

ENCYKLOPEDIA BIOETYKI

Personalizm chrześcijański
Głos Kościoła

Redakcja
Andrzej Muszala



Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne
Radom 2005

Projekt okładki: Zbigniew Karaszewski
Korekta: Marzena Winiarczyk
Skład: Monika Strachowska

ISBN 83-89862-42-5

© Copyright by Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2005

Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne
26-606 Radom, ul. Wiejska 21
tel./fax (48) 366 56 23, 384 66 66
e-mail: polwen@polwen.pl
<http://www.polwen.pl>

Druk:
Zakład Graficzny COLONEL sp. j.
30-532 Kraków, ul. Dąbrowskiego 16
tel. (12) 423-66-66, e-mail: biuro@colonel.com.pl

J

JAKOŚĆ ŻYCIA (ang. *quality of life*) – przyjęty standard biologicznego, psychicznego, osobowościowego, społecznego i ekonomicznego funkcjonowania człowieka, wg którego chce się rozstrzygnąć, kto jest warty, a kto niewarty życia.

J.ż., w odróżnieniu od wsobnej wartości, godności czy → świętości życia ludzkiego (*dignity, sanctity of life*), proponuje się we współczesnej → bioetyce jako zasadę oceniającą i normatywną w podejmowaniu trudnych i konfliktowych decyzji klinicznych, dotyczących kontynuowania czy zaniechania terapii medycznej, a nawet czynnego zakończenia czyjś życia przez → aborcję czy → eutanazję.

1. DEFINICJE JAKOŚCI ŻYCIA

Kryterium j.ż. jest niejednoznaczne. Niezdefiniowane pozostaje w nim pojęcie → „życie”. Ci, którzy używają tego określenia, posługują się dualistycznym rozbięciem życia ludzkiego na życie biologiczne i życie osobowe. Pod pojęciem „j.ż.” rozumieją albo pewną własność, albo wiele wskazanych przez siebie własności bądź tylko życia biologicznego bądź tylko życia osobowego, bądź jednego i drugiego. Traktują oni wyliczane własności jako decydujące o człowieczeństwie istoty ludzkiej. Ich brak uspra-

wiedliwia wykluczenie jednostki z grona ludzi i pozbawienie jej prawa do życia.

J. Fletcher w swej liberalistycznej i konsekwencjalistycznej etyce wymienia 15 istotowych własności człowieczeństwa człowieka, m.in.: samoświadomość, rozumienie przyszłości i przeszłości, zrównoważenie emocjonalne, zdolność do panowania nad sobą, zdolność nawiązywania kontaktów z innymi, umiejętność troski o innych, ciekawość. Jego zdaniem, brak kilku z tych określników u noworodka lub dorosłego z ciężkimi upośledzeniami świadczy o niskiej j.ż. i uprawnia do zaniechania terapii, nawet w przypadku niebezpieczeństwa → śmierci.

R.A. McCormick wymienia tylko jedną jakość wymaganą dla rozwijania życia osobowego i dającą prawo do życia i do terapii. Jest nią „potencjalna zdolność do ludzkich relacji” (*potential for human relationships*). Z tego punktu widzenia dziecko z zespołem Downa posiada taką zdolność, ale anencefaliczny noworodek (→ bezmózgowie) już nie.

E. Shelp za podstawowe jakościowe wymaganie uznaje „minimalną niezależność w stosunku do otoczenia” (*minimal independence*). Składa się na nią zdolność do kontaktów i porozumienia się z innymi, możliwość ubierania się, dokonywania zabiegów higienicznych i spożywania posiłków.

J. Walter sądzi, że j.ż. wyznaczona jest relacją między „medyczną kondycją pacjenta” (*medical condition of the patient*) a „jego zdolnością do realizacji ludzkich celów” (*to pursue human purposes*). Chodzi zarówno o cele materialne, społeczne, jak i moralne i duchowe, które transcendują życie fizyczne, biologiczne. Jego zdaniem, sam → pacjent może ocenić, czy w oparciu o swą kondycję medyczną może on

na odpowiednim poziomie realizować ważne dla niego wartości.

2. ZASADA JAKOŚCI JAKO NORMA WYKLUCZAJĄCA

Propagatorzy zasady j.ż. formułują różne katalogi cech życia fizycznego lub osobowego, traktując je jako kryteria bycia człowiekiem, osobą czy podmiotem. Z pozycji występowania lub braku tych cech formułują zalecenia normatywne (Fletcher, H. Engelhardt, P. Singer). Brak cech uznanych za definiujące człowieczeństwo pozbawia pacjenta podmiotowości i prawa do opieki medycznej. Zwolennicy teorii j.ż. prawie powszechnie łączą ją z konsekwencjonalistycznym rachunkiem zysków i strat (Fletcher, Shelp). W rachunku tym może przeważać albo interes pacjenta, albo interes społeczny. Zdaniem Shelpa, jeśli noworodek, ze względu na jego schorzenia, nie daje nadziei, że w przyszłości osiągnie minimalną niezależność, jego rodzice nie mają obowiązku poddać go leczeniu. W tym wypadku trzeba bowiem zastosować rachunek korzyści społecznych: w kalkulacji nie powinien przeważać interes ciężko niepełnosprawnego dziecka nad interesem jego rodziców czy interesem społecznym. Jeżeli ciężary narzucone przez takie dziecko są nieproporcjonalne do korzyści społecznych, to moralnie usprawiedliwione jest przerwanie jego leczenia. Tego typu rachunek korzyści społecznych staje się, zdaniem jego krytyków (np. W Aiken), sposobem wykluczania pewnych ludzi ze społeczności i pozbawiania ich prawa do terapii i do życia.

Aby uniknąć powyższych zarzutów, inni bioetycy (McCormick) proponują formułowanie sądu o j.ż. oraz o najlepszej korzyści i najlepszym interesie pacjenta z jego punktu widzenia, a nie

punktu widzenia społeczności (*patient-center way of discovering the best interests of a patient*). Pacjent, świadomy swej kondycji zdrowotnej, niepełnosprawności czy zagrożenia życia, potrafi zdecydować, czy podjąć terapię, czy nie. W tym podejściu nie podważa się wartości życia każdego człowieka, ale dopuszcza się, aby sam pacjent, rozważając dobrodziejstwa i ciężary związane z leczeniem, decydował, czy ma obowiązek moralny poddać się terapii, czy nie. Odwoływanie się jednak do autonomii pacjenta w określaniu jego najlepszego interesu jest możliwe jedynie, gdy jest on świadomy i zdolny do obiektywnej oceny swego stanu zdrowia i swego dobra. Dlatego zdaniem P. Ramseya, używanie kryteriów jakościowych uprawnione jest tylko w przypadkach pacjentów świadomych decydujących o sobie; nie jest natomiast uprawnione wobec pacjentów, którzy nie mogą w nich uczestniczyć.

Zwolennicy teorii j.ż. chcą stosować kryteria jakościowe wobec pacjentów terminalnie chorych, będących w permanentnym stanie utraty świadomości. Chcą za nich oceniać ich stan jakościowy i formułować, co jest dla nich najlepszym interesem. Sądzą, że bez takich ocen i decyzji pacjent będzie skazany na niepotrzebne → cierpienie, którego z pewnością by nie chciał, gdyby był zdolny do decydowania.

Mimo tego „wczuwania się” w sytuację nieświadomego pacjenta, w kalkulacjach jakościowych przeważa analiza ciężarów spowodowanych jego stanem dla rodziny, szpitala, społeczeństwa i państwa. R. Sparks sądzi, że konflikt między najlepszym interesem pacjenta a najlepszym interesem społeczności da się pogodzić, kiedy sformułuje się, na czym polega totalny najlepszy interes (*total best interest*). Ma

on zawierać w sobie zarówno kalkulację ciężarów doświadczanych przez pacjenta, jak i przez rodzinę, społeczność, państwo. W rachunku takim należy unikać konfliktu interesu pacjenta i interesu społecznego, a zdążać w kierunku obopólnej korzyści. Oczekuje się, że pacjent, stosując taki wyważony rachunek, sam dostrzeże, że jego najlepszy interes nie zrealizuje się, kiedy będzie związany z nieproporcjonalnymi ciężarami narzuconymi na tych, którzy się nim opiekują.

Porównując kryteria jakościowe z kryterium zwyczajnych i nadzwyczajnych środków leczniczych można zauważyć, że w drugim przypadku unika się zarzutu podważania wartości życia pacjenta. W kryterium tym uwaga skupiona jest bowiem nie tyle na stanie pacjenta, co raczej na możliwościach współczesnej → medycyny. Lekarz zobligowany jest moralnie do stosowania środków zwyczajnych, zaś pozostawia się mu wolny wybór co do środków nadzwyczajnych.

3. ZAŁOŻENIA ANTROPOLOGICZNO-ETYCZNE ZASADY JAKOŚCI ŻYCIA

Posługiwanie się zasadą j.ż. wygląda inaczej w przypadku dostrzeżenia niepodważalnej wartości, godności czy świętości życia każdego człowieka, a inaczej gdy taką wartość się podważa. W pierwszym przypadku służy ona do określania warunków biologicznych, psychologicznych, społecznych czy ekonomicznych, w jakich znalazł się chory człowiek. W drugim, ze względu na te warunki, pozbawia się go podmiotowości, a w konsekwencji wyklucza ze społeczności, odmawia mu się terapii i skazuje na śmierć.

Za takim stanowiskiem kryją się naturalistyczne antropologie empiryczne,

które nie posługują się ontycznym pojęciem człowieka, czy życia ludzkiego, lecz deskryptywnymi, fenomenalistycznymi, funkcjonalistycznymi definicjami osoby ludzkiej. Uzależniają one w ten sposób bycie osobą czy podmiotem od zachodzenia pewnych biologicznych, psychologicznych, świadomościowych lub społecznych przejawów natury ludzkiej. Brak tych przejawów wyklucza pewnych ludzi z grona osób i pozbawia ich prawa do terapii i do życia. Tymczasem przejawy te są czymś wtórnym w stosunku do natury i godności bycia człowiekiem (R. Spaemann).

Podważanie wartości istnienia życia indywidualnego człowieka propaguje etyka utylitarystyczna. Rachunek konsekwencjonalistyczny uprzedmiotawia osobę ludzką i podporządkowuje ją interesom społecznym i politycznym. Społeczność zaczyna segregować ludzi na tych, którzy są warci życia, a którzy nie. W tej wersji spór między etyką świętości życia a etyką j.ż. jest sporem między → kulturą życia a → kulturą śmierci. Jedynie na gruncie wrodzonej i niezbywalnej godności każdej istoty ludzkiej jesteśmy równi i możemy budować cywilizację miłości.

4. GŁOS KOŚCIOŁA

Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*: „Stajemy w obliczu jednego z najbardziej niepokojących objawów «kultury śmierci», szerzącej się zwłaszcza w społeczeństwach dobrobytu, charakteryzujących się mentalnością nastawioną na wydajność, według której obecność coraz liczniejszych ludzi starych i niesprawnych wydaje się zbyt kosztowna i uciążliwa. Ludzie ci bardzo często są izolowani przez rodziny i społeczeństwo, kierujące się prawie wyłącznie kryteriami wydajności produkcyjnej, wedle których życie

nieodwracalnie upośledzone nie ma już żadnej wartości” (64).

LITERATURA

EV, DV; The Pontifical Academy for Life: *The Culture of Life: Foundations and Dimensions*, Vatican City 2002; *The Nature and Dignity of the Human Person as the Foundation of the Right to Life. The Challenges of the Contemporary Cultural Context*, Vatican City 2003.

T. Biesaga, *Pojęcie osoby a zasada jakości życia we współczesnej bioetyce*, (w:) Z. Morawiec (red.), *Ocalić cywilizację – ocalić ludzkie życie*, Kraków 2002; tenże, *Wartość życia ludzkiego w ujęciu etyki personalistycznej*, „Seminare” t. 19 (2003); J. Fletcher, *Indicators of Humanhood: A Tentative Profile of Man*, „Hastings Center Report” 1972 vol. 2 no. 5; R.A. McCormick, *The Quality of Life, the Sanctity of Life*, „Hastings Center Report” 1978 vol. 8 no. 1; J. Ke-

own, *The Legal Revolution: from „sanctity of life” to „quality of life” and „autonomy”*, (w:) L. Gormally (red.), *Issues for a Catholic Bioethics*, London–Linacre Centre 1999; P. Ramsey, *Ethics at the Edges of Life: Medical and Legal Intersections*, Yale University Press, New Haven 1978; E.E. Shelp, *Born to Die? Deciding the Fate of Critically Ill Newborns*, Free Press, New York 1986; P. Singer, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, Warszawa 1997; R.C. Sparks, *To Treat or Not to Treat: Bioethics and the Handicapped Newborn*, Paulist Press, New York 1988; J.J. Walter, *Quality of Life in Clinical decisions*, (w:) S.G. Post (red.), *Encyclopedia of Bioethics*, New York–London–Munich 2003³; tenże, *The Meaning and Validity of Quality of Life Judgments in Contemporary Roman Catholic Medical Ethics*, „Louvain Studies” 13(1988).

Tadeusz Biesaga