych na żądanie pacjenta.

Nie wolno też skupiać się wyłącznie na potrzebach osoby umierającej, bowiem jej cierpienie i umieranie są często znacznie bardziej dotkliwie przeżywane przez jej najbliższych, jeszcze długo po jej śmierci, w okresie osierocenia. W ramach dążenia do zapewnienia godności w umieraniu powinno się również zadbać o warunki, w jakich przeżywane jest ono przez osoby osieroczone¹⁴.

3. Prawo do umierania w spokoju i godności

Wartość życia manifestuje się szczególnie w sytuacjach zagrażających jego trwaniu lub jakości, zatem także w takich stanach, jak: choroba, cierpienie, utrata znaczących zdolności (np. samodzielności), izolacja i deprawacja. W dzisiejszej medycynie, w odniesieniu do pacjenta, coraz silniej umocowane prawnie jest upodmiotowienie chorego, będące wyrazem szacunku do jego wolności. Przejawia się to w obowiązku uzyskania zgody chorego na zastosowanie względem niego jakiejkolwiek procedury medycznej czy nawet na odstępianie od niej, a zanim do niej dojdzie, lekarz jest zobowiązany do udzielenia choremu „przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu”¹⁵.

Pomimo ogromnego postępu medycyny i wydłużenia życia każdy człowiek wejdzie w okres umierania i każde życie zakończy się śmiercią, która jest –

14 Zob. J. Binnebesel, *Percepcja lęku przed śmiercią w kontekście Tanatopedagogicznej Relacyjnej Terapii Zastępczej*, Toruń 2017.

15 Art. 31, ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287), dalej: ustawa o zawodach lekarza i dentysty.

według Victora E. Frankla – naturalnym i immanentnym elementem ludzkiej egzystencji¹⁶.

Prawo do umierania w godności gwarantuje ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: „Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności”¹⁷. Akt ten nie definiuje kryteriów „spokoju i godności”. Na stronie Rzecznika Praw Pacjenta w ramach omówienia prawa do poszanowania intymności i godności wskazuje się, że „[p]acjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień”, a zatem „łagodzenie bólu i innych cierpień” przedstawiane jest jako warunek poszanowania godności ludzkiej. Samo uśmierzenie cierpienia nie jest jednak wystarczające, aby sytuację umierania określić jako przebytą „w spokoju i godności”. Istotne jest postępowanie lekarza i całego zespołu opiekującego się chorym umierającym, gdyż każda ingerencja w naturalny proces umierania, nawet jeśli wynika z pragnienia czy obowiązku niesienia pomocy i ratowania życia, narusza proces umierania i może uczynić go przykrym dla pacjenta. Umieranie „w spokoju i godności” polega zatem przede wszystkim na unikaniu zaciekłości terapeutycznej i wynikającej z niej nadmiernej medykalizacji postępowania. Dobrze opisuje to Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 32: „1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. 2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych”¹⁸.

Podsumowując, człowiek ma prawo do umierania w spokoju i godności, przynajmniej w zakresie łagodzenia bólu i innych przyczyn cierpienia, nieprowadzenia uporczywej terapii czy stosowania środków nadzwyczajnych. Takie rozumienie jest jednak niewystarczające i spłycające pojęcie umierania w spokoju

16 V.E. Frankl, *Człowiek w poszukiwaniu...*, s. 74.

17 Art. 20 ust. 2. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417).

18 Art. 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej, https://nil.org.pl/uploaded_images/1716532642_kel.pdf, dostęp: 28 maja 2024 r. Od dnia 1 stycznia 2025 r. będzie obowiązywała nowa wersja Kodeksu, w której treść obecnego artykułu została zmodyfikowana i przesunięta do art. 33 o brzmieniu: „1. Lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji u pacjentów znajdujących się w stanie terminalnym. 2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza lub zespołu lekarzy i jest związana z negatywną oceną szans leczniczych. 3. Lekarzowi nie wolno stosować terapii daremnej. Decyzja o uznaniu terapii jako daremnej należy do zespołu leczącego i powinna w miarę możliwości uwzględniać wolę pacjenta” – zob. Załącznik do uchwały nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 r., https://nil.org.pl/uploaded_images/1723037323_kel-2305.pdf.

i godności, potrzebne jest uwzględnienie poszanowania innych aspektów godności osobistej człowieka, co zarysowano poniżej.

4. Godność osobista

Poszanowanie godności osobistej jest wymagane w każdym momencie sprawowanej opieki medycznej. Zwłaszcza w okresie umierania, gdy chory jest zwykle osłabiony i bezbronny, niezdolny do egzekwowania swoich praw, jeśli pozostaje bez wsparcia osoby bliskiej, a to może być okazją do obniżenia standardu okazywanego szacunku czy po prostu powstania zaniedbań ze strony personelu medycznego. Poniżej przedstawiam najczęstsze przyczyny naruszenia godności osobistej. Zostały one zebrane i opisane na podstawie obserwacji praktyka klinicysty. Podaję też przykłady przeciwdziałania im, które składają się na sposób postępowania nazywany leczeniem (terapią) godnością (ang. *dignity therapy*).

4.1. Ciało

Fundamentalnym prawem każdej osoby, niezależnie od stopnia jej sprawności, jest postępowanie z jej ciałem z okazanym szacunkiem. Przejawia się to delikatnością w manewrach, przesuwaniu czy przemieszczaniu chorego, w czynnościach pielęgnacyjnych wykonywanych z wrażliwością. Rutyna powtarzanych czynności medycznych oraz pośpiech podyktowany presją czasu mogą sprawić, że czynności wykonywane będą przez lekarza, pielęgniarkę czy opiekuna w sposób nietaktowny lub niedelikatny. Chory może odczuwać wrażenie uprzedmiotowienia tych czynności, w konsekwencji czego zaczyna postrzegać siebie jako tworzywo podlegające obróbce.

4.2. Intymność

Często też dochodzi do niepotrzebnego obnażania części intymnych i niedbałości o warunki, w jakich wykonywane są akty pielęgnacyjne uznane za wstydlive. Chory nie powinien być obnażany niepotrzebnie, nawet wówczas, gdy ma ograniczoną świadomość. Chodzi nie tylko o zapewnienie temu konkretnemu choremu komfortu i intymności, ale także o przestrzeganie standardu szacunku dla ludzkiego ciała, niezależnie od wieku, płci czy stopnia świadomości.

Nieustanna dbałość o uszanowanie intymności chorego kształtuje określoną rutynę staranności personelu medycznego. Uwaga przełożonych w tym aspekcie jest niezbędna w utrzymaniu najwyższych norm etycznych zespołu opiekującego się umierającym. Zamykanie drzwi sal chorych, stosowanie parawanów, ograniczanie obecności osób postronnych na salach chorych buduje atmosferę ciepła – deinstytucjonalizuje warunki szpitalne, zamieniając je w bardziej domowe i tym samym przyjazne.

Czasem jednak dla prawidłowego badania przedmiotowego konieczna jest pełna ekspozycja chorego czy chorej, choć wielu lekarzy, nie chcąc deprymować podopiecznych, pomija oględziny okolic intymnych czy nawet rezygnuje z badania przez odbyt w sytuacji, kiedy jest ono obowiązkowe. To również jest postępowanie nieprawidłowe. Wieloletnia praktyka nasuwa obserwację, że pacjenci wobec lekarza taktownego, delikatnego chętnie poddają się badaniu z przekroczeniem bariery wstydu, bowiem pokładają w nim zaufanie.

4.3. Imię i dystynkja

Szczegółne znaczenie w komunikacji z chorym ma szacunek do jego imienia oraz zajmowanych przez niego w życiu pozycji, funkcji społecznych czy stanowisk¹⁹. Pacjent w okresie terminalnym nie zajmuje zwykle żadnego eksponowanego stanowiska, a tytuły mają znaczenie wyłącznie emocjonalne. Pośród wielu strat ważnych dla siebie wartości pacjent boleśnie odczuwa utratę znaczenia swojej osoby w środowisku czy rodzinie (np. utrata wysokiego stanowiska, pozycji głowy rodziny, odsunięcie od ważnych zadań). Najważniejszym elementem terapii godności w zakresie komunikacji jest szacunek do imienia i pozycji chorego. Jeśli chory zajmował wysokie stanowiska czy pozycje społeczne, organizacyjne czy posiada tytuły naukowe, należy zwracać się do pacjenta, pamiętając o nich, np. per „panie profesorze”, „panie pułkowniku”, „panie doktorze”, „pani redaktor” itp. W innych przypadkach preferowanym przeze mnie sposobem jest używanie imienia chorego łącznie z prefiksem pan/pani, zwykle bez zdrobnień (np. „panie Janie”, „pani Jadwigo”), także wobec chorych z demencją. Przy dłuższej relacji może pojawić się przyzwolenie, a wręcz oczekiwanie stosowania zdrobnień (np. „panie Janku”, „pani Jadziu”), ale personel medyczny powinien być ostrożny i powściągliwy w ich stosowaniu, zdając sobie

19 Zob. H.R. Wulff, S.A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filozofia medycyny: wprowadzenie*, przeł. Z. Szawarski, Warszawa 1993.

sprawę, że może być to odebrane jako postawa paternalistyczna. Nadmierny formalizm jest jednak szkodliwy, stwarza niepożądany dystans, stanowi barierę w komunikacji i należy go unikać.

4.4. Wiek

Do chorego należy odnosić się zgodnie z jego wiekiem, niezależnie od stopnia jego świadomości. Niedopuszczalny w komunikacji wobec chorych starszych jest ageizm, to jest stosowanie zwrotów dyskryminujących ze względu na wiek (np. „babciu”) czy wydawanie poleceń podniesionym głosem w trybie bezosobowym (np. „usiądzie tutaj”, „nie rusza się teraz”, „oddycha głęboko”, zamiast „proszę usiąść”, „proszę się teraz nie ruszać”, „proszę oddychać głęboko”).

Niedopuszczalna jest również infantylizacja komunikacji, zarówno w zwrotach (np. „kociak”, „słoneczko”), jak i w odniesieniu do czynności (np. „kładziemy się do łóżeczka”, „daj rączkę”, „poprawimy kołderkę”).

Poszanowanie intymności i godności osobistej pacjenta przez personel jest zagwarantowane prawnie ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a na lekarzu spoczywa ciężar dbałości, aby personel medyczny stosował się do określonych tam zasad. Według art. 36, ust. 1 tej ustawy „[...]lekarz podczas udzielania świadczeń zdrowotnych ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta”, a także według ust. 3 – „ma obowiązek dbać, aby inny personel medyczny przestrzegał w postępowaniu z pacjentem zasady określonej w ust. 1”²⁰.

4.5. Płeć

Naruszenia godności osobistej związane z płcią nie są rzadkością. Silnie sfeminizowane zawody opiekuna medycznego i pielęgniarki, własna orientacja seksualna i własne przekonania w kwestii standardów poprawności w obszarze seksualności czy wręcz nieprawidłowo ukształtowane, a nawet zaburzone postawy w tej dziedzinie mogą wywierać wpływ na relację pracownika medycznego z osobą chorą.

20 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Przykładem może być odmienne podejście do sfery intymnej kobiet i mężczyzn. Nie należy zakładać, że którakolwiek płeć cechuje się mniejszą wstydlivością wobec pracownika medycznego będącego odmiennej płci. Stereotypem jest przyjmowanie, że mężczyzna mniej się wstydzi albo że kobieta jest przyzwyczajona do rozbierania się u lekarza (np. ginekologa).

Istotną kwestią jest poszanowanie odmienności tożsamości i orientacji seksualnych. Traktowanie pacjentów i ich partnerów w sposób niezależny od przyjmowanego przez siebie modelu seksualności jest obowiązkiem każdego członka zespołu medycznego, a także przejawem prawidłowo uformowanej postawy profesjonalisty, w szczególności zaś świadectwem miłości człowieka do człowieka. Kluczowa jest więc postawa nieoceniająca, akceptująca osobę chorą ze wszystkimi jej przysmami i wyborami²¹.

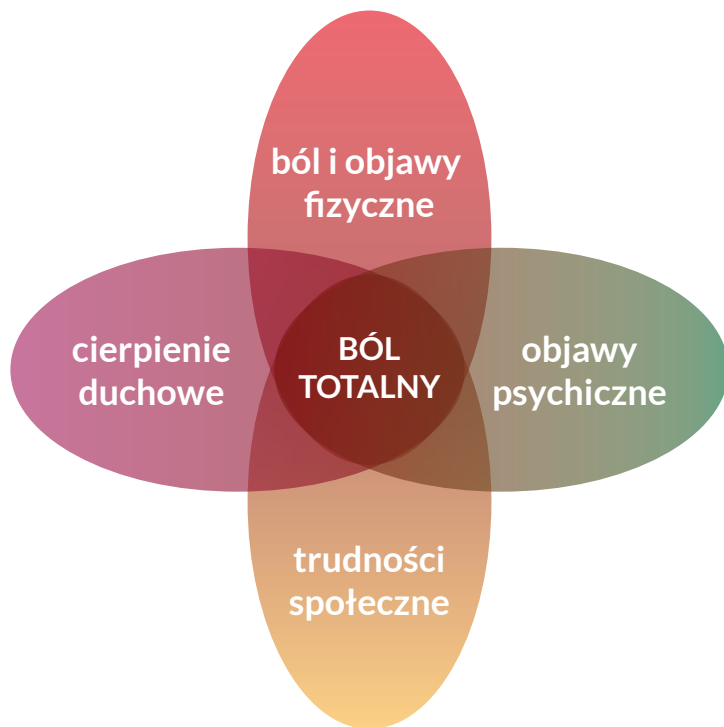
5. Warunki umierania w spokoju i godności

Aby zapewnić właściwe warunki osobie umierającej, konieczne jest podejście holistyczne. Cicely Saunders zaproponowała model bólu totalnego (zob. rycina 2), na który składają się przyczyny cierpienia w czterech obszarach²²:

- obszar bólu i objawów fizycznych,
- obszar objawów psychicznych i psychologicznych,
- obszar problemów socjalnych i społecznych,
- obszar trudności duchowych.

21 M. Graczyk, W.K. Leśniak, M. Łabuś-Centek, T. Dzierżanowski, *Sytuacja osób nieheteronormatywnych (LGBT+) w opiece paliatywnej*, „Medycyna Paliatywna” 2021, t. 13, nr 1, s. 1–8, <https://doi.org/10.5114/pm.2021.104218>.

22 C. Saunders, *The Philosophy of Terminal Care* [in:] eadem, with an introduction by D. Clark, *Cicely Saunders: Selected Writings 1958–2004*, New York 2006, s. 147–156.

Rycina 2. Model bólu totalnego Cicely Saunders

Źródło: opracowanie własne na podstawie C. Saunders, *The Philosophy of Terminal Care* [in:] eadem, with an introduction by David Clark, *Cicely Saunders: Selected Writings 1958–2004*, New York 2006.

Skuteczne uśmierzenie cierpienia możliwe jest jedynie wtedy, kiedy przeciwdziała się przyczynom cierpienia z każdego z tych obszarów. Leczenie bólu, jakkolwiek będąc podstawowym i pierwszym działaniem, jest niewystarczające. Umieranie w godności wymaga uśmierzenia wszystkich poddających się modyfikacji przyczyn ludzkiego cierpienia.

Koncepcja bólu totalnego Cicely Saunders jest niezwykle skutecznym i całościowym podejściem w leczeniu osób umierających. Skłania ona zespół medyczny do uważności na potrzeby i problemy medyczne oraz pozamedyczne. Dzięki temu objawy fizyczne nie przesłaniają innych kluczowych przyczyn cierpienia. Sytuacja graniczna zbliżającej się śmierci sprawia, że kwestie sensu życia i śmierci wysuwają się w postrzeganiu chorego na pierwszy plan. Istotne jest, aby, o ile to możliwe, obniżyć nasilenie objawów fizycznych i psychicznych

do stopnia dającego mu komfort przeżywania czasu podsumowania swojego życia. Osoba umierająca, zmierzając ku nieuchronnemu odejściu, w różnym stopniu angażuje się w retrospekcję, ostateczny rozrachunek i ocenę wartości swojego życia. Osoby wierzące w życie po śmierci doświadczają nie tylko lęku związanego z umieraniem, cierpieniem i śmiercią, ale także obaw związanych z karą za popełnione w życiu doczesnym złe czyny. Te emocje wpływają na postrzeganie i akceptację cierpienia, nieuniknionej śmierci, ale przede wszystkim podkreślają potrzebę obecności drugiej osoby przy umierającym. Towarzyszenie choremu jest czymś więcej niż tylko życzliwą obecnością – jest aktywnym podążaniem z chorym aż do momentu zakończenia przez niego życia, wspólnym zatopieniem się w cierpieniu, dźwiganiem ciężaru istnienia²³. Obejmuje ono skoncentrowanie uwagi na osobie, akceptację jej pomimo kruchości, niedośćności, oszpeceń czy uciążliwości związanej z opieką. Osoba umierająca jest całkowicie zależna od dobroci i życzliwości osób jej towarzyszących, bez możliwości odwzajemnienia miłości, często z poczuciem winy z powodu bycia brzemieniem dla innych. Oczekiwanie doświadczenia życzliwości i szacunku ze strony innych poprzez ich towarzyszenie i wsparcie jest wyrazem uświadomionej lub nieuświadomionej godności człowieka²⁴.

Problem ten rozwinąłem w innych opracowaniach, proponując model niezbędnych warunków dla umierania w godności – ATOS (akronim wyłącznie o znaczeniu mnemotechnicznym)²⁵. Zgodnie z tym modelem (zob. rycina 3), aby umierać godnie, niezbędne jest zapewnienie czterech, szeroko pojmowanych, warunków:

(A) Akceptowalny poziom cierpienia – zmniejszenie objawów fizycznych i psychicznych, aby odczuwany ból ograniczyć do takiego natężenia, które pozwoli choremu na emocjonalne, psychiczne i duchowe przeżycie okresu umierania i zbliżającego się końca życia.

(T) Towarzyszenie – obecność empatyczna, życzliwa, proaktywna, skupiona na osobie umierającej.

23 Zob. V.E. Frankl, *Homo patiens. Logoterapia i jej kliniczne zastosowanie. Pluralizm nauk a jedność człowieka. Człowiek wolny*, przeł. R. Czernecki, Z.J. Jaroszewski, Warszawa 1998.

24 T. Dzierżanowski, J. Binnebesel, op. cit., s. 157.

25 Ibidem, s. 158 i n.

(O) Odpowiedzialność – przyjęcie do końca odpowiedzialności za swoje życie i swoją osobę, wynikające z poszanowania autonomii człowieka, dające możliwość decydowania o tym, jak mają wyglądać ostatnie dni życia, możliwe dzięki przekazywaniu prawdy bez odbierania nadziei.

(S) Sens – wsparcie duchowe i psychologiczne, aby chory odnalazł sens przeżywanego cierpienia, umierania, zbliżającej się śmierci, a także supersens, czyli znaczenie istnienia, które u osób wierzących zawiera się w relacji człowieka z Bogiem (duchowość religijna).

Rycina 3. Model niezbędnych warunków dla umierania w godności



Źródło: opracowanie własne na podstawie T. Dzierżanowski, J. Binnebesel, *Godność w umieraniu*, „Medycyna Paliatywna” 2019, t. 11, nr 4, s. 158, <https://doi.org/10.5114/pm.2019.93183>.

Wskazane elementy modelu nie są, w moim przekonaniu, bezwzględnie różnicującymi warunki umierania na godne i niegodne. Wyrażają one personalistyczne podejście do osoby umierającej jako bytu niepowtarzalnego, z jego wartością egzystencjalną, jednocześnie skupiając uwagę na najważniejszych potrzebach działania zespołu medycznego. Model ten stanowi odmienne ujęcie koncepcji bólu totalnego, z tą różnicą, że centralnym punktem nie jest samo cierpienie chorego, ale on sam, a dokładnie chory ze swoją nadzieją,

oczekiwaniem dobra (lepszego Dobra, nowego życia, uwolnienia, przemiany, pokoju – w zależności od przekonań religijnych osoby).

Jako że model już został omówiony szczegółowo²⁶, poniżej przedstawiam jego koncepcję jedynie hasłowo.

A – Akceptowalny poziom cierpienia

Dla realizacji potrzeb wyższych, w tym duchowych, niezbędne jest zaspokojenie potrzeb niższego rzędu²⁷. Podstawowym zadaniem lekarza i całego zespołu medycznego jest uśmierzanie bólu i zredukowanie innych objawów fizycznych – jest to pierwsze i fundamentalne zadanie służby zdrowia. Dzięki temu możliwe będzie uwolnienie chorego od myślenia o cierpieniu i umożliwienie mu retrospekcji, refleksji nad sytuacją i poszukiwania sensu.

Nie da się całkowicie zniwelować cierpienia, można jedynie uśmierzyc ból do stopnia dającego się znieść. Nieuchronność cierpienia nie oznacza jednak przyzwolenia na jego nieleczenie. Należy zapobiegać mu w najlepszy dostępny sposób, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Nakazem moralnym jest, aby lekarz ustawicznie zdobywał i poszerzał swoją wiedzę oraz doskonalił się w umiejętnościach leczenia bólu i innych objawów.

Cierpienie o natężeniu akceptowalnym może mieć korzystne znaczenie dla osoby umierającej, będąc impulsem do uruchomienia zasobów wewnętrznych, w tym zmierzających do podsumowania swojego życia, dokonań, czynów, dokończenia dzieła życia, pogodzenia się z przeciwnikami. Elisabeth Kübler-Ross określiła umieranie ostatnim etapem rozwoju²⁸.

Dążenie do uśmierzenia cierpienia nie może posuwać się do zaciekleści terapeutycznej i medykalizacji. Stosowanie u osoby umierającej nie tylko środków nadzwyczajnych, ale także nieproporcjonalne i nadmierne wykorzystywanie środków zwykłych jak aparatury monitorującej parametry życiowe, badań laboratoryjnych, pomiarów np. diurezy itp. obniża jakość życia chorego i zaburza spokojne umieranie.

26 Zob. ibidem.

27 Zob. A.H. Maslow, *W stronę psychologii istnienia*, przeł. I. Wyrzykowska, Poznań 2004.

28 Zob. E. Kübler-Ross, *Śmierć. Ostatni etap rozwoju*, przeł. K. Sobiepanek-Szczęśna, Warszawa 2008.

T – Towarzyszenie osobie umierającej

Najważniejszą wieloletnią obserwację z opieki nad umierającymi Elizabeth Kübler-Ross zawarła w stwierdzeniu: „Dla pacjenta sama śmierć nie jest problemem, boi się on tylko umierania, towarzyszącej mu beznadziejności i izolacji”²⁹. Drugim zatem, po uśmierzeniu cierpienia, najważniejszym warunkiem godnego umierania jest, w moim przekonaniu, przeciwdziałanie osamotnieniu osoby umierającej poprzez towarzyszenie jej, najlepiej przez osoby dla niej ważne (bliskie, kochane). Zatem dostęp członków rodziny do chorego umierającego, także w szpitalu, nawet w godzinach nocnych powinien być zapewniony.

Towarzyszenie osobie umierającej winno być nacechowane empatią, życzliwością, poświęceniem, cierpliwością i bezinteresownością. Jest więc ono czystą formą miłości człowieka do człowieka, miłości braterskiej, miłości miłosiernej. Choć w środowisku profesjonalistów medycznych unika się odwoływania do pojęcia miłości, jest ona zawarta choćby w postulatach etyki cnót Edmunda Pellegrino³⁰. Obecność drugiej osoby powinna być nienarzucająca się, powściągliwa, wyrażana oszczędnym słowem, spojrzeniem, dotykiem, gestem i wspólnym milczeniem³¹.

Warto pamiętać, że dla wielu chorych istotą najbliższą jest ukochane zwierzę, a nie człowiek. Możliwość jego obecności przy umierającym powinna być zapewniona, w miarę możliwości epidemiologicznych, także w ośrodkach opieki stacjonarnej.

O – Odpowiedzialność

Człowiek jest odpowiedzialny za całe swoje życie, w tym także odpowiedzialność tę ponosi w okresie choroby i umierania³². Musi zatem być po pierwsze świadomy zbliżającej się śmierci oraz, po drugie, swobodny w wyrażaniu woli co do stosowanych wobec niego środków w ostatnich dniach życia. Zatajanie wiedzy o stanie zdrowia, złym rokowaniu czy bliskości śmierci nie chroni osoby przed cierpieniem, a uniemożliwia świadome podejmowanie decyzji co

29 Ibidem.

30 Zob. T. Biesaga, *Cnoty w praktyce medycznej w ujęciu Edmunda D. Pellegrino* [w:] *40 lat filozofii w Uczelni Papieskiej w Krakowie*, red. J. Jagiełło, Kraków 2018, s. 167–191.

31 T. Dzierżanowski, J. Binnebesel, op. cit., s. 159.

32 Zob. K. Wojtyła, op. cit.

do okoliczności umierania (miejsca, osób towarzyszących, aktów religijnych, rytuałów), spraw majątkowych i ostatnich życzeń. Zmowa milczenia osób bliskich, podyktowana chęcią uchronienia osoby umierającej przed cierpieniem związanym z ujawnieniem prawdy o zbliżającej się śmierci, narusza zasadę poszanowania podmiotowości chorego i przyjęcia przez niego odpowiedzialności za swoje życie. Co do zasady lekarz ma obowiązek udzielić informacji o zbliżającej się śmierci i tylko w wyjątkowych sytuacjach może ograniczyć ją w odniesieniu do stanu zdrowia i rokowania³³.

Odpowiedzialność osoby umierającej wyraża się poprzez jej wolę i podejmowane decyzje. Należy uszanować wolę pacjenta, w szczególności co do momentu odstąpienia od czynności podtrzymujących czynności życiowe. Chęć ratowania życia za wszelką cenę nie przynosi osobie umierającej realnych korzyści, a jedynie powoduje negatywne skutki fizjologiczne, i to za cenę większego cierpienia. Należy zaakceptować fakt, że śmierć wskutek nieuleczalnej choroby jest naturalnym zakończeniem tej choroby, a umieranie – procesem nieodwracalnym. Współczesna medycyna pozwala na długotrwałe sztuczne utrzymywanie funkcjonowania poszczególnych układów ciała i narządów, a przez to wydłużenie okresu umierania z dwóch–trzech dób do tygodni. Takie postępowanie stoi w niezgodzie z naturalnym procesem życia oraz umierania i nie zapobiegne śmierci, a jedynie czyni ją nie do zniesienia. Bardzo często bliscy osoby umierającej, niepokodzeni z faktem umierania, żądają ratowania jej za wszelką cenę, naruszając atmosferę „spokoju i godności”.

Należy mocno podkreślić, że wola chorego, aby nie przerywać i nie przedłużać sztucznie okresu umierania, winna być uszanowana. Wiąże się z tym w sposób szczególny sporządzone zawczasu oświadczenie woli, w którym zastrzeżona została wola o nieprzedłużaniu życia oraz o nieprzerywaniu procesu umierania na wypadek wystąpienia ciężkiej niewydolności narządów lub utraty możliwości wyrażenia woli związanej z ratowaniem zdrowia i życia. Ludzka wola stanowi kluczowy element uprzedzającego planowania opieki (ang. *advanced care planning*, ACP), obejmującego instrukcje co do: ograniczenia lub niepodjęcia konkretnych czynności ratujących życie, żywienia, przetaczania

33 Zob. ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581).

preparatów krwio pochodnych, miejsca umierania itp., zanim wystąpi sytuacja uniemożliwiająca wyrażenie woli³⁴.

Chory ma prawo żądać odstąpienia od terapii dla niego uciążliwej, to znaczy, gdy bilans odnoszonych korzyści ustępuje doświadczanej udręce wskutek prowadzonego leczenia. Z punktu widzenia chorego jest to wówczas terapia uporczywa, z punktu widzenia lekarza – daremna. Rozróżnienie to jest kluczowe dla prawidłowego procesu podejmowania decyzji ważących o życiu chorego, z poszanowaniem autonomii chorego oraz autonomii lekarza. Uszanowanie autonomii pacjenta nie może bowiem odbywać się kosztem naruszenia autonomii lekarza, w szczególności realizującego przyrzeczenie lekarskie ochrony życia. Wola pacjenta nie jest nadrzędna wobec woli lekarza, są one równoprawne. Lekarzowi nie wolno spełniać takich żądań pacjenta, które naruszałby jego obowiązek deontologiczny, w szczególności w odniesieniu do ochrony godności zawodu lekarza³⁵.

S – Sens cierpienia, umierania i śmierci

Uśmierzenie cierpienia, towarzyszenie umierającemu oraz poszanowanie autonomii jego decyzji stwarzają warunki, w których chory może nadać swojemu cierpieniu, umieraniu i – w ostateczności – życiu, znaczenie (sens). Victor E. Frankl zaznacza jednak, że człowiekowi nie można powiedzieć, jaki ten sens jest, gdyż tylko on może ten sens odnaleźć³⁶. Jeśli osoba umierająca nie nada swemu cierpieniu znaczenia, nie odnajdzie jego sensu, to przeżywane jest ono jako rozpacz i wówczas rzeczywiście jedynym, jawiącym się jako racjonalne, rozwiązaniem jest śmierć. Nikt, kto nie podlega przymusowi zewnętrznemu (tortury) lub wewnętrznemu (brak poczucia sensu nieuśmierzonego cierpienia), nie chce umierać. Naturalnym instynktem jest chęć przetrwania, chęć życia.

Zgoda na zbliżającą się śmierć jest przejawem dojrzałości duchowej osoby umierającej. Przygotowanie się do niej wymaga jednak wcześniejszej refleksji nad znaczeniem życia i jego elementów. Lęk przed wiedzą o śmierci zależy od stopnia utwierdzenia w posiadanej filozofii życia. Osoby z ugruntowanym

34 Zob. T. Dzierżanowski, G.B. Crawford, P. Larkin, R. Kubiak, T. Krones, *The Need for Advance Care Planning as a Pivotal Means for Respecting the Patient's Will in Poland: Learning Points from Swiss and Australian Models*, „Białystok Legal Studies” 2023, Vol. 28, No. 3, s. 9–32, <https://doi.org/10.15290/bsp.2023.28.03.01>.

35 Zob. Kodeks Etyki Lekarskiej, op. cit.

36 Zob. V.E. Frankl, *Człowiek w poszukiwaniu...*

światopoglądem, zarówno religijnym, jak i świeckim, w mniejszym stopniu boją się rozmów o śmierci niż osoby unikające tej problematyki podczas całego swojego życia³⁷. Poczucie dobrze przeżytego życia, spełnienia, wydaje się najlepszym sposobem przygotowania się na śmierć. Najlepiej opisała to jedna z moich pacjentek około trzech tygodni przed śmiercią: „Nie boję się śmierci. Odchodzę w spokoju i pogodzona, ponieważ dobrze przeżyłam swoje życie”.

Można by więc do powyższego modelu warunków umierania w godności dodać postulat przygotowania się poprzez godne przeżywanie chwil życia, w zgodzie z sumieniem i wyznawanymi normami moralnymi, tak jak to ujął ponoć Fiodor Dostojewski w stwierdzeniu (przyczoconym przez Victora E. Frankla): „Tylko jednego się obawiam: że nie okażę się godny swojego cierpienia”³⁸.

6. Rola opieki paliatywnej

Odpowiedzią na wyzwania, jakie powstają w okresie nieuleczalnej choroby, cierpienia i umierania, jest opieka paliatywna. Jest ona definiowana jako „opieka nad osobą z chorobą zagrażającą życiu lub w znacznym stopniu ograniczającą życie, wymagającą leczenia objawów fizycznych i psychicznych, będących następstwem tej choroby lub jej leczenia, zapewniająca wsparcie w obszarze potrzeb społecznych i duchowych, kultury i seksualności, mająca na celu uśmierzenie cierpienia i optymalizację jakości życia tej osoby oraz jej najbliższych, prowadzona niezależnie od aktywności choroby oraz leczenia modyfikującego jej przebieg, na wszystkich jej etapach, a także po śmierci chorego w odniesieniu do osób najbliższych. Definicja ta powinna być uzupełniona poprzez wskazanie kluczowych założeń co do sposobów, metod i form jej świadczenia”³⁹.

W odniesieniu do procesu umierania chorego opieka paliatywna:

- „uznaje egzystencjalną, bezwarunkową, przyrodzoną i niezbywalną wartość (godność) osoby;

37 Zob. T. Dzierżanowski, M. Kozłowski, *Personal fear of their own death and determination of philosophy of life affects the breaking of bad news by internal medicine and palliative care clinicians*, „Archives of Medical Science” 2022, Vol. 18, No. 6, s. 1505–1512, <https://doi.org/10.5114/aoms.2019.85944>.

38 V.E. Frankl, *Człowiek w poszukiwaniu...*, s. 110.

39 T. Dzierżanowski, *Definicje opieki paliatywnej – przegląd narracyjny i nowa propozycja*, „Medycyna Paliatywna” 2021, t. 13, nr 4, s. 187, <https://doi.org/10.5114/pm.2021.114495>.

- uznaje umieranie za naturalny i wartościowy etap życia, a śmierć za następstwo choroby;
- nie przyspiesza ani nie opóźnia śmierci, ale może pozytywnie wpływać na przebieg choroby;
- obejmuje zapobieganie, wczesną identyfikację, systematyczną ocenę i leczenie przyczyn cierpienia;
- pomaga w planowaniu opieki z wyprzedzeniem (ang. *advance care planning*), to znaczy stworzeniu planu postępowania medycznego w zmieniającej się sytuacji zdrowotnej pacjenta w przyszłości;
- szanuje decyzje pacjenta co do sposobów, metod i form sprawowanej opieki; [...]
- unika zaciekłości terapeutycznej, terapii uporczywej lub daremnej;
- dąży do zapewnienia warunków godności w umieraniu;
- jest prowadzona z poszanowaniem przekonań, odmienności kulturowych, orientacji seksualnej, wyznania i światopoglądu pacjenta i najbliższych; [...]
- promuje filozofię towarzyszenia osobom cierpiącym i umierającym [...]”⁴⁰.

Opieka paliatywna jest postrzegana jako najpełniejszy wyraz ludzkiej solidarności w cierpieniu. Katechizm Kościoła Katolickiego ujmuje to w sposób następujący: „Opieka paliatywna stanowi pierwszorzędną postać bezinteresownej miłości” (pkt 2279, przedostatnie zdanie)⁴¹. Międzynarodowe gremia opieki paliatywnej są skrajnie przeciwne koncepcji śmierci wspomaganej medycznie (ang. *medically-assisted death*)⁴². Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej

40 Ibidem, s. 199–200.

41 Katechizm Kościoła Katolickiego, oprac. internetowe: <http://www.katechizm.opoka.org.pl/rkkkIII-2-2.htm>, dostęp: 28 maja 2024 r., pkt 2279.

42 Zob. L. Radbruch, C. Leget, P. Bahr, C. Müller-Busch, J. Ellershaw, F. de Conno, P. Vanden Berghe, *Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care*, „Palliative Medicine” 2016, Vol. 30, Issue 2, s. 104–116, <https://doi.org/10.1177/0269216315616524>.

jest członkiem European Association for Palliative Care i przyjmuje sprzeciw wobec śmierci wspomaganej medycznie.

7. Podsumowanie

Godność jest nadrzędną, przyrodzoną i niezbywalną wartością przynależną każdemu człowiekowi. Godne umieranie wymaga: sprowadzenia cierpienia do stopnia dającego się zaakceptować, posiadania przez chorego świadomości umierania, towarzyszenia mu oraz nadania przez konającego znaczenia umieraniu i cierpieniu. Wówczas umieranie nie tylko jest naturalnym zakończeniem, ale także może stać się cennym podsumowaniem ludzkiego życia. Temu służy opieka paliatywna, która „uznaje umieranie za naturalny i wartościowy etap życia, a śmierć za następstwo choroby, nie przyspiesza ani nie opóźnia śmierci, ale może pozytywnie wpływać na przebieg choroby”⁴³. Niespełnienie warunków umierania w godności prowadzi do postawy proeutanatycznej, będącej dążeniem do uwolnienia się od cierpienia za wszelką cenę.

„[N]ie tylko życie kreatywne i polegające na bogactwie doznań ma sens; skoro życie jako takie ma jakikolwiek sens, wówczas musi mieć go również cierpienie. Ludzka egzystencja nie jest bowiem kompletna bez cierpienia i śmierci” – Victor E. Frankl⁴⁴.

43 T. Dzierżanowski, *Definicje opieki paliatywnej...*, s. 199–200.

44 V.E. Frankl, *Człowiek w poszukiwaniu...*, s. 111.

Bibliografia

Akty prawne

- » Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
- » Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287).
- » Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581).
- » Karta praw podstawowych Unii Europejskiej (wersja skonsolidowana: Dz. Urz. UE C 202 z dnia 7 czerwca 2016 r., s. 389).
- » Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z dnia 10 grudnia 1948 r., Paryż.

Pozostałe pisma i dokumenty urzędowe

- » *Kodeks Etyki Lekarskiej*, https://nil.org.pl/uploaded_images/1721304748_1574857770-kodeks-etyki-lekarskiej.pdf, dostęp: 28 maja 2024 r.

Literatura

- » Biesaga T., *Cnoty w praktyce medycznej w ujęciu Edmunda D. Pellegrino [w:] 40 lat filozofii w Uczelni Papieskiej w Krakowie*, red. J. Jagiełło, Kraków 2018.
- » Binnebesel J., *Percepcja lęku przed śmiercią w kontekście Tanatopedagogicznej Relacyjnej Terapii Zastępczej*, Toruń 2017.
- » Binnebesel J., *Tanatopedagogika w doświadczeniu wielowymiarowości człowieka i śmierci*, Toruń 2013.
- » Chudy W., *Pedagogia godności. Elementy etyki pedagogicznej*, Lublin 2009.
- » Dzierżanowski T., *Brzegi dobrej Rzeki*, Warszawa 2016.
- » Dzierżanowski T., *Definicje opieki paliatywnej – przegląd narracyjny i nowa propozycja*, „Medycyna Paliatywna” 2021, t. 13, nr 4, str. 187-200, <https://doi.org/10.5114/pm.2021.114495>.
- » Dzierżanowski T., Binnebesel J., *Godność w umieraniu*, „Medycyna Paliatywna” 2019, t. 11, nr 4, <https://doi.org/10.5114/pm.2019.93183>.
- » Dzierżanowski T., Crawford G.B., Larkin P., Kubiak R., Krones T., *The Need for Advance Care Planning as a Pivotal Means for Respecting the Patient's Will*

- in Poland: Learning Points from Swiss and Australian Models*, „Białystok Legal Studies” 2023, Vol. 28, No. 3, <https://doi.org/10.15290/bsp.2023.28.03.01>.
- » Dzierżanowski T., Kozłowski M., *Personal fear of their own death and determination of philosophy of life affects the breaking of bad news by internal medicine and palliative care clinicians*, „Archives of Medical Science” 2022, Vol. 18, No. 6, <https://doi.org/10.5114/aoms.2019.85944>.
 - » Frankl V.E., *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, przeł. A. Wolnicka, Warszawa 2019.
 - » Frankl V.E., *Homo Patiens. Logoterapia i jej kliniczne zastosowanie. Pluralizm nauk a jedność człowieka. Człowiek wolny*, przeł. R. Czernecki, Z.J. Jaroszewski, Warszawa 1998.
 - » Graczyk M., Leśniak W.K., Łabuś-Centek M., Dzierżanowski T., *Sytuacja osób nieheteronormatywnych (LGBT+) w opiece paliatywnej*, „Medycyna Paliatywna” 2021, t. 13, nr 1, <https://doi.org/10.5114/pm.2021.104218>.
 - » *Katechizm Kościoła katolickiego*, oprac. internetowe: <http://www.katechizm.opoka.org.pl/rkkkIII-2-2.htm>, dostęp: 28 maja 2024 r.
 - » Kübler-Ross E., *Śmierć. Ostatni etap rozwoju*, przeł. K. Sobiepanek-Szczęsna, Warszawa 2008.
 - » Maslow A.H., *W stronę psychologii istnienia*, przeł. I. Wyrzykowska, Poznań 2004.
 - » Radbruch L., Leget C., Bahr P., Müller-Busch C., Ellershaw J., de Conno F., Vanden Berghe P., *Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care*, „Palliative Medicine” 2016, Vol. 30, Issue 2, <https://doi.org/10.1177/0269216315616524>.
 - » Saunders C., *The Philosophy of Terminal Care* [in:] eadem, with an introduction by D. Clark, *Cicely Saunders: Selected Writings 1958–2004*, New York 2006.
 - » Słownik Języka Polskiego PWN, hasło: Godność, <https://sjp.pwn.pl/szukaj/godno%C5%9B%C4%87.html>, dostęp: 3 lutego 2024 r.
 - » Wojtyła K., *Miłość i odpowiedzialność*, Lublin 1986.
 - » Wulff H.R., Pedersen S.A., Rosenberg R., *Filozofia medycyny: wprowadzenie*, przeł. Z. Szawarski, Warszawa 1993.



Dying with dignity

Keywords human dignity, human value, sanctity of life, utilitarianism, euthanasia, palliative care, dignity therapy

Abstract

The existential and personalistic perspective, according to which the value of a human being is absolute, is beginning to be supplanted in the modern world by utilitarianism, according to which the value of a human being depends on his or her qualities, merits and benefits. The consequences of the utilitarian approach are euthanasia, eugenic selection, the Holocaust or abortion on demand. In the utilitarian view, illness, disability, invalidity or dying take away a person's dignity. The reason for the desire to undergo euthanasia is the lack of acceptance of all human existence, in which suffering and dying are inscribed, as well as the lack of care for dignified dying conditions. Instead of "curing" the cause of suffering, pro-euthanasia movements propose the simplest, fastest and cheapest way – killing the patient. Meanwhile, long experience confirms that once pain relief is obtained, the patient does not ask for death again. The chapter shows how important it is to counteract the causes of non-acceptance of suffering, to restore the meaning of dying and suffering, and to conduct appropriate palliative care, which should include, among other things: effective pain relief, accompanying the patient and his relatives, taking care of the dignity of the departing person in every field as part of dignity therapy.