

Marcin Murzyn, *Pracownicy służby zdrowia i hospicjów w relacji do człowieka w terminalnym stadium choroby nowotworowej – perspektywa bioetyki personalistycznej*, [w:] *Człowiek w relacji do... Rozważania o człowieku jako istocie relacyjnej*, red. Grzegorz Wąchoł, Kraków 2020, s. 15–40.
DOI: <http://dx.doi.org/10.15633/9788374388740.02>

MGR MARCIN MURZYN

Pracownicy służby zdrowia i hospicjów w relacji do człowieka w terminalnym stadium choroby nowotworowej – perspektywa bioetyki personalistycznej

Dane statystyczne informują nas o ponaddwukrotnym wzroście zachorowalności na nowotwory złośliwe w samej tylko Polsce na przestrzeni ostatnich trzech dekad. Co roku około 140 tys. osób dowiaduje się, że ma raka, a największe ryzyko jego wystąpienia występuje po osiągnięciu sześćdziesiątego roku życia i rośnie wraz z wiekiem, osiągając szczyt w ósmej dekadzie życia¹. Skala problemu jest więc duża i w głównej mierze dotyczy seniorów, którzy niezależnie od pojawiających się u nich zmian nowotworowych borykają się często z jeszcze innego rodzaju schorzeniami, mającymi podłoże zarówno semantyczne, jak i psychiczne. Są oni tym samym bardziej podatni na zranienie w wymiarze emocjonalnym i duchowym.

1 Por. L. Wyrwicz, P. Wysocki, R. Zyśk, *Rak jelita grubego – społeczne znaczenie zmian w zakresie epidemiologii i możliwości leczenia w Polsce*, „Onkologia w Praktyce Klinicznej” 10 (2014) nr 4, s. 212.

Rozpowszechniony współcześnie światopogląd indywidualistyczny każe stawiać w centrum świata własne „ja”. Postępujące wedle jego prawideł jednostki za najwyższą wartość uznają swoje osobiste dobro, deprecjonując potrzeby innych. Ukierunkowane są przez to na samoafirmację, samorealizację i uzyskanie jak największej niezależności od innych osób oraz instytucji. Dobro wspólne postrzegają jako nieistotne, ponieważ twierdzą, że warto zabiegać wyłącznie o to, co służy partykularnemu interesowi, a każdy powinien kształtować swoje życie tylko według własnego pomysłu.

Tymczasem zredukowanie osoby ludzkiej do wymiaru indywidualnego okazuje się błędem antropologicznym. Oczywiście to prawda, że każdy człowiek jest odrębny od innych i niepowtarzalny. Jednakże należy on także do rodziny ludzkiej, z którą dzieli wspólne jej członkom człowieczeństwo. Istnieje wszakże natura jedna dla wszystkich ludzi, która określa to, co jest w jednostce niezmiennie i konieczne oraz stanowi podłoże jej działania. Tym, co łączy wszystkich ludzi, jest przede wszystkim posiadanie ciała, sfery duchowej, na którą składają się uczucia, rozum i wola, oraz nieśmiertelnej duszy. Wymienione atrybuty odróżniają nas od materii nieożywionej, roślin i zwierząt; tworzą coś w rodzaju niezniszczalnego kodu, który jest fundamentem dla m.in. charakteru, temperamentu, zwyczajów czy zachowań każdej jednostki. Odkrycia archeologów i historyków dowodzą, że ludzie, którzy mieszkali na naszej planecie miliony lat temu, żywili podobne emocje, odczucia i aspiracje jak mężczyźni i kobiety z dzisiejszych czasów. Natura ludzka jest bowiem uniwersalną i ponadczasową „formą” człowieczeństwa, która nie podlega ewolucji i pozostaje niezależna od wyglądu, przekonań, wykształcenia, wyznania czy stopnia zamożności danego indywiduum. Wszyscy ludzie zaopatrzeni są więc w tę samą naturę, która jednak każdorazowo manifestuje się w postaci zindywidualizowanej jako konkretny człowiek – byt jednostkowy. Istnieje zatem jedna tylko natura

ludzka, lecz jest ona „wcielona” w niezliczoną wielość „egzemplarzy” ludzkich, z których każdy pozostaje niepowtarzalnym, odrębnym i innym od wszystkich pozostałych ludzi człowiekiem².

Wsparte światłem intelektu doświadczenie poucza nas, że świat jest pluralistyczny, tak iż składa się nań wiele bytów realnych. Jednakowoż owe byty nie są od siebie odizolowane, lecz powiązane siecią stosunków zwanych relacjami, przy czym istotą relacji jest przyporządkowanie jednej rzeczy do drugiej. Trzeba zaznaczyć, że bytowość relacji jest bytowością najniższego rzędu. Istnieniem czystym jest wszakże Bóg, po którym możemy wyróżnić byty substancjalne, a następnie zakotwiczone w nich przypadłości. Relacja jest natomiast odniesieniem między bytami.

Szczególnie doniosłą rolę relacje odgrywają w życiu społecznym. Można powiedzieć, że społeczeństwo jest bytem *par excellence* relacyjnym. Życie zbiorowe polega bowiem na krzyżowaniu się rozmaitych odniesień: rodzinnych, sąsiedzkich, towarzyskich, zawodowych, ekonomicznych, ideowych bądź politycznych³.

Prawdopodobnie większość poważnych problemów, z którymi boryka się współczesny człowiek, spowodowanych jest przez kryzys relacji interpersonalnych, bółączką dzisiejszego świata jest bowiem ich nietrwałość i efemeryczność. Zatrważająco wysoka liczba samobójstw, częste depresje czy nałogi w rodzaju alkoholizmu i narkomanii okazują się reakcjami na samotność. Tkwiący w każdym z nas potencjał może być urzeczywistniony wyłącznie w kontekście społecznym, dzięki nawiązaniu autentycznych i satysfakcjonujących więzi z innymi ludźmi. Do spełnionego i harmonijnego życia potrzebujemy nie tylko pewnych dóbr materialnych, ale

2 Por. A. Choromański, *Osoba ludzka jako „byt relacyjny” – antropologiczne fundamenty eklezjologii Soboru Watykańskiego II*, „Studia Teologii Dogmatycznej” 2015 nr 1, s. 61–65.

3 Por. S. Kowalczyk, *Metafizyka ogólna*, Lublin 1997, s. 183–184.

też przyjaciół i miłości. Egzystencja prowadzona w osamotnieniu i odrzuceniu nie stwarza właściwych ram do rozwoju jestestwa ludzkiego. Co ważne, nie pozwala również poradzić sobie z przeciwnościami losu, a przede wszystkim z cierpieniem i trwogą, które towarzyszą przemijaniu⁴.

Ciężar tego ostatniego wyjątkowo mocno daje się nam we znaki w obliczu zmagañ z nieuleczalnymi chorobami. Wśród nich na uwagę zasługują przede wszystkim schorzenia nowotworowe. Terminalne stadium choroby nowotworowej wiąże się z przeszywającym indywidualnym „bólem totalnym”, który obejmuje sferę somatyczną, psychiczną i duchową. Jako że nadzieja – jak zauważył Dante Alighieri (1265–1321) – najpewniej przychodzi do człowieka wraz z drugim człowiekiem, przemożną rolę w ulżeniu doli jednostki u kresu jej życia odgrywają zajmujący się nią pracownicy ochrony zdrowia i hospicjów. Podatny na zranienie nieuleczalnie chory człowiek potrzebuje szczególnej uwagi ze strony otaczających go osób. Aby odpowiednio się nim zająć, nie wystarczy stosować specjalistycznej wiedzy biomedycznej. Istotne jest także właściwe i w pełni osobowe odniesienie się do niego. Od tego, czy zdołamy nawiązać z nim opartą na szacunku i miłości więź, zależy jakość jego życia na niezwykle ważnym etapie – poprzedzającym śmierć, a tym samym stanowiącym swoiste podsumowanie całej ziemskiej wędrówki.

Stąd rangę wysoce doniosłego problemu zyskuje zagadnienie odpowiedniego ustosunkowania się do osoby w stadium terminalnym choroby nowotworowej. Oprócz uśmierzenia bólu fizycznego chorego ważne jest przeciwdziałanie jego rozterkom psychicznym i duchowym, co nie jest możliwe bez dostrzeżenia w nim integralnej osoby ludzkiej, na którą składają się ciało, psychika i dusza, tworzące nierozdzieloną całość. Do pacjenta należy więc podejść

4 Por. T. Kuczyński, *Istnienie świata. Czy wystarczy wyjaśnienia przyrodników?*, Kraków 2010, s. 23–28.

holistycznie, a tego rodzaju perspektywa możliwa jest przy odniesieniu się do bioetyki personalistycznej, na której gruncie człowiek rozumiany jest jako byt wyjątkowy w skali uniwersum, niedający zredukować się do czynników czysto naturalnych i zrozumiały wyłącznie w kontekście relacyjności względem innych osób, rzeczywistości przyrodniczej i Boga⁵.

1. Chory w stadium terminalnym

Ciało ludzkie, czyli materia kształtowana przez duszę na potrzeby człowieka, posiada ogromną wartość, albowiem umożliwia nam komunikację z innymi jednostkami i ujawnia naszego ducha. Gesty, w rodzaju uścisku dłoni, pocałunku czy miłego słowa, odsłaniają życzliwość człowieka i uczucia, jakie żywi on do drugiej osoby, podobnie jak dłuto w rękę rzeźbiarza ukazuje duchową wizję posągu. Nade wszystko jednak ciało ludzkie włączone jest w akt przekazywania życia, jak również stanowi warunek *sine qua non* poznania zmysłowego.

Dusza ludzka nigdy nie przestaje istnieć, gdyż jest całkowicie prosta, niezłożona z żadnych elementów, a tym samym nie podlega rozkładowi. Śmierć się jej nie ima, a myśli, odczucia i ludzkie decyzje nigdy nie odłączają się od duchowego „ja”. Co prawda Bóg, za sprawą swej wszechmocy, mógłby ją unicestwić, lecz nie uczyni tego, ponieważ stwarza On dusze człowiecze jako przeznaczone do życia wiecznego, a ze swoich postanowień nie wycofuje się nigdy – jest im absolutnie wierny. Istniejąca po śmierci dusza nie traci właściwych sobie uzdolnień, tak iż wciąż potrafi poznawać,

5 Por. M. Murzyn, *Etyczne aspekty medycyny paliatywnej*, w: *Nauka i wiedza kluczem do poznania świata*, cz. 3, red. S. Ejdys, P. Staszak, Waleńców 2019, s. 53.

ma wolną wolę, jest świadoma i wie, co się z nią dzieje. Człowiek jest jednak istotą cielesno-duchową i choć dzięki duszy może poznawać rozumowo i kochać, to chłonąc barwy, dźwięki czy zapachy jest w stanie za sprawą zmysłów. Współtworzy go zatem także sfera somatyczna, lecz tak się składa, że z powodu złożenia z różnych elementów rozpada się w końcu na czynniki, które ją budują, i ulega zniszczeniu. Ciało ludzkie jest wszakże śmiertelne i po odłączeniu się od duszy ulega rozkładowi⁶.

Z przyrodniczego punktu widzenia śmierć jawi się jako zjawisko normalne, a w pewnym sensie nawet „zaplanowane” z uwagi na genetyczne wyposażenie organizmu. Wskazuje się bowiem na fakt istnienia tzw. genów śmierci, które prowadzą do apoptozy, czyli zaprogramowanego obumarcia komórki. Kres organizmu wydaje się zatem wpisany w strukturę przyrody. Co więcej, bez tego proces ewolucji istot żywych nie mógłby się dokonać w skończonym czasowo i przestrzennie uniwersum, które składa się ze wspólnych i ograniczonych elementów budulcowych. Pojawienie się coraz bardziej finezyjnych i złożonych układów możliwe jest tylko wtedy, gdy stare formy życia ustępują nowym. Wobec tego śmierć jest czymś jak najbardziej zrozumiałym i dającym się racjonalnie wytłumaczyć. Nie zmienia to jednak faktu, że z perspektywy człowieka okazuje się swoistym skandalem, który przemawia za niedoskonałością znanego nam świata. Zarówno śmierć fizjologiczna (naturalna), która występuje wskutek stopniowego zanikania czynności życiowych organizmu w procesie starzenia się, jak i będąca następstwem niekorzystnej koincydencji czynników zewnętrznych, takich jak np. atak napastnika, wypadek losowy czy zatrucie środowiska, śmierć ekologiczna (nienaturalna), jest dla jestestwa ludzkiego czymś niezwykle trudnym

6 Por. É. Hugon, *Zasady filozofii. Dwadzieścia cztery tezy tomistyczne*, tłum. A. Żychliński, Warszawa 2015, s. 109–113.

do zaakceptowania⁷. Mimo iż współcześnie wiele jednostek próbuje wypierać śmierć ze świadomości i oddawać się hedonistycznym rozrywkom, to jednak niezmiennie stanowi ona coś, z czym człowiek po prostu musi się zmierzyć. Zaopatrzeni w samoświadomość, nie tylko doznajemy trwogi w obliczu własnej śmierci, ale też lękamy się o los innych ludzi, albowiem potrafimy spostrzegać także ich przeżycia. Obserwujemy procesy starzenia się i opadania z sił u naszych bliskich, a czasami przeżywamy trudny do wypowiedzenia ból po stracie członka rodziny czy przyjaciela⁸.

Śmierć, będąc przejawem zła fizycznego, brutalnie wkracza więc w nasze życie⁹. Okoliczności, w jakich przychodzi, bywają oczywiście rozmaite. Niektórzy odchodzą z tego świata nagle i niespodziewanie, np. wskutek obrażeń odniesionych w wypadku samochodowym. Inni natomiast przez pewien czas zmagają się z nieuleczalną chorobą, która prowadzi do ich zgonu. Naturalne jest to, że lękamy się umierania, toteż życie z „wyrokiem” i świadomością rychłego zakończenia egzystencji okazuje się dla człowieka niebywale trudne. W przypadku terminalnego stadium choroby nowotworowej zachodzi ponadto konieczność zmierzenia się z poważnym bólem, który często przeradza się w „ból totalny”, obejmujący poza sferą somatyczną także aspekty psychiczno-duchowe. Dokuczliwe objawy, jakie wiążą się z zaawansowanym stadium raka, w istotny sposób zakłócają możliwości funkcjonowania pacjentów.

Najwcześniej intensywne wyniszczenie nowotworowe występuje głównie w przypadku raka żołądka, trzustki i przełyku. Nieco wolniej dochodzi do niego w związku z nowotworami głowy, szyi, jelita grubego, płuc i gruczołu krokowego. Stosunkowo najmniejsza

7 Por. M. Wnuk, A. Świeżyński, *Życie*, w: *Encyklopedia filozofii przyrody*, red. Z. E. Roskał, Lublin 2016, s. 390–391.

8 Por. A. B. Stępień, *Wprowadzenie do metafizyki*, Kraków 1964, s. 153.

9 Por. M. Murzyn, *Oblicza zła*, „Traditio” 2019 nr 11, s. 4–6.

degradacja nowotworowa ma natomiast miejsce wskutek raka piersi i mięsaków. Każdorazowo wiąże się jednak ona z szybką utratą masy ciała, a u 20 proc. chorych bezpośrednią przyczyną zgonu jest właśnie wspomniane wyniszczenie, rozpoznawane u około 80 proc. pacjentów. Osoby znajdujące się w stanie terminalnym poza bólem i astenią borykają się też z uszkodzeniami skóry, odleżynami, zaburzeniami połykania, brakiem apetytu, ślinotokiem, czkawką, wymiotami, nudnościami, problemami z oddychaniem, niedrożnością przewodu pokarmowego, zaparciami, biegunką, krwimoczem, wodobrzuszem czy stanami zapalnymi układu moczowo-płciowego.

Przeciwdziałać tego rodzaju dolegliwościom ma terapia paliatywna. Stosuje się w niej leczenie somatyczne z użyciem środków farmakologicznych, a przemożną rolę odgrywa aplikowanie leków przeciwbólowych. Pierwszą ich grupę stanowią niesterydowe leki przeciwzapalne i paracetamol (z wyłączeniem opiatów). Poza tym korzysta się z tzw. słabych opiatów – tramadolu i kodeiny, a w razie potrzeby używa się tzw. silnych opiatów, wśród których najpopularniejsze są morfina, buprenorfina i fentanyl. W leczeniu bólu neuropatycznego stosuje się zaś trójcykliczne środki antydepresyjne (głównie imipraminę i amitryptylinę), ponieważ poza łagodzeniem depresji obniżają one przewodnictwo nerwowe bodźców bólowych. Często wykorzystuje się również leki uspokajające i środki nasenne, a w najtrudniejszych wypadkach przeprowadza się zabiegi medyczno-technologiczne, które mają na celu obniżenie poziomu bólu bądź nawet całkowite jego usunięcie. Za pomocą rozmaitych technik – leczenia operacyjnego, neurolizy i radioterapii – dokonuje się procedury wyłączenia nerwów obwodowych i redukcji zdolności sensorywnych centralnego układu nerwowego. Chorobowe zmiany skórne i uszkodzenia śluzówek (przede wszystkim śluzówki jamy ustnej) wymagają pielęgnacji i częstej dezynfekcji ran, a niekiedy nieodzowne okazują się także tlenoterapia, doustne lub pozajelitowe podawanie preparatów odżywczych i płynów, w szczególnych

sytuacjach zaś pacjenta całkowicie pozbawia się przytomności przy użyciu środków usypiających.

Jak wcześniej wspomniano, największą bolączką pacjentów w stanie terminalnym są silne dolegliwości bólowe. Dotyczą one 50–75 proc. chorych w zaawansowanym stadium raka, a w przypadku wystąpienia przerzutów do kości – blisko 100 proc. cierpiących na nowotwory. Ich wyeliminowanie lub bodaj znaczne ograniczenie uchodzi więc za fundamentalne zadanie somatycznej strony medycyny paliatywnej. Dzisiejsze sposoby leczenia pozwalają na satysfakcjonujące zniesienie bólu u blisko 90 proc. pacjentów, u pozostałych zaś, nawet pomimo braku całkowitej skuteczności, prowadzą do redukcji jego natężenia. Dlatego lekarze duży nacisk kładą na rozpoznanie stopnia intensywności bólu i wskazanie jego bezpośredniej przyczyny (etiologia), jak również na określenie, czy jest to ból receptorowy czy neuropatyczny. Dużą rolę odgrywa ponadto odnalezienie czynników wzmagających i łagodzących ból oraz towarzyszących mu objawów. W aplikowaniu leków przeciwbólowych postępuje się zgodnie z „drabiną analgetyczną” i zasadą, wedle której preparaty silniejsze podaje się dopiero wtedy, gdy słabsze stają się nieskuteczne, w przypadku zaś stałych bólów leki dawkuje się w sposób regularny. Wyjątkowo niekomfortowe okazują się „bóle przebijające”, które wymagają podawania dodatkowych porcji analgetyku – tzw. dawek ratunkowych. Mają one za zadanie zadziałać jak najszybciej, ale na krótko (warunki takie spełniają przede wszystkim podawane przez śluzówki preparaty fentanylu, mające najczęściej formę tabletek podpoliczkowych i podjęzykowych lub sprayów do nosa)¹⁰.

Ból fizyczny nie jest jednak jedynym problemem, z jakim zmierzyć musi się chory w stanie terminalnym. Bardzo często

10 Por. J. Jarosz, *Opieka paliatywna we współczesnej onkologii*, „Postępy Nauk Medycznych” 2011 nr 2, s. 159–161.

towarzyszy mu także szczególna forma cierpienia, która jest połączeniem ostrego bólu somatycznego z poważną depresją psychiczną. O ile ból jest następstwem podrażnienia zakończeń nerwowych, na co zwykle reagujemy prostym uczuciem przykrości, o tyle cierpienie okazuje się czymś bardziej wysublimowanym – zależy bowiem od poznawczo-wartościującej oceny nieprzyjemnego doznania, które negatywnie zinterpretowane, przeradza się w coś destrukcyjnego dla podmiotu; dokonując tej ewaluacji, angażujemy całą osobowość: myśli, wyobrażenia, nabyte doświadczenia i towarzyszące im reakcje emocjonalne, pozycję ekonomiczną, światopogląd, a przede wszystkim relacje interpersonalne. Deficyt tych ostatnich, a zwłaszcza brak wsparcia rodziny i przyjaciół, sprawia, że znacznie gorzej radzimy sobie z przeciwnościami losu, niekiedy całkowicie się poddajemy. Cierpienie oznacza wszakże świadome przeżywanie przykrości (bólu) z powodu doznanego zła. To ostatnie może oczywiście wynikać z różnych przyczyn: wypadku, choroby, bólu fizycznego, śmierci kogoś bliskiego czy krzywdy wyrządzonej przez inną osobę. Dla człowieka typowe jest jednak to, że jakoś ustosunkowuje się on do zastanego zła i ma samowiedzę na temat swojego położenia. Nie sposób jest mu zatem uciec od pytań o sens cierpienia. Podczas gdy zwierzęta mogą odczuwać wyłącznie ból, to człowiek jest istotą, która doznane przykrości interpretuje i przepuszcza je przez światło swego intelektu. W odczuwaniu cierpienia nie bez znaczenia jest zresztą pierwiastek subiektywny – to, jak bardzo frapuje nas pewne zdarzenie, zależy od naszego nastawienia. Jednostka silna psychicznie nie załamie się nawet na wieść o zachorowaniu na nieuleczalny nowotwór, natomiast ktoś mało odporny na życiowe trudy wpadnie w rozpacz wskutek złamania kończyny¹¹.

11 Por. J. Wicka, *Ból i cierpienie – interdyscyplinarny przegląd stanowisk*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2012 nr 2, s. 304–305.

U wielu pacjentów w stanie terminalnym występuje obejmujący nie tylko ciało, ale i psychikę oraz duchowość „ból totalny”. Rzecz jasna cierpienie fizyczne jest nieodłącznym elementem choroby, lecz w przypadku schorzeń nieuleczalnych i niepoddających się chemioterapii nowotworów złośliwych przybiera ono wyjątkowo duże rozmiary, tak iż staje się jedną z przyczyn depresji psychicznej, powiązanej niekiedy z myślami samobójczymi. Truizmem jest skonstatowanie faktu, że osobie nieuleczalnie chorej niełatwo jest poradzić sobie z sytuacją, w jakiej musi funkcjonować. Wskutek choroby szybko zmienia się jej osobowość, a z każdym dniem zmniejsza się jej sprawność fizyczna i psychiczna. Pogarsza się wygląd zewnętrzny, a osłabieniu ulegają zdolności do działania i podejmowania kontaktów z innymi ludźmi. Nie traci ona przy tym wrażliwości uczuciowej, co sprawia, że bardzo łatwo o jej podrażnienie. Skutkuje to reaktywną depresją psychiczną i wystąpieniem natrętnych myśli samobójczych. W skrajnych sytuacjach chorzy błagają o pozbawienie ich życia, lecz trzeba pamiętać, że nie są to ich suwerenne decyzje, gdyż w pewnym sensie przemawia przez nich wówczas choroba. Owe życzenia rodzą się bowiem pod naporem przesywającego wszystkie aspekty ich egzystencji „bólu totalnego”, po którego zredukowaniu odwołują oni swoje słowa¹².

To, jak duży zakres aktywności może być udziałem pacjenta chorego na nieuleczalny nowotwór, zależy od stopnia zaawansowania schorzenia. Ścisłe rzecz biorąc, okres terminalny poprzedza bowiem faza preterminalna, w której w stosunku do chorego zaprzestano leczenia mającego na celu dalsze przedłużanie życia, ale nie odczuwa on jeszcze dolegliwości bądź dzieje się to w ograniczonym stopniu. Prognoza życia pacjenta w tym okresie waha się od kilku

12 Por. M. Kowalczyk, *Opieka paliatywna jako jedna z form opieki nad pacjentem terminalnie chorym*, „Państwo i Społeczeństwo” 12 (2012) nr 2, s. 76–78.

tygodni do nawet kilku lat. Jakość jego życia jest wówczas uzależniona od innych chorób i ogólnej sytuacji rodzinnej. Progresa choroby i towarzyszące jej dolegliwości bólowe, wymioty, nudności, duszności, zaparcia, owrzodzenia czy odleżyny charakterystyczne są dla występującego nieco później okresu terminalnego, który zmusza jednostkę do przebywania w domu lub hospicjum. Chory staje się wtedy zależny od innych. Od tego, jakie relacje nawiązą z nim pracownicy hospicjum, zależy komfort ostatnich tygodni jego życia. Bezpośrednio śmierć pacjenta poprzedza natomiast okres agonalny, który trwa zwykle dwie lub trzy doby. Chory traci wówczas odruch połykania, a zatem nie je ani nie pije. Ma także problemy ze zmianą pozycji i musi pozostawać pod ciągłą kontrolą innych osób. Występują u niego zaburzenia świadomości, w tym splątanie, przez co resztki energii traci na pojawiające się zaburzenia psychotyczne. Z racji zalegania śliny w drogach oddechowych u wielu pacjentów w ostatnich momentach poprzedzających zgon pojawia się charakterystyczne rżęzenie przedśmierne¹³.

2. Specyfika opieki paliatywnej

Specyficzne położenie pacjenta w stanie terminalnym zmusza do zastosowania w stosunku do niego kompleksowej pomocy, która stanowi antidotum nie tylko na dolegliwości somatyczne, ale też psychiczne, społeczne i duchowe. Innymi słowy, człowiek nieuleczalnie chory wymaga wsparcia zarówno medycznego, jak i niemedycznego – psychologicznego, socjalnego i duchowego¹⁴.

Leczenie paliatywne, którego nazwa wywodzi się od łacińskiego słowa *pallium*, jakie stosowano na określenie obszernego

13 Por. M. Kowalczyk, *Opieka paliatywna...*, dz. cyt., s. 76–77.

14 Por. M. Kowalczyk, *Opieka paliatywna...*, dz. cyt., s. 74.

płaszczą służącego do okrycia kogoś zziębniętego, jest rodzajem procedury medycznej ukierunkowanej na przyniesienie ulgi w cierpieniu typu fizycznego przy wykorzystaniu zarówno środków farmakologicznych, jak i specjalistycznych zabiegów w rodzaju paliatywnej chemioterapii u chorych z bólem kostnym w przerzutach do kości. Ścisłe związana jest ona z leczeniem objawowym i ma na celu przede wszystkim uśmierzenie bólu, jak również ograniczenie duszności oraz innych dokuczliwych objawów towarzyszących ostrym i przewlekłym schorzeniom, głównie nowotworowym.

Jak wspomniano, w stadium terminalnym potrzebna jest także ulga w rozterkach o podłożu psychologicznym, społecznym i duchowym. Nie wystarczy więc zwalczanie bólu fizycznego i pielęgnowanie dokuczliwych ran nowotworowych, ponieważ załamana i podrażniona emocjonalnie osoba ciężko chora potrzebuje uwagi ze strony otaczających ją ludzi. Pomoc musi nieść jej wykwalifikowany zespół, który składa się nie tylko z lekarzy i pielęgniarek, ale też psychologów, kapłanów, pracowników socjalnych, rehabilitantów i wolontariuszy. Celem szeroko rozumianej opieki paliatywnej jest zatem umożliwienie pacjentowi jak najdłuższego prowadzenia aktywnej egzystencji¹⁵.

Tego rodzaju opiekę świadczą zwłaszcza hospicja, które w znanej nam dziś formie zaczęły powstawać począwszy od lat sześćdziesiątych XX wieku. Pierwszą tego typu placówką było londyńskie Hospicjum św. Krzysztofa, które powołano z inicjatywy Cicely Saunders (1918–2005). W Polsce ruch hospicyjny zainaugurowało powstanie w 1981 roku Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Hospicjum” w Krakowie. To właśnie ta organizacja podjęła się budowy Hospicjum św. Łazarza, które swoją siedzibę ma nieopodal

15 Por. A. Kotlińska-Lemieszek, J. Łuczak, *Opieka paliatywna / hospicyjna / medycyna paliatywna*, „Nowiny Lekarskie” 2011 nr 80, s. 3–4.

nowohuckiego kościoła Matki Bożej Królowej Polski (Arka Pana). Instytucja ta w modelowy sposób świadczy pomoc osobom ciężko chorym, zwłaszcza na nowotwory, a także udziela wsparcia ich rodzinom. Opieka nad pacjentami sprawowana jest zarówno stacjonarnie, jak i w ich domach¹⁶.

Nasze życie – jak uprzednio zaznaczono – ma charakter relacyjny. Społeczny jego wymiar sprawia, że nie wiemy egzystencji samotniczej, w odizolowaniu od innych jednostek, lecz wtopieni jesteśmy w funkcjonowanie rozmaitych wspólnot. Będąc jednym z fundamentów etyki personalistycznej zasada pomocniczości głosi, że właściwą formą samorealizacji jest taka jej postać, która zakłada uczestnictwo w dobru wspólnym. Wspólnota zobowiązana jest świadczyć pomoc wszędzie tam, gdzie zachodzi taka konieczność. Stąd ludzie, którzy z różnych względów – także zdrowotnych – nie mogą radzić sobie samodzielnie, muszą zostać objęci stosownym wsparciem.

Rozwój i odpowiednie funkcjonowanie bytu ludzkiego, które polegają zasadniczo na aktualizacji jego osobowych potencjalności, mogą dokonywać się tylko w kontekście społecznym. Owa prawda w sposób szczególnie wyrazisty uwypukla się w konfrontacji z nieuleczalną chorobą, która bardzo często i w szybkim tempie ogranicza sprawność władz człowieka – osłabia intelekt, wolę, zmysły oraz władze motoryczne i wegetatywne. Informacja o zapadnięciu na złośliwy i niepoddający się leczeniu nowotwór nie kończy jednak życia osoby, lecz stawia ją przed nowymi, aczkolwiek niezwykle trudnymi wyzwaniem, którym podołać można tylko dzięki kooperacji z bliźnimi¹⁷.

16 Por. J. Koral, *Istota opieki paliatywnej*, „Seminare. Poszukiwania naukowe” 2003 nr 19, s. 262–265.

17 Por. T. Ćwiertniak, *Człowiek i jego prawa w ujęciu Mieczysława A. Krąpca*, „Folia Philosophica” 2018 nr 40, s. 74–75.

3. Kim jest osoba?

Zanim wskaże się na podstawowe zasady moralne, wedle których winno postępować się w odniesieniu do człowieka w terminalnym stadium choroby nowotworowej, warto przyrzeć się bliżej temu, jakiego rodzaju bytem jest osoba. Statut bytu osobowego przysługuje bowiem każdemu człowiekowi, niezależnie od wieku, płci, stopnia zamożności, posiadanej wiedzy czy kondycji biofizycznej¹⁸.

Słowo „osoba” odpowiada greckiemu *prosopon* i łacińskiemu *persona*, którymi charakteryzowano pierwotnie maskę, jaką zakładał grający w antycznym dramacie aktor. Już w starożytności w odniesieniu do wyrazu *persona* przekroczono jednak kontekst teatralny, tak iż rzeczonym słowem zaczęto nazywać charakter i rolę, jaką człowiek odgrywa w życiu. Stąd łatwo było przejść do określania tym terminem działającego podmiotu. Było to szczególnie użyteczne przez wzgląd na praktykę prawniczą, gdyż podmiot prawa, czyli osobę, przeciwstawiano przedmiotowi prawa – rzeczy (*res*).

Bardziej skrupulatne analizy filozoficzne poświęcono osobie dopiero w średniowieczu, kiedy to rozpowszechniła się definicja, jaką zaproponował Boecjusz (480–524). Określił on osobę jako jednostkową substancję natury rozumnej¹⁹.

Nieco tylko ową definicję rozwinął św. Tomasz z Akwinu (1225–1274), który wskazał, że osobą jest wszelka jednostka natury rozumnej, a tym, co ją konstytuuje, jest zależny od Boga akt istnienia. Byt osobowy zdaniem Akwinaty jest najdoskonalszy

18 Por. T. Biesaga, *Godność osoby a normy etyczne*, w: *Spór o naturę ludzką*, red. A. Maryniarczyk, A. Gudaniec, K. Stępień, Lublin 2014, s. 568–569.

19 Por. J. Grzybowski, *Człowiek jako osoba w metafizyce św. Tomasza z Akwinu*, „Warszawskie Studia Teologiczne” 2003 nr 16, s. 204–205.

spośród doświadczanych przez nas jestestw przygodnych, gdyż jest czymś, co samoistnie bytuje w naturze rozumnej²⁰.

Zarówno św. Tomasz z Akwinu, jak i działający w późniejszym okresie scholastycy charakteryzowali osobę przy użyciu takich terminów jak: „rozumność”, „jedność i całkowitość”, „substancjalność”, „niezłączalność” oraz „istnienie-dla-siebie”. Warto pokrótce przybliżyć ich znaczenie w odniesieniu do opisu fenomenu osoby, gdyż ułatwi nam to zrozumienie, jakiego rodzaju jest ona bytem i jakie stanowisko zajmuje w uniwersum.

Mówiąc o rozumności osoby, mamy na myśli zdolność jednostki do zrozumienia siebie i otaczającego ją świata, z którym pozostaje w relacji i od którego w przemożnym stopniu jest uzależniona. Osoba jest zatem obecna (przytomna) przy każdym swoim akcie (czynnie), a zarazem okazuje się otwarta na poznanie wszystkiego innego, co nie jest nią samą.

Osoba ludzka odznacza się również jednością i całkowitością. Jedność ta uwidacznia się już na poziomie biologicznym, gdyż wszystkie części organizmu działają na rzecz większej całości – człowieka. Na płaszczyźnie psychicznej także występuje swoista jedność – „ja” psychiczne integrujące określone sposoby działania. Uprawnione jest też mówienie o „ja” stanowiącym centrum i ośrodek dyspozycyjny w stosunku do rzeczy zewnętrznych, nad którymi lepiej lub gorzej potrafi zapanować. To „ja” wzrasta z biegiem lat i zanika wraz z upadkiem sił u danego człowieka. Jednakowoż góruje nad nim „ja” ontologiczne, które warunkuje podmiotowość i całą w ogóle bytowość człowieka, odpowiadając w ostatniej instancji za całokształt ludzkich przeżyć biologicznych, psychicznych i duchowych. Dzięki temu osoba jawi się jako „ktoś”, a nie tylko „coś”, jak ma to miejsce w przypadku rzeczy. Trwa więc ona jako

20 Por. M. Jędraszewski, *Antropologia filozoficzna. Prolegomena i wybór tekstów*, Poznań 1991, s. 85.

zasada swoich aktów, za które jest odpowiedzialna jako jedyna i niepowtarzalna w czasie i przestrzeni jednostka – nigdy bowiem nie pojawi się druga taka istota, która byłaby z nią identyczna.

Ponadto jest bytem-w-sobie, wobec czego nie może być-w-drugim jako rodzaj atrybutu innego bytu. Stanowi byt substancjalny, czyli taki, który nigdy nie jest częścią czegoś innego i nie bytuje w innym bycie jako swym podłożu, tak jak dzieje się w wypadku przypadłości. Istnieje zatem względnie niezależnie (z wyjątkiem zależności od Boga jako Pierwszej Przyczyny), przez co mówimy, że człowiekowi przysługuje samoistność.

Będąc całością, osoba nie może łączyć się też z innymi przedmiotami jako ich część. Może ona coś przyjmować – chociażby nabywać wiedzę czy mieć przeszczepiony nowy narząd, np. wątrobę – ale jej samej nie da się połączyć z czymś innym tak, żeby stanowiła to, co ma zostać przyjęte, gdyż wiązałoby się to z zatrąceniem jej osobowości i ontologicznej niezależności. Określamy ją przeto mianem bytowo niezależnej.

Wreszcie osoba – co wydaje się najważniejsze w kontekście rozważań bioetycznych – odznacza się istnieniem-dla-siebie i celowością. Pojmujemy ją zatem jako cel sam w sobie, traktując cały porządek kosmiczny, społeczny, ekonomiczny i polityczny jako środek bądź instrument dla osoby i jej integralnego rozwoju. Święty Tomasz z Akwinu był w związku z tym zdania, że opatrność Boża stworzeniami rozumnymi opiekuje się ze względu na nie same, pozostałymi istotami zaś przez wzgląd na jestestwa rozumne²¹.

Widzimy więc, że osoba przewyższa swą rangą inne byty na Ziemi. Wobec tego intuicyjnie wyczuwamy, że jest od nich cenniejsza, co oczywiście nie deprecjonuje pozostałych istot, lecz po prostu nakazuje traktowanie jej ze szczególnym szacunkiem. Rzecz jasna wielokomórkowe organizmy eukariotyczne genetycznie niewiele

21 Por. M. Jędraszewski, *Antropologia filozoficzna*, dz. cyt., s. 86–88.

różnią się od człowieka. Pod tym względem podobni jesteśmy do drożdży bądź robaków, genom myszy zaś różni się od ludzkiego zaledwie o 300 genów. Fenotyp człowieka (manifestowane przezeń cechy) jest jednak wyraźnie odmienny niż w przypadku gryzonia bądź innego zwierzęcia. Jeżeli – jak stwierdził św. Tomasz z Akwinu – natura każdej rzeczy przejawia się w jej działalności, to trzeba skonstatować, że osoba ludzka, choć posiada stronę biologiczną swej egzystencji, zasadniczo wyłamuje się z porządku przyrodniczego, który przekracza za sprawą racjonalności, rozbudowanej świadomości, kompetencji językowych i poznania intelektualnego, uzdalniających ją do czynów kreatywnych i nowatorskich i opierających się w dużej mierze na rozbudowanej siatce pojęć abstrakcyjnych²².

Stanowisko antropologiczno-etyczne personalizmu nie jest tylko wyliczeniem niepoddających się dyskusji dogmatów, lecz opiera się na źródłowym doświadczeniu powinności moralnej wobec osoby, w zetknięciu z którą uświadamiamy sobie, że przedstawia ona wartość autoteliczną, domagającą się czynnej aprobaty. Stąd jeststwo ludzkie – jak zauważa Tadeusz Styczeń (1931–2010) – musi być przedmiotem wyrażanej czynem afirmacji dla niego samego. Urzeczowienie osoby i postawienie jej w roli środka oznaczałoby zignorowanie tego, czym (lepiej: kim) ona jest. Stanowi bowiem taki rodzaj dobra, które samo w sobie, a nie ze względu na coś odeń różnego, przedstawia cel godny afirmacji i troski²³.

Wszystko to sprawia, że człowieka nie można potraktować instrumentalnie. Nie ma on bowiem wartości użytkowej, lecz zaopatrzonej jest w niezbywalną wartość wsobną – stanowi cel sam

22 Por. G. Hołub, *Osoba w labiryncie decyzji moralnych. Bioetyka w perspektywie personalistycznej*, Kraków 2014, s. 47.

23 Por. T. Styczeń, *O głównym problemie etyki*, „*Studia Philosophiae Christianae*” 7 (1971) nr 1, s. 25–26.

w sobie. Realizuje się przy tym zarówno w porządku kosmologicznym (poprzez ciało), jak i personalistycznym (za sprawą wnętrza, subiektywności i relacyjności). Szczególna wartość osoby wiąże się zatem nie tylko z bogactwem jej życia psychicznego i duchowego, ale też somatycznego. Dzięki ciału jest ona przecież obecna w świecie, mogąc nawiązywać kontakt z przyrodą i innymi ludźmi. Kiedy więc mówimy, że wraz z zaistnieniem dana jest jej niestopniowalna i niezależna od późniejszych działań godność osobowa, której nie traci się na żadnym etapie życia, to utrzymujemy, iż odnosi się ona także do ludzkiego ciała²⁴.

4. Moralna strona zagadnienia

O tym, że stanowimy cielesno-psychiczno-duchową jedność²⁵, rzadko kiedy przekonujemy się tak dobitnie, jak właśnie w sytuacjach chorobowych, gdy nasze ciało nie domaga i w ślad za tym drastycznie pogarsza się komfort naszego życia. W przypadku nieuleczalnych chorób nowotworowych dochodzi do tego u pacjenta świadomość wysokiego prawdopodobieństwa lub nawet pewność rychłego odejścia. Dawka bólu, jaką przychodzi znosić jednostce w stadium terminalnym, okazuje się tak wysoka, że chory niejednokrotnie postrzega śmierć jako jedyną szansę uwolnienia się od przytłaczających okoliczności. Zdarza się, że pod naporem „bólu totalnego” osoba taka prosi bliskich lub pracowników ochrony zdrowia o eutanazję. Nie jest to jednak suwerenna wola pacjenta, gdyż pod naporem cierpienia zaburzeniu ulegają jego funkcje poznawcze. Banalne jest skonstatowanie faktu, że człowiek, który znalazł się w takiej sytuacji, staje się szczególnie

24 Por. T. Styczeń, *O głównym problemie...*, dz. cyt., s. 90–92.

25 Por. M. Gogacz, *Elementarz metafizyki*, Warszawa 1987, s. 166.

podrażniony emocjonalnie, a silny ból powoduje u niego wrażenie odarcia z godności. Traci on bowiem swoją dotychczasową pozycję społeczną i zawodową, przez co czuje się odrzucony. Naczelnym zadaniem opiekujących się nim specjalistów, otaczających go bliskich i wolontariuszy jest przeto przywrócenie mu wiary w to, że jest w pełni wartościową i tak samo cenną jak ludzie zdrowi istotą ludzką. Można to uczynić tylko przez nawiązanie z chorym autentycznego i bliskiego kontaktu osobowego.

Ważne jest jednak, aby w rozmowach z cierpiącymi na nieuleczalne choroby unikać pustych pocieszeń, pozbawionych podstaw w stanie faktycznym. Mówienie do chorego, że „będzie dobrze”, podczas gdy w rzeczywistości może być bardzo źle, okazuje się denerwujące. Nie do końca właściwe jest również wypowiadanie pod adresem pacjenta zdania: „Trzymaj się!”. Żaden chory nie chciałby tak naprawdę przechodzić przez ścieżkę cierpienia ani przedwcześnie umierać. Choroba poważnie ogranicza jednak zdolności decyzyjne indywiduum, tak iż to, czy „będziemy się trzymać”, nie zależy wówczas wyłącznie od nas. Czasami poziom bólu okazuje się na tyle wysoki, a skala dyskomfortu na tyle duża, że pacjent po prostu się załamuje i nie można obarczać go za to winą. Najlepszym rozwiązaniem wydaje się natomiast szczerść i autentyczność w kontaktach z nim. Jeśli boimy się o jego dalsze losy i przytłacza nas myśl o tym, że wkrótce może go zabraknąć, to należy mu to wyjawić. Tworzenie sobie użytecznej fikcji i życie złudzeniami, że z pewnością wyzdrowieje, oznaczałoby wszakże wypieranie ze świadomości faktu przemijania i byłoby próbą negocjowania śmierci, która jest przecież nieodłączną towarzyszką ziemskiej wędrówki człowieka. Zamiast tego lepiej jest zapewnić chorego o tym, że jest dla nas ważny, a w razie potrzeby może na nas liczyć, nawet w najbardziej prozaicznych sprawach. Nade wszystko istotne jest jednak szczere okazanie mu bliskości i powiedzenie mu o żywionych do niego uczuciach.

Chory na nowotwór odczuwa więc nie tylko ból fizyczny, ale cierpi też psychicznie i duchowo. Dlatego bardzo ważne jest udzielenie mu wsparcia psychoterapeutycznego. W skład zespołu hospicjum wchodzi więc oprócz lekarzy, pielęgniarzy i rehabilitantów także psychologowie i duszpasterze. W praktyce nic nie zastąpi jednak życzliwości okazywanej przez bliskich pacjenta – członków rodziny i przyjaciół. Stąd o szczęściu w nieszczęściu da się mówić w przypadku chorych mogących liczyć na współobecność życiowego partnera, brata, siostry lub po prostu oddanego przyjaciela, którzy nie zostawią ich w potrzebie, lecz wiernie trwać będą z nimi do końca. Samotność okazuje się prawdziwym przekleństwem nawet dla człowieka w pełni sił i zamożnego, a dla kogoś, kto popadł w tarapaty, może oznaczać gwóźdź do trumny. Dlatego bliskość oddanych ludzi – zwłaszcza w chwili ciężkiej choroby – jest bezcenna. Ułatwia bowiem nie tylko radzenie sobie z praktycznymi kwestiami w rodzaju umawiania wizyt w szpitalu lub hospicjum, ale sprawia też, że mamy autentyczne wsparcie emocjonalne, otuchę i poczucie, iż komuś na nas zależy. W szczególnie niekorzystnym położeniu znajdują się więc ci chorzy, którzy nie mogą liczyć na pomoc ze strony bliskich. Wówczas ogromne wyzwanie staje przed personelem hospicjum, który powinien dołożyć wszelkich starań, aby z osamotnionym pacjentem nawiązać szczerą oraz możliwie bliską i głęboką więź uczuciową. Co więcej, dysponujący ograniczonym czasem psychoterapeuci, pracownicy socjalni, kapłani i wolontariusze w pierwszej kolejności powinni zadbać o przeprowadzenie rozmów właśnie z tymi spośród chorych, którzy pozbawieni są uwagi rodziny bądź przyjaciół.

Zgodnie z podstawowymi założeniami bioetyki personalistycznej utrzymuje się, że każdemu człowiekowi – bez względu na wiek czy kondycję zdrowotną – przysługuje nienaruszalna godność osobowa. Wobec tego osoba umierająca, podobnie jak jednostka w pełni sił, zasługuje na bezwarunkowy szacunek. Nie można w stosunku

do niej przeprowadzać kalkulacji i traktować tak, jakby posiadała wartość li tylko utylitarną. Niedopuszczalne byłoby zatem podejście, w którym z uwagi na niedługi czas, jaki z dużym prawdopodobieństwem dzieli ją od śmierci, odmawiałoby się jej pomocy medycznej, niezbędnych leków czy środków pielęgnacyjnych. Człowiek z obniżoną sprawnością życiową i osłabiony przez chorobę wymaga szczególnego traktowania i wyjątkowej troski, tak aby do końca swych dni – w takim zakresie, w jakim jest to wykonalne – mógł prowadzić normalne i maksymalnie aktywne życie. Pozostawanie w stanie terminalnym czy agonalnym nie przekreśla wszakże jego wrodzonej i danej mu wraz z zaistnieniem godności ontycznej.

Jednakowoż nie oznacza to, że umierającemu nie można aplikować – nawet za cenę skrócenia życia – środków przeciwbólowych. Jeżeli celem, jaki wiążemy z ich podaniem, jest zredukowanie poziomu bólu, a śmierć nie jest czymś, na co w podejmowanym działaniu jesteśmy intencjonalnie ukierunkowani, lecz okazuje się następstwem zaledwie przez nas dopuszczanym i tolerowanym jako zdarzenie nieuniknione, to procedurę taką uznać należy za niebudzącą kontrowersji z moralnego punktu widzenia. Kategorycznie wzbronione są natomiast wszelkie praktyki eutanatyczne i przeprowadzanie kalkulacji, które polegałyby na szacowaniu, komu opłaca się pomoc przez wzgląd na jego wiek, stan zdrowia czy pozycję społeczno-ekonomiczną, a kto rzekomo na to nie zasługuje.

Przyjętym w medycynie sposobem postępowania jest również praktyka zasadzająca się na tym, że kiedy lekarz ma pewność, iż nie jest w stanie zapobiec śmierci chorego, i przewiduje bezskuteczność intensywnej terapii, to – z uwagi na respekt dla osoby umierającej – zaprzestaje uporczywego leczenia i akceptuje nieuchronność zgonu. Nawet w takiej sytuacji personel medyczny musi jednak kontynuować opiekę nad pacjentem, ale opartą na innych działaniach, które określa się mianem terapii proporcjonalnej. Taka procedura z perspektywy etyki personalistycznej jest moralnie godziwa i stanowi

przejaw afirmacji chorego, którego rozumie się jako integralny podmiot cieleśno-duchowy, będący jednocześnie bytem przygodnym i śmiertelnym. Umieranie jawi się wszakże jako proces normalny, wpisany w strukturę znanego nam świata. Medycyna i opieka paliatywna muszą więc respektować tę prawidłowość, zarówno nie przyspieszając celowo śmierci, jak i nie opóźniając jej za wszelką cenę, kosztem przydawania zbędnych cierpień choremu²⁶.

Nie można jednak zapomnieć, że każdy chory to inna, a zarazem niepowtarzalna osoba, która posiada unikalny bagaż doświadczeń i wypracowanych sposobów reakcji emocjonalnych. Stąd trudno jest udzielić mu wsparcia psychicznego i duchowego przy użyciu jakichś algorytmów, a nawet sztamowych porad zaczerpniętych z podręczników do psychologii. Tym, co może okazać się efektywnym wsparciem dla człowieka w stanie terminalnym, są empatia i życzliwość, a nade wszystko ofiarowanie mu swojej obecności – potrzymanie go za rękę, przytulenie, miła rozmowa i okazanie miłości. W sposób szczególnie ostrożny i z odpowiednim wyczuciem musi także przebiegać informowanie pacjenta terminalnie chorego o jego stanie zdrowia i rokowaniach. Podając mu określone wiadomości, trzeba uwzględnić najważniejsze rysy jego osobowości, zajmowaną przez niego pozycję społeczną i posiadane wykształcenie²⁷.

Podsumowanie

Nie ulega wątpliwości, że pomoc osobie znajdującej się w terminalnym, a następnie agonalnym stadium choroby nowotworowej –

26 Por. J. Umiastowski, *Medycyna paliatywna*, w: *Encyklopedia bioetyki*, red. A. Muszala, Radom 2005, s. 291–292.

27 Por. M. Kliś, *Rola empatii w życiu rodziny*, „Państwo i Społeczeństwo” 15 (2015) nr 4, s. 54–56.

jeżeli świadczona jest z należytą starannością – może uchodzić za pierwszorzędny przejaw bezinteresownej miłości bliźniego, w związku z czym powinna być promowana, natomiast jej zorganizowane formy, np. w postaci ruchu hospicyjnego, warto hojnie dotować ze środków publicznych. Wyjątkowo trudne położenie człowieka umierającego stanowi wyzwanie nie tylko dla niego samego, nie jest on bowiem samotną wyspą, lecz także dla jego bliskich (członków rodziny i przyjaciół) oraz dla pracowników ochrony zdrowia – głównie lekarzy, a w większym jeszcze stopniu częściej obcujących z nim pielęgniarek, psychoterapeutów, kapłanów i wolontariuszy. Aby dobrze realizowali oni swoją posługę wobec potrzebujących ich pomocy chorych, muszą w pewnym sensie wyjść poza swoje role zawodowe i stać się przede wszystkim współczującymi i darzącymi bliźnich głębokim uczuciem ludźmi. Tego typu kompetencji nie nauczy najlepsza nawet szkoła wyższa. Empatię i współodczuwanie możemy wszakże wynieść na wyższy poziom tylko wtedy, gdy podejmiemy pogłębioną refleksję nad otaczającą nas rzeczywistością przyrodniczą i społeczną, a w konsekwencji dojdziemy do przekonania, że świat osób i wszystko, co umożliwia jego trwanie, zasługują na ochronę i troskę. Tylko wówczas uda się zdać swoisty egzamin z człowieczeństwa, którego pomyślne przejście zapewni życzliwe i miłosierne ustosunkowanie się do osób słabych i chorych.

Wybrana bibliografia

1. Choromański A., *Osoba ludzka jako „byt relacyjny” – antropologiczne fundamenty eklezjologii Soboru Watykańskiego II*, „Studia Teologii Dogmatycznej” 2015 nr 1, s. 58–87.
2. Ćwiertniak T., *Człowiek i jego prawa w ujęciu Mieczysława A. Krąpca*, „Folia Philosophica” 2018 nr 40, s. 53–84.

3. *Encyklopedia bioetyki*, red. A. Muszala, Radom 2005.
4. *Encyklopedia filozofii przyrody*, red. Z. E. Roskal, Lublin 2016.
5. Gogacz M., *Elementarz metafizyki*, Warszawa 1987.
6. Grzybowski J., *Człowiek jako osoba w metafizyce św. Tomasa z Akwinu*, „Warszawskie Studia Teologiczne” 2003 nr 16, s. 201–229.
7. Hołub G., *Osoba w labiryncie decyzji moralnych. Bioetyka w perspektywie personalistycznej*, Kraków 2014.
8. Hugon É., *Zasady filozofii. Dwadzieścia cztery tezy tomistyczne*, tłum. A. Żychliński, Warszawa 2015.
9. Jarosz J., *Opieka paliatywna we współczesnej onkologii*, „Postępy Nauk Medycznych” 2011 nr 2, s. 156–162.
10. Jędraszewski M., *Antropologia filozoficzna. Prolegomena i wybór tekstów*, Poznań 1991.
11. Kliś M., *Rola empatii w życiu rodziny*, „Państwo i Społeczeństwo” 15 (2015) nr 4, s. 53–67.
12. Koral J., *Istota opieki paliatywnej*, „Seminare. Poszukiwania naukowe” 2003 nr 19, s. 261–270.
13. Kotlińska-Lemieszek A., Łuczak J., *Opieka paliatywna / hospicyjna / medycyna paliatywna*, „Nowiny Lekarskie” 2011 nr 80, s. 3–15.
14. Kowalczyk M., *Opieka paliatywna jako jedna z form opieki nad pacjentem terminalnie chorym*, „Państwo i Społeczeństwo” 12 (2012) nr 2, s. 73–82.
15. Kowalczyk S., *Metafizyka ogólna*, Lublin 1997.
16. Kuczyński T., *Istnienie świata. Czy wystarczą wyjaśnienia przyrodników?*, Kraków 2010.
17. Murzyn M., *Oblicza zła*, „Traditio” 2019 nr 11, s. 4–8.
18. *Nauka i wiedza kluczem do poznania świata*, cz. 3, red. S. Ejdyś, P. Staszak, Waleńczów 2019.
19. *Spór o naturę ludzką*, red. A. Maryniarczyk, A. Gudaniec, K. Stępień, Lublin 2014.

20. Stępień A. B., *Wprowadzenie do metafizyki*, Kraków 1964.
21. Styczeń T., *O głównym problemie etyki*, „*Studia Philosophiae Christianae*” 7 (1971) nr 1, s. 5–54.
22. Wicka J., *Ból i cierpienie – interdyscyplinarny przegląd stanowisk*, „*Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*” 2012 nr 2, s. 301–310.
23. Wyrwicz L., Wysocki P., Zyśk R., *Rak jelita grubego – społeczne znaczenie zmian w zakresie epidemiologii i możliwości leczenia w Polsce*, „*Onkologia w Praktyce Klinicznej*” 10 (2014) nr 4, s. 212–223.