



# Dlaczego **NIE** dla eutanazji

dr n. med. Zbigniew Żylicz, Hull, Wielka Brytania

Szanowna Pani Redaktor,

Z wielką uwagą śledzę akcję „Umierać po ludzku”. Otrzymałem od Pani prośbę o komentarz do listu starszej Pani i odpowiedzi redaktora Pacewicza zamieszczonych na łamach GW.

Starsza Pani, lat 90, twierdzi, że dla Niej godną śmiercią jest umieranie w samotności, z dala od innych. Gdyby tylko było można, starsza Pani chętnie by to zejście przyspieszyła. Nie z powodu nieznośnego cierpienia z powodu bólu czy duszności, ale cierpienia spowodowanego samym byciem, byciem, według autorki, bez sensu. Sens życia, o ile mogę się domyślać z jej listu, jest zawarty w tym, że człowiek jest samodzielny i jest w stanie zadbać sam o siebie.

Redaktor Pacewicz chce Starszą Panią uspokoić stwierdzeniem, że ją dobrze rozumie, ale że w Polsce eutanazja czynna jest niedozwolona, i że warto rozpocząć na ten temat debatę. Przy tym redaktor Pacewicz używa stwierdzenia, że według organizatorów akcji „Umierać po ludzku” staramy się o prawo do „naturalnej, godnej i świadomej śmierci”, co oznacza m.in. „niezgodę na uporczywą terapię przedłużającą umieranie”, czyli tzw. eutanazję bierną.

Mój komentarz zacznę od przedstawienia się. Jestem lekarzem, pracującym od 16 lat w hospicjum. Jestem specjalistą w dziedzinie onkologii i medycyny paliatywnej. Pierwsze 13 lat pracowałem w hospicjum w Holandii, od trzech lat jestem dyrektorem dużego hospicjum w Anglii. W mojej praktyce na co dzień spotykam się z ludźmi cierpiącymi i umierającymi. Nawet przy najlepiej rozwiniętej opiece hospicyjnej zdarzają się sytuacje, w których nie udaje nam się cierpienia złagodzić w wystarczający sposób.

**Zawsze jednak to, co powinniśmy robić, to wsłuchiwać się w potrzeby chorego i starać się je zaspokoić.** W obliczu umierania należy także rozważyć zaprzestanie leczenia, czyli rezygnację z tak zwanej uporczywej terapii. Niewdrażanie takiego leczenia albo jego zaprzestanie nie jest żadną formą eutanazji, jak to mylnie zasugerował redaktor Pacewicz. Takie zaprzestanie odbywa się zazwyczaj na prośbę chorego, ale i w przypadku nieprzytomnego chorego, często lekarz z rodziną decydują, że dalsze leczenie przynosi więcej cierpienia niż korzyści. Zaprzestanie lub niewdrażanie może dotyczyć na przykład antybiotyków, leków przeciwnowotworo-


wych, leków zapobiegających krzepliwości krwi i wielu innych. Czy jednak może dotyczyć także żywienia i nawadniania? NIE, nigdy jeżeli chodzi o podanie szklanki wody i kęsa chleba czy łyżki zupy. Nikomu i nigdy nie możemy odmówić jedzenia i picia, jeżeli ktoś jest spragniony czy głodny. TAK, jeżeli chodzi o podawanie kroplówek umierającym, w wyniku których choremu jest bardziej duszno lub bardziej boli. Na medycynie uczymy bardzo dobrze lekarzy i pielęgniarki, jak rozpocząć leczenie, natomiast niewiele, w jaki sposób i kiedy należy je zakończyć.

W Polsce nie ma uregulowań prawnych dotyczących rozwiązania problemu tzw. terapii uporczywej, kiedy chory nawet mimo wyrażenia swojej woli nadal jest wentylowany mechanicznie przy pomocy respiratora lub ma wszczepiony rozrusznik z defibrylatorem, który nie pozwala mu na to, żeby umarł.

Dla Starszej Pani, Autorki listu, to cierpienie nie jest związane z postępującą chorobą, ale zmęczeniem życiem, utratą jego sensu.

Bez względu na to, jakich wartości przestrzegamy, nie możemy powiedzieć, że jakieś życie jest niepotrzebne, choć niekiedy niektórzy mogą mieć takie subiektywne odczucie.

**W wyniku braku poczucia sensu życia nie można prosić o jego skrócenie z powodu cierpienia psychicznego i duchowego, ale można prosić o pomoc psychiczną i duchową.**

Kiedy czytałem list 90-letniej Pani przypomniało mi się, jak w czasach studenckich, jeszcze w Polsce, co ty- 



Ostatnia posługa

dzień jeździłem do mojej Babci (także w tym wieku). Tam też poznałem równie leciwą starszą Panią. Nawiązaliśmy ze sobą kontakt. Wkrótce byłem jedyną osobą, która ją co tydzień odwiedzała. Kiedy zdobyliśmy wzajemne zaufanie, zwierzyła mi się, używając słów bardzo podobnych do tych, których użyła Autorka listu, że bardzo chciałaby umrzeć, umrzeć jak najszybciej. Najlepiej, gdyby ktoś podał jej truciznę, gdyż żyła już zbyt długo, była obciążeniem dla innych, wymagała wiele pomocy przy najprostszych czynnościach. Czuła się niedomyta, ale nie śmiała prosić opiekunki, bo „ona jest taka zajęta”. Od tego czasu, co tydzień ją odwiedzałem. Wkrótce na stole pokazały się poźółkłe albumy ze zdjęciami, listy, książki. Opowiadania o dwóch wojnach, o cierpieniu, o dzieciach, które zginęły, o mężu, który zmarł wiele lat wcześniej, bo za dużo zaglądał do kieliszka. Starsza Pani odżyła. Kiedyś gdy przyszedłem leżała w łóżku. Miała zapalenie płuc. Umierała. Naturalnie. Uśmiechnęła się kiedy wszedłem i za chwilę spokojnie zmarła. To był dla mnie wspaniały moment. Wtedy właśnie, jako student medycyny, zdecydowałem się na tę specjalizację: towarzyszenie umierającym. **Cierpienie jednej osoby może być więc natchnieniem i powołaniem dla innych.** Cierpieniu, nawet egzystencjalnemu, można ulżyć.

Po tym pierwszym w moim życiu spotkaniu z umierającym było ich wiele tysięcy. Cierpienie tej starszej Pani, podobnie jak cierpienie Chrystusa, to dla nas wyzwanie i natchnienie. Jeżeli nauczymy się rozwiązywać problemy cierpiących poprzez ich zabijanie, nie nauczymy się niczego. Cierpienie towarzyszy nam ludziom, bo mamy świadomość. Ta świadomość odróżnia nas od zwierząt, które też cierpią, ale „nieegzystencjalnie”. Przez całe życie cieszymy się z tej świadomości, a pod koniec życia, chcielibyśmy się jej jak najszybciej pozbyć. Jesteśmy jednak ludźmi od pierwszego do ostatniego uderzenia naszego serca.

Mam wiele szacunku do 90-letniej Pani. Musimy dyskutować o problemach dotyczących ludzi, których życie dobiega końca. **Brak dialogu jest równie zły jak sama eutanazja. Debata społeczna nie jest synonimem wprowadzenia przepisów zezwalających na eutanazję. Musimy się nauczyć odpowiedniego języka i definiować sprawy w sposób jednoznaczny, tak, byśmy w zmieniającym się szybko społeczeństwie byli odpowiednio przygotowani, i nie musieli sobie wyrzucać, że ze strachu udawaliśmy, że problem nie istnieje.**

Z poważaniem  
Dr Zbigniew Żylicz

Ponieważ NFZ pokrywa jedynie 50%-60% potrzeb finansowych ośrodków opieki paliatywnej – kondycja finansowa hospicjów nie jest dobra. W tej sytuacji rozwinięcie wolontariatu hospicyjnego powinno być wymierną pomocą w funkcjonowaniu hospicjów.

# „Lubię pomagać”

## Cel akcji

Głównym celem projektu jest kształtowanie postaw wrażliwości społecznej wśród młodzieży oraz dorosłych mogących realizować się poprzez wolontariat hospicyjny. Proponowany projekt umożliwi powołanie i przeszkolenie koordynatorów wolontariatu, którzy utworzą centra wolontariatu przy ośrodkach hospicyjnych.

To z kolei pozwoli zaangażować do pomocy chorym, starszym i osamotnionym młodzież szkolną, osoby dorosłe oraz coraz większą rzeszę emerytów i w konsekwencji doprowadzi do rozszerzenia i poprawienia opieki paliatywnej w naszym kraju. Pomagając najbardziej potrzebującym, dzieci, młodzież i dorośli nauczą się wzajemnej odpowiedzialności za siebie i troski o potrzeby drugiego człowieka.

Wyniki akcji „Lubię pomagać” będą odczuwalne nie tylko w dużych miastach, ale przede wszystkim w małych miejscowościach, ponieważ to one potrzebują szczególnej pomocy. Realizacja całego projektu stworzy podstawy funkcjonowania społeczności wolontariatu hospicyjnego zaangażowanego w pomoc społeczną i edukację.

## Co już się wydarzyło

Realizację projektu rozpoczęliśmy w czerwcu 2007.

