

# Adam Świeżyński

---

## Śmierć, której rzucamy wyzwanie : wybrane problemy leczenia i opieki nad pacjentami terminalnie chorymi i umierającymi

---

Collectanea Theologica 69/4, 71-95

---

1999

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

ADAM ŚWIEŻYŃSKI, GDAŃSK

**ŚMIERĆ, KTÓREJ RZUCAMY WYZWANIE.  
WYBRANE PROBLEMY LECZENIA I OPIEKI NAD PACJENTAMI  
TERMINALNIE CHORYMI I UMIERAJĄCYMI**

Zasada poszanowania życia ludzkiego praktycznie stosowana jest bardziej do fizycznej strony egzystencji człowieka niż do jej specyficznie ludzkich aspektów. Poszanowanie życia interpretuje się najczęściej jedynie jako nieodbieranie komuś życia, pomaganie mu w jego utrzymaniu lub walkę o nie do samego końca. Jednak przedłużanie procesu umierania może być sensowne i do zaakceptowania tylko wtedy, gdy służy określonym ludzkim wartościom. Pomocy udzielanej pacjentowi nie określa to, co jest konieczne albo pożądane dla życia tylko fizycznego, lecz ostatecznie to, czym służy się mu jako człowiekowi.

Wyzwanie, rzucane zjawisku śmierci, często ogranicza się właśnie do walki o zachowanie życia śmiertelnie chorego pacjenta. Biegunowo przeciwną postawą jest całkowita bierność i rezygnacja z jakiegokolwiek zaangażowania na rzecz człowieka umierającego. Pomiędzy tymi dwiema skrajnymi postawami istnieje jeszcze forma „rzucenia wyzwania śmierci” przez pomoc umierającemu w godnym i bezbolesnym przekroczeniu owej „granicy życia”<sup>1</sup>. Trudność stanowi jednak przetrwanie czasu poprzedzającego śmierć, w sytuacji, gdy nie ma już możliwości działania. Gdy bowiem okazuje się, że „nic już nie da się zrobić” w walce z chorobą, często pojawia się zawód.

Społeczność, która nie potrafi zdobyć się na opiekę nad umierającymi, daje świadectwo tego, jak nisko ceni sobie ludzkie życie<sup>2</sup>. W opiece tej nie chodzi już o „zrobienie czegoś”, ale o „bycie razem z”, ryzykując

<sup>1</sup> Tak zatytułował swoją książkę o dylematach współczesnej bioetyki T. Ślipko, *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*, Kraków 1994.

<sup>2</sup> Podobną myśl wyraziła C. Saunders, propagatorka opieki hospicyjnej; por. Ch. Barnard, *Godne życie, godna śmierć*, tłum. J.K. Kelus, Warszawa 1996, s. 31.

trudne, a nawet wstrząsające przeżycia spowodowane taką bliskością<sup>3</sup>. W opinii Ch. Barnarda współczesne społeczeństwo domaga się trzech rzeczy: aby lekarze nie byli bezdusznymi naukowcami, lecz kierowali się zasadami humanitaryzmu; aby aparatura podtrzymująca życie i inne wyrafinowane techniki medyczne nie były stosowane wtedy, gdy nie ma nadziei na wyleczenie; i wreszcie, by w przypadkach, gdy pacjent cierpi dotkliwy ból, bezwzględnie dostawał odpowiednie środki przynoszące ulgę (nawet w sytuacji, kiedy mogą one w efekcie skrócić mu życie)<sup>4</sup>. Należy zatem rozważyć słuszność zgłaszanych postulatów, uwzględniając kwestie medyczne i etyczne związane z możliwościami przedłużania życia ludzi umierających.

### Granice ratowania życia

Każdy człowiek ma prawo do śmierci, kiedy nadszedł jego czas. Ale wyrażenie to oznacza także, że nikomu nie wolno skrócić tego procesu umierania w sposób nieuzasadniony lub wbrew woli pacjenta. W tym sensie prawo do śmierci wynika bezpośrednio z prawa do życia. W praktyce często powstają trudności w kwestiach związanych z przedłużaniem lub skracaniem życia. Dotyczy to między innymi takich zagadnień etycznych, jak: obowiązku podtrzymywania ludzkiego życia, granicy jego przedłużania, wyrażonej przez pacjenta odmowy podjęcia próby przedłużenia życia.

### Choroba uleczalna i nieuleczalna

Choroba zawsze pozostaje w jakiejś relacji do śmierci. W jednym przypadku będzie to relacja do tzw. śmierci patologicznej<sup>5</sup>. Zachodzi ona, gdy śmierci można uniknąć pod warunkiem zastosowania odpowiedniego leczenia. Związek pomiędzy chorobą a śmiercią nie jest tu konieczny (uleczalna postać choroby). Istnieją jednak sytuacje, kiedy choroba ma postać nie tylko chroniczną (choroba niewyleczalna), ale ponadto zmierza już nieuchronnie i nieodwracalnie ku dającej się przewidzieć śmierci.

---

<sup>3</sup>P. Vespieren, *Eutanazja – otwarte drzwi?* tłum. T. Kot, *Przegląd Powszechny* 10 (854) 1992, s. 101.

<sup>4</sup>Ch. Barnard, *Godne życie...*, s. 80.

<sup>5</sup>T. Ślipko, *Granice...*, s. 341.

ci. W takim przypadku jest ona ostatnim etapem życia, a jego końcem staje się tzw. śmierć naturalna. Chorobę powodującą tę śmierć określamy mianem „choroby nieuleczalnej”<sup>6</sup>.

Współczesny rozwój techniki medycznej rozszerzył zasięg śmierci patologicznej (wzrasta liczba chorób wyleczalnych), zaś trwanie śmierci naturalnej wydłużyło się (stosowanie technik reanimacyjnych). Lekarze mają obecnie wiele możliwości przedłużania życia człowieka i „zwalczania” śmierci: od zastosowania antybiotyków aż po przeszczepianie organów<sup>7</sup>. W obliczu choroby nieuleczalnej dysponują oni potężnymi środkami komplikowania procesów umierania i agonii, ich sztucznego wydłużania oraz dzielenia na procesy cząstkowe lub zastępcze<sup>8</sup>. Taki stan może trwać przez całe lata dzięki przewyciężaniu kolejnych epizodów agonalnych. Wspomnianych możliwości jest tak wiele, że istnieje realne niebezpieczeństwo popełnienia nowych wykroczeń wobec człowieka i jego godności osobowej.

Granica oddzielająca chorobę uleczalną od nieuleczalnej stwarza poważny problem diagnozy: czy ma się do czynienia z przypadkiem choroby odwracalnej, czy może chory wchodzi już w stan nieodwracalnego umierania wiodącego wprost do śmierci. Opinia publiczna zwykle usiłuje przekonać, że poza podeszłą starością śmierć stanowi niesprawiedliwość<sup>9</sup>. Jedyne śmierć starca w bardzo późnym wieku bywa uważana za śmierć naturalną, ale pod warunkiem że nie powoduje jej wypadek albo łątwa do rozpoznania choroba<sup>10</sup>. W umyśle współczesnego człowieka zakodowany został postulat obowiązkowego triumfowania nad chorobą. Jeśli „zdarzył mu się umrzeć”, to tylko dlatego, że nauka nie odkryła jesz-

<sup>6</sup> Tamże.

<sup>7</sup> Jeszcze do I wojny światowej tyfus był chorobą uśmiercającą tysiące ludzi. Dziś można go uniknąć dzięki szczepionkom. Ostatnia epidemia cholery w Europie miała miejsce w 1892 r. Obecnie trudno nawet wyobrazić sobie jej dziesiątkującą ludność miast siłą. Dzisiaj wiadomo, że kolka z wymiotami kałowymi, to „tylko” niedrożność spowodowana skrętem jelita. Chory zostaje operowany i w tydzień potem o wszystkim zapomina; J. Brehant, *Thanatos, Chory i lekarz w obliczu śmierci*, tłum. U. Sudolska, Warszawa 1980, s. 147, por. T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, Warszawa 1973, s. 64.

<sup>8</sup> Chodzi tu o zabiegi ratujące życie, tzw. life-saving lub przedłużające je poza jego naturalne granice, tzw. life-extending; zob. F. Antonelli, *Oblicza śmierci. Jak kształtować właściwą postawę wobec śmierci?* tłum. J. Dębska, Kraków 1995, s. 77.

<sup>9</sup> Także starzenie uważa się obecnie za genetycznie kontrolowany proces, na który można wpływać, a nawet nim kierować za pomocą odpowiedniego odżywiania, zasad higieny psychicznej i środków farmakologicznych; por. K. Wiśniewska-Roszkowska, *Medycyna w walce ze starością*, Warszawa 1964, s. 30.

<sup>10</sup> T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, s. 6.

cze sposobu, aby go uzdrowić. Zaś odkrycie go jest jedynie kwestią czasu oraz nakładu środków i sił zajmujących się tym naukowców<sup>11</sup>. Z trudem akceptowany jest fakt, że lekarz potrafi wyciągnąć chorego z niebezpieczeństwa, lecz nie może uchronić go przed śmiercią. „Można powiedzieć, że dzisiaj choroba odczuwana jest jako kłopotliwy epizod. Odzwyczajiliśmy chorych od perspektywy śmierci i moglibyśmy sobie powinszować, gdyby taka postawa nie prowadziła do licznych rozczarowań”<sup>12</sup>. Należy zatem wziąć pod uwagę ów nieodwracalny fakt niezwykłości śmierci<sup>13</sup>. Obok wszystkich osiągnięć medycyny istnieją punkty graniczne, w których działania lekarza nie rokują żadnej „zdrowiotwórczej” nadziei<sup>14</sup>. „Lekarz może diagnozować i leczyć choroby, owszem, jest nawet w stanie odroczyć moment śmierci, ale nie w nieskończoność, w końcu przychodzi bowiem czas, kiedy życie kończy się a on nie jest już w stanie temu zapobiec”<sup>15</sup>.

Wyróżnione sytuacje choroby uleczalnej i nieuleczalnej warunkują dwojaki rodzaj postępowania lekarza. W każdym przypadku choroby uleczalnej lekarz jest zobowiązany do zastosowania wszystkich działań służących zdrowiu pacjenta<sup>16</sup>. Natomiast gdy staje w obliczu choroby śmiertelnej, jego obowiązek ogranicza się do podjęcia dostępnych mu działań analgetycznych<sup>17</sup> i opieki paliatywnej<sup>18</sup>.

<sup>11</sup> Por. B. Kastory, *Starzenie kontrolowane*, Spotkania 18 (122) 1993, s. 32-33.

<sup>12</sup> J. Brehant, *Thanatos...*, s. 148.

<sup>13</sup> Jeden z umierających pacjentów skomentował swój stan następująco: „Parowóz się zepsuł, czas, aby maszynista go opuścił”, zob. Ch. Barnard, *Godne życie...*, s. 80.

<sup>14</sup> T. Ślipko, *Granice...*, s. 342.

<sup>15</sup> Ch. Barnard, *Godne życie...*, s. 72.

<sup>16</sup> T. Ślipko, *Granice...*, s. 342.

<sup>17</sup> „Działania analgetyczne – działania przeciwbólowe; ich zadaniem jest uśmierzanie bólu przez stosowanie odpowiednich środków farmakologicznych począwszy od łagodnie działających i stosunkowo bezpiecznych, jak np. paracetamol, po bardzo silne i niebezpieczne, jak np. leki narkotyczne” – R.M. Youngson, *Medycyna. Słownik encyklopedyczny*, tłum. W. Grzybowski, A. Grzybowski, Warszawa 1997, s. 20. W tym przypadku chodzi o działania analgetyczne rozumiane w znaczeniu nieco szerszym aniżeli analgetyczne skutki środków znieczulających.

<sup>18</sup> Paliatywna czyli ukojenkowa, uśmierzająca, przynosząca okresową ulgę, ale nie usuwająca bezpowrotnie choroby (*pallium* to obszerny, otulający płaszcz grecki; opieka paliatywna charakteryzuje się właśnie wszechstronnością i całościowością). Skupia się na technikach likwidacji bólu i innych przykrych doznań pacjenta związanych z chorobą, choć samo schorzenie pozostaje nieuleczalne; zob. M. Abiven, *Accompagner la mort*, Etudes 11(1986), s. 465-478.

## Środki zwyczajne i nadzwyczajne ratowania życia

Papież Pius XII w swoich wypowiedziach na temat etyki lekarskiej stwierdził, że lekarz nie jest w sposób absolutny zobowiązany do stosowania w każdym przypadku nadzwyczajnych środków służących ratowaniu życia ludzkiego<sup>19</sup>. Środki nadzwyczajne zdefiniował jako takie, które pociągają za sobą niepotrzebny ból, wydatki i inne uciążliwe niedogodności, nie dając jednocześnie specjalnej nadziei na poprawę<sup>20</sup>.

Podobnie ujmuje tę kwestię *Kodeks Etyki Lekarskiej*, który mówi: „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji (...) i stosowania środków nadzwyczajnych. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych”<sup>21</sup>.

Zwyczajne środki ratowania życia obejmują wszystkie leki i sposoby leczenia, po których można w sposób uzasadniony spodziewać się korzyści dla pacjenta, i które można uzyskać lub zastosować bez nadmiernych kosztów i niedogodności dla niego<sup>22</sup>. Natomiast środki nadzwyczajne obejmują te leki i sposoby leczenia, których nie można osiągnąć bez szczególnie dużych kosztów lub innych niedogodności, albo które w przypadku zastosowania nie dają uzasadnionej nadziei, że przyniosą oczekiwaną korzyść<sup>23</sup>. Inaczej mówiąc, środkiem nadzwyczajnym jest to wszystko, co tu i teraz jest bardzo kosztowne, niezwykle, bolesne, trudne lub bardzo niebezpieczne, albo to, czego użycie nie zapewnia pozytywnych skutków, proporcjonalnych do trudności i niedogodności jakie za sobą pociąga<sup>24</sup>.

<sup>19</sup> Pius XII, *Przemówienie na temat reanimacji* (24 XI 1957), AAS49(1957), s. 1027-1033.

<sup>20</sup> *Tamże*.

<sup>21</sup> Naczelna Rada Lekarska, *Kodeks Etyki Lekarskiej*, w: M. Nestorowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 1998, art. 31, s. 189; por. Światowe Stowarzyszenie Lekarzy, *Deklaracja z Wenecji z 1983 r.*, zob. R. Gillon, *Etyka lekarska, Problemy filozoficzne*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, Warszawa 1997, s. 21.

<sup>22</sup> P. Ramsey, *Pacjent jest osobą*, tłum. S. Łypaciewicz, Warszawa 1997, s. 150.

<sup>23</sup> G. Kelly, *The Duty to Preserve Life*, *Theological Studies* 12 (1951), s. 550, cyt. za T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzyński, Warszawa 1996, s. 214.

<sup>24</sup> Zob. S. Kornas, *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej*, Częstochowa 1986, s. 234. Inni autorzy mówią o opiece podstawowej (*ordinary*) i opiece szczególnej (*extraordinary*), zob. H.P. Dunn, *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*, tłum. B. Opolska-Kokoszka, M. Namysłowska, Tarnów 1997, s. 79-81; lub o środkach proporcjonalnych i nieproporcjonalnych, zob. R. Gillon, *Etyka lekarska...*, s. 156.

Lekarze posługują się określeniami „zabieg zwykły – zabieg niezwykły” w zależności od stanu wiedzy medycznej i sztuki leczenia; od tego, czy dany środek leczniczy stał się zwykłą praktyką lekarską czy też nie<sup>25</sup>. Z medycznego punktu widzenia zabieg niezwykły może stać się zwykłym w miarę postępu medycyny. Jednak nakaz lekarski powinien ulegać zmianie w zależności od stanu pacjenta i jego „postępu”, bez względu na to, w jakim stopniu dany środek leczniczy jest zwykły dla innych pacjentów lub dla tego samego pacjenta w innym czasie i okolicznościach<sup>26</sup>. W najlepszym więc razie omawiana dystynkcja powinna zostać zastąpiona koncepcją leczenia obowiązkowego i nieobowiązkowego, opartej na bilansie złych i dobrych następstw terapii dla pacjenta<sup>27</sup>.

Istnieje tendencja do nazywania nadzwyczajnych wysiłków lekarskich heroicznymi. Powodem tego jest z jednej strony fakt, iż lekarze mogą narazić się na proces sądowy z powodu niewłaściwego leczenia (jeżeli zbyt odstępia od zwykłej praktyki lekarskiej), a z drugiej strony świadomość, że nakazem lekarskim jest czynić to wszystko, na co wiedza medyczna wskazuje jako na ustaloną praktykę ratowania życia. Dlatego też łatwiej lekarzowi usprawiedliwić się z zastosowania zwykłego środka leczniczego, niż uznać za słuszne jego niezastosowanie. Łatwiej jest mu podjąć decyzję o stosowaniu środków nadzwyczajnych niż o ich przetrwaniu, gdy zostały już zastosowane. U podstaw takich reakcji leżała intuicja, że decyzja o wycofaniu środków podtrzymujących życie jest ważniejsza i bardziej brzemienne w skutki niż decyzja o nieskorzystaniu z nich w ogóle. Niechęć lekarzy do wycofywania środków podtrzymujących życie wypływa z przekonania, iż takie działanie obarcza ich większą odpowiedzialnością za śmierć pacjenta, połączoną z poczuciem winy<sup>28</sup>. Tymczasem „nie powinno być większych wahań przy ocenie, że

<sup>25</sup> P. Ramsey, *Pacjent...*, s. 148.

<sup>26</sup> Przykładowo, odżywianie dożylnie jest w praktyce środkiem zwykłym, ale dla pacjenta umierającego w wielkich bólach staje się środkiem nadzwyczajnym i dlatego w określonych sytuacjach nie powinno być stosowane; zob. T.L. Beauchamp, J.F. Childers, *Zasady etyki medycznej*, s. 214-219. Przeciwnego zdania jest J. Mahoney. Uznaje on odżywianie za postępowanie medyczne, którego nie można przerwać, gdyż jest z natury osłabieniem sił żywotnych człowieka i aktywnym przyczynieniem się do jego śmierci, a nie tylko przyzwoleniem, by choroba czyniła swoje; zob. R. Gillon, *Etyka lekarska*, s. 155.

<sup>27</sup> P. Singer kwestionuje sensowność rozróżnienia na środki zwyczajne i nadzwyczajne, gdyż w jego przekonaniu służy ono zamaskowaniu sądu oceniającego jakość życia pacjenta: P. Singer, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczesna, Warszawa 1997, s. 83.

<sup>28</sup> T.L. Beauchamp, J.F. Childers, *Zasady etyki medycznej*, s. 208-209.

kontynuowanie leczenia nie jest już wskazane, aniżeli przy ocenie, że tego leczenia nie należy zaczynać<sup>29</sup>”. Takie rozróżnienie jest moralnie nieistotne. Tam, gdzie można dopuścić niepodjęcie terapii, można również dopuścić jej wycofanie<sup>30</sup>.

Postęp medycyny określa się jako nieustanny proces przetwarzania środków nadzwyczajnych w zwyczajne, ale również jako proces nieustannego tworzenia coraz większych ilości środków nadzwyczajnych, które jednak nie muszą być stosowane, a czasami nawet nie powinny być wybierane<sup>31</sup>. Przy podejmowaniu decyzji dotyczącej wyboru między tym, co „zwyczajne”, a tym, co „nadzwyczajne”, jest właściwe dokonanie zrównoważonej, oceny uwzględniającej wiele czynników decydujących z punktu widzenia ludzkiego (a nie tylko medycznego) o wartościach, dla których dane życie zostało przeżyte, a które to czynniki mogą zwolnić od nakazu dalszego, podtrzymywania go<sup>32</sup>. W przypadku pacjentów umierających bierze się pod uwagę jakości życia<sup>33</sup>, którego mogą się spodziewać, i w zależności od tego ocenia, czy nawet zwyczajne środki okażą się korzystne i czy należy je zastosować<sup>34</sup>. Przyjmując nawet, że stosowany środek jest powszechnie uznawany za zwykły, nie należy wyciągać bezpośredniego wniosku, że jest on obowiązkowy. Środek zwykły może być ze względu na stan pacjenta tak samo niewłaściwy jak tzw. zabiegi, heroiczne<sup>35</sup>. „Nie ma obowiązku stosowania środków bezużytecznych, niezależnie od tego, czy w praktyce lekarskiej uznane są za zwyczajne czy też nie<sup>36</sup>”. I właśnie ta cecha (korzyść lub obciążenie) powinna rozstrzygać, co jest słuszne, a co nie. Lekarz, nawet gdyby mógł odnieść chwilowy sukces w walce z chorobą, może, a niekiedy powinien, pozwolić, aby jego osąd ustąpił przed dokonaną przez pacjenta oceną wartości i stosunków, dla których przeżył życie<sup>37</sup>.

<sup>29</sup> P. Ramsey, *Pacjent...*, s. 149.

<sup>30</sup> T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, s. 211.

<sup>31</sup> P. Ramsey, *Pacjent...*, s. 170.

<sup>32</sup> Por. Ch. Barnard, *Godne życie...*, s. 83.

<sup>33</sup> Istnieje rozróżnienie pomiędzy jakością życia, a jakościami życia.

<sup>34</sup> P. Ramsey, *Pacjent...*, s. 160-161.

<sup>35</sup> *Tamże*, s. 154.

<sup>36</sup> *Tamże*, s. 161.

<sup>37</sup> *Tamże*, s. 166. Nie oznacza to jednak zanegowania absolutnego charakteru zasady świętości życia. Postęp technologiczny w medycynie wcale nie umożliwia (jak tego chce P. Singer) utrzymania wspomnianej zasady.



## Odmowa zgody na leczenie w przypadku zagrożenia życia

Kwestia, czy lekarz powinien zaniechać leczenia chorego w stanie zagrożenia życia na jego wyraźne żądanie, jest zagadnieniem wysoce kontrowersyjnym. *Kodeks Etyki Lekarskiej* stwierdza, iż: „Wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego bez zgody pacjenta może być dopuszczone tylko wyjątkowo, w szczególnych przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta albo innych osób<sup>38</sup>”. Stanowisko to nie precyzuje, czy wyżej wspomniana zasada odnosi się także do chorych zagrożonych śmiercią<sup>39</sup>. Podobne zdanie wyrazili w 1962 r. chirurdzy polscy oświadczając, iż „biorąc pod uwagę podstawowe prawa jednostki do decydowania o swym losie, uzależniając konieczność oparcia decyzji co do wykonania operacji na pełni wzajemnego zaufania chorego i lekarza, sprzeciwiając się wprowadzeniu jakichkolwiek form przymusu operacyjnego<sup>40</sup>”.

Oba przytoczone stwierdzenia stoją w sprzeczności z zasadą paternalistyczną, która postuluje ograniczenie wolności człowieka wówczas, gdy jego działania przynoszą szkodę jemu samemu lub też uniemożliwiają mu osiągnięcie większego dobra<sup>41</sup>.

W praktyce idea paternalistyczna jest często kwestionowana. Podawane są w wątpliwość zarówno zakres jak i sam fakt jej stosowania. Czyż sam człowiek nie powinien decydować o tym, co jest dla niego dobre i użyteczne? Wątpliwość ta dotyczy również roli medycyny i działań lekarza.

„Tradycyjne zasady postępowania lekarskiego odzwierciedlone w kodeksach etyki lekarskiej minimalizowały rolę pacjenta w procesie leczenia<sup>42</sup>. Przez wieki obowiązujący model stosunku lekarza do pacjenta

<sup>38</sup> *Kodeks Etyki Lekarskiej*, art. 15, s. 186.

<sup>39</sup> Brak zastrzeżenia może świadczyć, że wspomniana zasada dotyczy również tej kategorii chorych.

<sup>40</sup> J. Bogusz, *Czy może być uzasadniony przymus poddania się chorego operacji?* w: *Etyka i deontologia lekarska*, red. T. Kielanowski, Warszawa 1985, s. 111; por. Rada Europy, *Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii medycyny*, w: M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, art. 5, s. 471.

<sup>41</sup> F. Zerbe, *Paternalizm w stosunkach lekarz-pacjent. Zagrożenia i korzyści*, *Ethos* 1-2 (25-26) 1994, s. 178. Modelem relacji paternalistycznej jest np. stosunek ojca do dziecka. Również wiele regulacji prawnych opiera się na zasadzie paternalistycznej (np. konieczność stosowania pasów bezpieczeństwa przez kierowców).

<sup>42</sup> *Tamże*, s. 179. Także w przysiędze Hipokratesa nie mówi się nic o postępowaniu zgodnie z wolą pacjenta, uwzględnianiu jego życzeń lub przedstawianiu alternatywnych metod terapeutycznych (polskie tłumaczenie przysięgi Hipokratesa zob. A. Tułczyński, *Deontologia lekarska. Wybrane materiały do seminariów*, Warszawa 1978, s. 6).

akcentował wielki autorytet lekarza przy biernym podporządkowaniu się pacjenta, tym samym wyrażając skrajnie paternalistyczną postawę<sup>43</sup>. Między chorym a lekarzem zachodziła i często nadal zachodzi w pewnym sensie trójczłonowa relacja, w której ciało chorego, będące przedmiotem opieki, zostaje oddane przez zainteresowanego pod opiekę lekarza. Ustala się wówczas pewien rodzaj kontaktu, na mocy którego chory zgadza się na podporządkowanie lekarzowi w najróżniejszych badaniach i operacjach. Z drugiej strony lekarz angażuje się w całej mierze swych możliwości w przywrócenie choremu zdrowia zagrożonego przez stan patologiczny. Wolność działania pacjenta realizuje się wówczas przez zgodę na autorytet lekarski. Margines wolności sprowadza się więc do przyjmowania lub odrzucania werdyktu lekarskiego. „Chory nie żyje już swym własnym bytem (...) Występuje tu «ja» różne od «ja» powierzonego lekarzowi w celu uzdrowienia”<sup>44</sup>.

Dzisiaj coraz powszechniejsze staje się przekonanie, iż taki charakter stosunków pomiędzy pacjentem a lekarzem jest niewłaściwy. „Wprawdzie lekarz jest ekspertem, jedynym ekspertem, gdy chodzi o «techniczną» stronę leczenia (...), lecz medycyna to dużo więcej niż usunięcie zniszczonego narządu, wszczepienie rozrusznika serca lub sztucznej soczewki oka. Leczenie posiada rozliczne aspekty psychologiczne a także moralne”<sup>45</sup>.

Autorytetu lekarza, uzasadnionego w dużym stopniu (choć nie bezwarunkowo) w „technicznych” zagadnieniach leczenia, nie można łączyć na sferę innych wartości związanych z leczeniem. Kwestie dobra i szkody mogą być bowiem różnie rozumiane przez pacjenta i lekarza<sup>46</sup>. Paradoksem jest zatem wyłączenie chorego ze współdecydowania o leczeniu właśnie tam, gdzie chodzi o sprawy dla niego najistotniejsze – zdrowie i życie<sup>47</sup>. Jego prawem jest uzyskanie możliwie pełnej informacji na temat stanu własnego zdrowia, a ostateczny wybór sposo-

<sup>43</sup> Zob. A. Tulczyński, *Decyzje pacjenta – granicami wpływu lekarza*, Człowiek i Światopogląd 9 (212) 1983, s. 62-64; B. Krupa-Wojciechowska, *Medycyna a świat, w którym żyjemy*, Człowiek i Światopogląd 1 (276) 1989, s. 41-44.

<sup>44</sup> F. Comby, *Ach ci starcy, którzy nie mogą umrzeć*, tłum. J. Jędraszek, *Communio* 2 (50) 1989, s. 84.

<sup>45</sup> F. Zerbe, *Paternalizm...*, s. 179.

<sup>46</sup> R. Gillon, *Etyka lekarska*, s. 80-81.

<sup>47</sup> Podejście takie narusza prawo pacjenta do niezależności i wolnego wyboru, w istocie obraża jego godność, a więc stanowi naruszenie zasady wyższego rzędu; zob. F. Zerbe, *Paternalizm...*, s. 179.

bu leczenia wymaga jego zgody. Gdy w pełni świadomy i w pełni poinformowany pacjent przy braku zewnętrznych ograniczeń swobody jego decyzji odmawia leczenia, należy jego wybór respektować. Granicą potencjalnych możliwości działania medycyny jest więc przede wszystkim zgoda pacjenta na proponowaną interwencję<sup>48</sup>.

Oczywiście jest sprawą lekarza-eksperta przekonanie pacjenta o konieczności określonego leczenia. Wymaga to jednak postawy wzajemnego zaufania będącej elementem partnerskiej (a nie paternalistycznej) relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem<sup>49</sup>. W stosunku partnerskim, gdy podstawowe cele są jednakowo rozumiane, a decyzje podejmowane wspólnie w oparciu o podobną hierarchię wartości, pacjent nie musi martwić się o celowość wielu mniej ważnych codziennych decyzji, zdając się w tym na lekarza i wiedząc, że w razie wątpliwości lekarz zasięgnie i wysłucha jego opinii<sup>50</sup>.

Zdarzają się jednak przypadki, gdy zdolność pacjenta do podjęcia świadomej decyzji jest w sposób istotny i nie budzący wątpliwości zmniejszona. Interwencja typu paternalistycznego jest w takim przypadku uzasadniona<sup>51</sup>. Paternalizm jest również uzasadniony, jeżeli pacjent nie jest w stanie podjąć rozsądnej decyzji wskutek niedojrzałości lub braku doświadczenia. Zatem zanegowanie przez lekarza odmowy zgody na leczenie wyrażonej przez pacjenta o wyraźnie ograniczonej zdolności do podjęcia rozsądnej decyzji wydaje się etycznie usprawiedliwione<sup>52</sup>.

Należy jeszcze nadmienić, iż odmowa leczenia, szczególnie w przypadku zagrożenia życia przez ludzi w pełni władz umysłowych i przy dobrym rokowaniu, jest sprawą co najmniej dziwną. Z reguły pojęcie dobra chorego jest w sytuacjach skrajnych rozumiane przez lekarza i pacjenta podobnie, jako konieczność walki o zachowanie życia. O wiele częściej lekarz staje przed dylematem: jak postąpić, gdy nie ma pewności co do stanu psychicznego osoby chorej. Wydaje się, że decyzja leka-

<sup>48</sup> A. Tulczyński, *Decyzje pacjenta...*, s. 62-64. Por. *Kodeks Etyki lekarskiej*, art. 15, s. 186.

<sup>49</sup> Paternalistyczny model lekarza jest bardziej charakterystyczny dla Europy, zaś model partnerski dla USA. Jest to związane z geografią wzorca śmierci „zdziczałej” i śmierci etykietałnej. W USA i Kanadzie wyeliminowanie śmierci z krajobrazu miejskiego jest mniej radykalne niż w północno-zachodniej Europie (zwłaszcza Anglii); zob. P. Aries, *Człowiek i śmierć*, tłum. E. Bąkowska, Warszawa 1989, s. 585.

<sup>50</sup> F. Zerbe, *Paternalizm...*, s. 180.

<sup>51</sup> Jeżeli pijany człowiek pragnie wyskoczyć z czwartego piętra sądząc, że w ten sposób szybciej dostanie się do domu, wówczas niewątpliwie należy mu w tym przeszkodzić.

<sup>52</sup> F. Zerbe, *Paternalizm*, s. 181.

rza musi być w takim przypadku oparta na dobrej znajomości pacjenta i stopnia zagrożenia jego zdrowia lub życia<sup>53</sup>. Natomiast „prawidłowość uzasadnienia podjęcia decyzji paternalistycznej, zwłaszcza wbrew woli zainteresowanego, (...) zdaje się wprost proporcjonalna do stopnia zagrożenia pacjenta”<sup>54</sup>.

### Przedłużanie życia człowieka nieuleczalnie chorego

Praktyka medyczna mierzy rezultaty swojej działalności głównie procentem przeżywalności, udanych zabiegów i operacji. „W czasie moich podróży i wykładów wygłaszanych w wielu częściach świata (...) bez przerwy zadawano mi pytanie: jak długo żyli pańscy pacjenci po wszczepieniu im serca? Choć z pewnością bardziej właściwe byłoby tu pytanie sformułowane inaczej: jak żyli pańscy pacjenci po wszczepieniu im serca?”<sup>55</sup>

Fakt, że należy „za wszelką cenę” walczyć o przedłużanie życia śmiertelnie chorego uzasadnia pięć głównych motywów: 1. każdy ma prawo do życia; istnieje biologiczna wola trwania i przedłużania życia jak długo jest to możliwe; 2. lekarz powinien do końca wypełniać swoje powinności zawodowe; 3. zawsze istnieje potencjalna możliwość „cudownego” uzdrowienia (np. odkrycie nowego sposobu leczenia lub lekarstwa); 4. nie należy decydować za chorego; trzeba respektować jego podmiotowość i wolność; 5. postuluje się konieczność utrzymania prestiżu społeczności lekarskiej i autorytetu medycyny jako nauki oraz wiary w jej stale rosnące możliwości<sup>57</sup>.

Według Ch. Barnarda istotny wpływ na taką motywację postępowania lekarzy ma fakt, iż w procesie ich kształcenia niesłusznie kładzie się nacisk na tzw. pokonywanie śmierci<sup>58</sup>. „Lekarza uczy się tego, by przestrzegał swoją rolę jako rolę mistrza powołanego do jednego celu – ratowania życia”<sup>59</sup>. Medycyna nauczana na uniwersytetach jest nauką dia-

<sup>53</sup> W praktyce lekarze w szpitalu rzadko kiedy mają szansę poznać pacjenta na tyle, żeby ocenić w pełni jego stan psychiczny.

<sup>54</sup> *Tamże*, s. 180.

<sup>55</sup> Ch. Barnard, *Godne życie...*, s. 78.

<sup>56</sup> Wyrażenie „za wszelką cenę” jest hiperetyczne. Być może lepiej byłoby powiedzieć „w sposób niepołamowany” (*unreasonably*); H.P. Dunn, *Etyka dla lekarzy...*, s. 82.

<sup>57</sup> M. Gałuszka, *Potoczna interpretacja śmierci*, w: *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, Warszawa-Lódź 1996, s. 184-185.

<sup>58</sup> Ch. Barnard, *Godne życie...*, s. 77.

<sup>59</sup> *Tamże*.

gnozy i terapii, która nastawiona jest na wyleczenie<sup>60</sup>. W trakcie studiów lekarze otrzymują skomplikowaną aparaturę do orzekania o stanie fizycznym chorego. Dysponują systemem pojęć teoretycznych, technik diagnozowania oraz wyraźnie określonych norm. W tak uformowanym warsztacie lekarskim niełatwo jest znaleźć miejsce dla niewymiernych, trudno uchwytnych procesów psychicznych czy problemów emocjonalnych pacjenta. Dlatego też perspektywa kliniczna jest realizacją modelu medycznego, zawężającego problem choroby do fizjologicznych i biologicznych parametrów funkcjonowania człowieka. Człowiek umierający może zatem liczyć bardziej na techniczno-medyczny aspekt opieki terminalnej niż na psychologiczną czy duchową pomoc lekarza<sup>61</sup>.

Zdarza się, że rodzina, przepełniona emocjonalnym zaangażowaniem w sytuacji choroby osoby bliskiej, wywiera na lekarza ogromną presję. Stopień przejęcia się stanem członka rodziny wytwarza gotowość do tego, by uciec się do wszelkich, nawet najbardziej irracjonalnych sposobów mogących utrzymać go przy życiu<sup>62</sup>. Lekarze różnie radzą sobie z tymi trudnymi emocjonalnie sytuacjami. Zazwyczaj pojawia się wtedy wątpliwość, czy nadal za pomocą sztucznych środków przedłużyć życie, czy też wycofać się z leczenia już wdrożonego, aby skrócić bolesny proces umierania. Postawieni w ekstremalnej sytuacji lekarze często decydują się na „walkę do końca”, mimo że koniec ten bywa bardzo bolesny, choć dzięki dysponowaniu współczesną technologią odwleczony daleko w czasie, na tygodnie lub miesiące. Pod względem technicznym lekarz nie natrafia tu na żaden większy problem. Nie ma trudności, które mogłyby go powstrzymać, gdy chodzi o oddziały intensywnych zabiegów. Jeśli nawet jeszcze nie dziś, to zapewne w niedługej przyszłości, gdyż ten rodzaj techniki czyni stałe postępy i żadna teoretyczna granica nie może być rozsądnie wytyczona<sup>63</sup>. Dzięki odpowiedniej aparaturze i zabiegom

<sup>60</sup> „W tym kontekście śmierć staje się przypadkiem niepożądanym, nie jest częścią programu” – M. Abiven, *Accompagner la mort*, s. 470.

<sup>61</sup> Jest to wpływ filozofii kartezjańskiej, która przyczyniła się do radykalnego rozbicia struktury bytowej człowieka. Ciało ludzkie było rozumiane jako „rzecz rozciąglą” zewnątrznie i mechanistycznie związana z duszą. W świetle takiej filozofii lekarz miał do czynienia nie tyle z człowiekiem, ile raczej z chorym ciałem, które należało uzdrowić. Przyczyniło się to w sposób znaczący do biologizującego i reistycznego podejścia medycyny do pacjenta; zob. R. Otowicz, *Serce do wymiany. Etyczne aspekty transplantacji organów*, Przegląd Powszechny 12 (856) 1992, s. 433.

<sup>62</sup> Przypadek taki opisuje Ch. Barnard, *Godne życie...*, s. 73-74.

<sup>63</sup> J. Brehant, *Thanatos...*, s. 151; por. A. Siemianowski, *Śmierć i perspektywa nadziei. Esej filozoficzny o ostatecznych sprawach człowieka*, Gniczno 1992, s. 10-12.

można utrzymywać w stanie sztucznego przeżycia człowieka, który utracił świadomość, tak długo jak się chce.

Postępowanie takie, określane mianem „uporczywej terapii”<sup>64</sup> przejawia się w dążności do zwalczania choroby, chociaż nie ma już żadnej uzasadnionej nadziei na poprawę, zwłaszcza w przypadku chorych, którzy utracili przytomność i pozostają w stanie śpiączki<sup>65</sup>. Niemal już podręcznikowym przykładem stał się przypadek 21-letniej Karen Ann Quinlan z Morris County w New Jersey, która latem 1975 r. na skutek zażycia nadmiernej dawki środków nasennych i uspokajających pozostawała w stanie śpiączki z rozległymi uszkodzeniami mózgu. Lekarze orzekli, że nie ma żadnej nadziei na wyzdrowienie, ale trzymali chorą na respiratorze podtrzymując w ten sposób jej oddech i krążenie. Przybrani rodzice Karen nie widzieli żadnych powodów, by nadal stosowano mechaniczne środki podtrzymujące życie ich córki. Według nich było to niepotrzebne przedłużanie nie mającej żadnego ludzkiego sensu i znaczenia egzystencji. Dlatego prosili o odłączenie respiratora<sup>66</sup>.

Ludzie przekonani o słuszności „uporczywego” leczenia sądzą, że zadaniem lekarza jest iść aż do granic swoich możliwości walcząc z chorobą tak długo, jak potrafi. Błąd takiej postawy według Ch. Barnarda polega na pomyleniu zwykłej biologicznej egzystencji z życiem i przekonaniu, że sprawą najwyższej wagi jest podtrzymywanie takiego „życia”, nawet gdy jednostka skazana jest przez chorobę na trwanie w sta-

<sup>64</sup> J. Brehant, *Thanatos...*, s. 146; zob. też S. Kornas, *Współczesne eksperymenty medyczne*, s. 231.

<sup>65</sup> Należy jednak odróżnić tzw. śpiączkę przekroczoną (*le coma depesse*) od śpiączki przedłużonej (*le coma prolonge*). Różnica polega głównie na stopniu uszkodzenia komórek mózgowych. W przypadku śpiączki przekroczonej następuje całkowita śmierć mózgu, a ustanie pracy serca, układu wydalniczego, nerek i innych narządów jest jedynie kwestią czasu niezależnie od stosowanej terapii. Natomiast śpiączka przedłużona ma miejsce wówczas, gdy trwałemu uszkodzeniu ulega zespół tkanek mózgowych kierujących świadomym działaniem człowieka, a jednocześnie struktura tkanek komórek mózgu położonych głębiej i kierujących pracą poszczególnych organów ciała nie została naruszona. „W takim przypadku na ogół organizm przostaje skoordynowaną całością, a jego harmonijne funkcjonowanie może być zachowane, pod warunkiem iż zaspokojone będą podstawowe potrzeby pacjenta, oczywiście przez ludzi z jego otoczenia, gdyż sam chory nie jest w stanie tego zrobić” (A. Polkowski, *Eutanazja: ucieczka od życia czy zgoda na śmierć? Życie i Myśl 7-8 /277-278/ 1997, s. 77*); zob. też S. Kornas, *Współczesne eksperymenty medyczne...*, s. 23-26; P. Singer, *O życiu i śmierci...*, s. 36.

<sup>66</sup> Przypadek ten jest dokładnie opisany w A. Polkowski, *Eutanazja*, s. 67-68; por. M. Whelan, *Karen Ann Quinlan. Patient or Prisoner?* *American 2* (133) 1975, s. 346-347; zob. też przypadek Marion Ploch; H. Hartwig, *Pomiędzy śmiercią a życiem, Spotkania 48* (99) 1992, s. 38-39; por. P. Singer, *O życiu i śmierci...*, s. 20-24.

nie wegetacji<sup>67</sup>. Podobnie ustosunkowuje się do omawianej kwestii J. Brehant mówiąc, że rola lekarza nie polega na utrzymywaniu przy życiu komórek, tkanek, narządów, ale jednostki, osoby, której nie można zredukować do jej wymiarów biologicznych. „Musimy (...) odróżnić śmierć ciała od śmierci istoty ludzkiej”<sup>68</sup>.

Inni zwolennicy twierdzenia, iż nie należy przedłużać życia człowieka śmiertelnie chorego „za wszelką cenę”, motywują swój pogląd następująco:

- obowiązkiem lekarza jest także niesienie ulgi w cierpieniu, a zatem jeżeli przedłużanie życia odbywa się kosztem wielkiego cierpienia i bólu, nie może być zaakceptowane;
- medycyna jest nauką, a lekarze powinni postępować racjonalnie; gdy wszelkie przesłanki wskazują, że pacjent nie ma szans na wyzdrowienie, nie należy „na siłę” utrzymywać go przy życiu;
- aparatura medyczna i inne środki lecznicze powinny być wykorzystane dla pacjentów, którzy rokują większe szanse przeżycia<sup>69</sup>.

Przesadne zaufanie do nauki może, ich zdaniem, prowadzić do przedłużania bolesnego życia w warunkach, które stają się „niehumanitarne”.

Jeżeli weźmie się pod uwagę wspomniane wcześniej obowiązki lekarza w sytuacjach choroby uleczalnej i nieuleczalnej oraz fakt, że w przypadku tej drugiej aparaty reanimacyjne nie mogą w żadnym razie pełnić roli zabiegów analgetycznych, to staje się zrozumiałe, iż lekarz stojąc w obliczu umierania pacjenta nie tylko nie ma obowiązku włączania aparatury reanimacyjnej, ale w odpowiednich okolicznościach ma nawet obowiązek jej nie włączać<sup>70</sup>.

Terapia intensywna, będąca formą reanimacji stosowaną w specjalnie do tego celu wyposażonych pomieszczeniach szpitalnych, nie należy do

<sup>67</sup> Ch. Barnard, *Godne życie...*, s. 81; zob. też J. Najda, *Eutanazja problemu, czy problem eutanazji?* Człowiek i Światopogląd 1 (276) 1989, s. 24.

<sup>68</sup> J. Brehant, *Thanatos...*, s. 152. Na różnicę pomiędzy śmiercią w sensie biologicznym i antropologicznym wskazuje R. Otowicz, *Serce do wymiany...*, s. 439. W pewnych sytuacjach można mówić o śmierci psychicznej i społecznej, która wyprzedza śmierć biologiczną; A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa 1997, s. 92. „Śmierć osoby ludzkiej jest śmiercią całości, a nie tylko jednego, nawet najważniejszego organu” – R. Tokarczyk, *Prawa narodzin, życia i śmierci. Etyczne problemy współczesności*, Lublin 1984, s. 208. Właściwie rzecz wyjaśniając trzeba powiedzieć, że poszczególne organy człowieka nie umierają, lecz jedynie przestają funkcjonować – umierają osoby.

<sup>69</sup> M. Gałuszka, *Potoczna interpretacja śmierci...*, s. 185.

<sup>70</sup> T. Ślipko, *Granice...*, s. 344.

zwykłych sposobów i metod leczenia<sup>71</sup>. Dlatego też jej stosowanie nie narzuca się jako obowiązek lekarza, zwłaszcza gdy nikt nie nalega na jej zastosowanie, a dodatkowo wiąże się ona z wielką udręką dla pacjenta. „Podtrzymywanie intensywnej terapii przestaje w ogóle mieć sens, gdy ustaje nadzieja na poprawę zdrowia chorego, a same zabiegi służą tylko oddaleniu nieuniknionej śmierci”<sup>72</sup>. Lekarz ma wówczas prawo nie stosować intensywnej terapii ani reanimacji, lecz pozwolić choremu „spokojnie” umrzeć. Podobnie ma się rzecz w przypadku decyzji o ewentualnym wyłączeniu aparatów reanimacyjnych, jeżeli w trakcie reanimacji okaże się, że nie przynoszą one zamierzonej poprawy stanu zdrowia. Stan taki upoważnia do diagnozy, iż pacjent znajduje się w stanie nieodwracalnego umierania, a to z kolei jest podstawą do podjęcia decyzji o wyłączeniu aparatów reanimacyjnych. Ingerencja lekarska nie polega w tym przypadku na spowodowaniu śmierci pacjenta, lecz „na usunięciu przeszkody hamującej rozwój biologicznego procesu umierania zapoczątkowanego niezależnie od lekarza”<sup>73</sup>. Trzeba wyraźnie zaznaczyć, że odróżnia się tutaj skracanie umierania od skracania życia<sup>74</sup>.

Decyzja o przerwaniu lub kontynuowaniu leczenia, czy jedynie podtrzymywaniu życia za pomocą specjalistycznej aparatury, powinna być jednak wolna od egzaltowanego poczucia władzy nad pacjentem lub obawy przed porażką w sensie medycznym, a tym bardziej musi nastąpić niezależnie od decyzji o ewentualnym wykorzystaniu zdrowych organów osoby umierającej do celów transplantologii<sup>75</sup>. Istotne jest również, aby została ona podjęta przez cały zespół lekarzy, a to z tej racji, iż znajduje się w rękach ludzkich, a więc omylnych<sup>76</sup>.

<sup>71</sup> A. Polkowski, *Eutanazja...*, s. 77-78.

<sup>72</sup> Olejnik, *Etyka Lekarska*, Katowice 1995, s. 107.

<sup>73</sup> T. Ślipko, *Granice...*, s. 344.

<sup>74</sup> Zob. H. Kuhlendhal, *Zwischen Leben und Tod*, w: *Was ist der Tod?* red. J. Schlemmer, München 1969, s. 91; por. J. Ziegler, *Etyczne aspekty eutanazji*, tłum. T. Styczeń, *Zeszyty Filozoficzne*, 1976, t. 24 z. 2, s. 117. „Decyzję o niestosowaniu niewłaściwego w danej sytuacji biologicznej leczenia należy oceniać nie jako bierną eutanazję, ale pozwolenie choremu na godne umieranie” – J. Łuczak, *Obowiązek uśmiercania cierpień*, w: *Przed przejściem. Rozważania o opiece hospicyjnej*, red. M. Śpiewakowska, R. Szpakowski, Warszawa 1997, s. 23.

<sup>75</sup> R. Otowicz, *Serce do wymiany...*, s. 437, 441.

<sup>76</sup> J. Brehant, *Thanatos...*, s. 156-158. Oznaczenie momentu śmierci powinno się opierać na osądzie klinicznym, gdyż żadne postępowanie techniczne nie może zastąpić osądu lekarskiego. Jeżeli przewiduje się transplantację narządu, stwierdzenie śmierci powinno być dokonane przez kilku lekarzy, z których żaden nie jest bezpośrednio odpowiedzialny za zabieg transplantacji, zob. *Deklaracja z Sydney* z roku 1968; H.P. Dunn, *Etyka dla lekarzy*, s. 48-49.



### Pacjent w stanie terminalnym

Punktem wyjścia do rozważań nad wspomaganiami umierających jest przekonanie, że stan zdrowia lub choroby jest zjawiskiem ludzkim, w którym przeplatają się ze sobą aspekty fizyczne, duchowe, społeczne i religijne. Dlatego też ludzki charakter tego zjawiska określa podstawową normę wszelkiego udzielania pomocy, w którym obok działań medycznych mogą (a nawet muszą) pełnić sensowną rolę działania opiekuńcze, psychologiczne i socjalne.

#### „Tylko” opieka nad umierającym

J.R. Cavanagh określa proces umierania jako „czas w toku nieuleczalnej choroby, w którym leczenie nie ma już na nią wpływu”<sup>77</sup>. Nie tylko u pacjenta będącego w stanie głębokiej i długotrwałej śpiączki, ale również w przypadku pacjenta przyćmionego może rozpocząć się nieodwracalny proces umierania<sup>78</sup>. Wyraźnie jest to widoczne w przypadku pacjentów dotkniętych chorobą nowotworową.

W zaawansowanym stadium choroby nowotworowej można wyodrębnić trzy okresy: preterminalny, terminalny i okres umierania<sup>79</sup>. Pierwszy z nich jest stanem daleko zaawansowanej choroby, w której ustała już możliwość dalszego przedłużania życia człowieka środkami powstrzymującymi rozwój nowotworu. Jednocześnie pacjent znajduje się we względnie dobrym stanie ogólnym (obejmuje okres około kilku miesięcy). W okresie terminalnym obserwuje się wyraźne i nieodwracalne pogorszenie stanu ogólnego oraz nasilenie dolegliwości fizycznych (trwa on przeważnie 4-6 tygodni). „Chory terminalnie” to pacjent, u którego choroba spowodowała nieodwracalne zmiany organiczne i w przypadku którego nie jest możliwa nie tylko zdecydowana ingerencja medyczna, ale nawet kontrolowanie rozwoju choroby<sup>80</sup>. Ostatnią fazą choroby jest okres umierania obejmujący kilka ostatnich dni lub godzin życia chorego.

<sup>77</sup> Cyt. za P. Ramsey, *Pacjent...*, s. 163.

<sup>78</sup> *Tamże*, s. 162-163.

<sup>79</sup> K. de Walden-Gałuszko, *U kresu. Opieka paliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*, Gdańsk 1996, s. 17-18.

<sup>80</sup> A. Antonelli, *Oblicza śmierci...*, s. 84, zob. też J. Ruszowska, *Hospicjum*, *Communio* 2 (50)1989, s. 94.

Powstaje pytanie: czy wraz z procesem umierania nie rodzi się obowiązek, aby jedynie opiekować się człowiekiem umierającym, dodawać mu otuchy, być przy nim, łagodzić cierpienia fizyczne? A może właśnie dlatego, że jest on jeszcze przytomny, ma prawo żądać od wspólnoty ludzkiej, aby zapewniła mu tylko opiekę, ulgę w bólu i towarzystwo, oraz aby nie przeprowadzano na nim prób badawczych i nie dokonywano operacji pod pozorem rokującej nadzieję terapii?

„Określenie ludzkiego działania w zakresie opieki nad umierającym (lub «jeszcze» nie umierającym) dotyczy i zależy od człowieka – pacjenta korzystającego z tej opieki – a nie od chorób, na które cierpi”<sup>81</sup>. Pacjent, a nie choroba, jest przedmiotem diagnozy i leczenia<sup>82</sup>. W świetle wszystkich humanitarnych kierunków etycznych nie ulega wątpliwości, że osoby z otoczenia umierającego (rodzina, znajomi, służba zdrowia) powinny zająć względem niego postawę współczucia i czynnej pomocy, aby uzdolnić go do godnego i, w miarę możliwości, spokojnego przyjęcia i zniesienia śmierci. Na taką postawę składają się zarówno działania zewnętrzne: opieka lekarska, sanitarna, zaspokajanie potrzeb materialnych, jak i zespół właściwych duchowych nastawień i zachowań oddziałujących pozytywnie na chorego<sup>83</sup>. Z uwagi na bezdyskusyjny obecnie związek stanu fizycznego chorych z ich przeżyciami psychicznymi postuluje się postawienie w centrum zainteresowania takich spraw, jak reakcja na chorobę i proces leczenia, problemy komunikacji i wzajemnych układów w rodzinie oraz zespole leczącym, możliwość pomocy psychologicznej w przystosowaniu do choroby<sup>84</sup>. F. Giongo podaje kilka zaleceń, jak być naprawdę blisko pacjenta będącego w stanie terminalnym:

- nauczyć chorego rozpoznawania i kontrolowania własnych problemów psychologicznych;
- zachować wyczuwanie i rozsądek w relacjach interpersonalnych starając się rozumieć zachowania drugiej osoby i wykraczając poza powierzchowne ich motywy;
- traktować pacjenta zawsze jako osobę, nigdy zaś jako zespół bar dziej lub mniej chorych organów;

<sup>81</sup> P. Ramsey, *Pacjent...*, s. 161.

<sup>82</sup> *Tamże*, s. 162.

<sup>83</sup> T. Ślipko, *Granice...*, s. 345-346.

<sup>84</sup> K. de Walden-Gałuszko, *U kresu...*, s. 17.

– dostrzegać problemy pacjenta utwierdzając go w przekonaniu, że wszystko, co tylko będzie można zrobić dla jego dobra, zostanie zrobione<sup>85</sup>.

„W stanach terminalnych naszym podstawowym zadaniem staje się (...) dbanie o to, by chory przeżył końcówkę życia w możliwie dobry i sensowny sposób. Dlatego też to, co jest właściwym sposobem leczenia chorób o ostrym przebiegu, w przypadku umierania jest niewłaściwe”<sup>86</sup>. Nie oznacza to jednak, aby lekarz stawał przed wyborem „leczyć, czy nie leczyć”. Chodzi natomiast o wybór takiego sposobu leczenia, który jest właściwy z biologicznego punktu widzenia, gdy patrzy się na to z perspektywy osobistej i społecznej sytuacji pacjenta. „Leczenie” w przypadku pacjenta nieodwracalnie umierającego nie jest już walką, lecz opieką<sup>87</sup>. Przy łóżku umierającego lekarz nie ma żadnych zobowiązań, jakie wynikałyby z obowiązku zapewnienia leczenia przedłużającego agonię. Ma natomiast zobowiązania wynikające z powinności zapewnienia umierającemu godnej opieki<sup>88</sup>. Staje się ona w takim przypadku najważniejszą formą pomocy choremu<sup>89</sup>.

Środki lecznicze mogą mieć jeszcze inne zastosowanie oprócz leczenia w dosłownym tego słowa znaczeniu. Gdy pacjent zaczął już konać w sposób nieodwracalny, karmienie go i podawanie płynów, przynoszenie mu ulgi i dbanie o jego wygodę nie zaliczają się już do środków utrzymujących przy życiu. Są to właściwe środki „tylko” opieki nad umierającym, fizyczne przejawy współczucia i towarzyszenia umierającemu w ostatnich chwilach jego życia<sup>90</sup>.

P. Ramsey nazywa takie działanie względem pacjenta „opieką przedśmiertną” i postuluje szerokie jej wprowadzenie<sup>91</sup>. Według niego proces

<sup>85</sup> F. Antonelli, *Oblicza śmierci...*, s. 86. Podobne wskazania podaje T. Ślipko, ale uzupełnia je o element ukazywania sensu umierania i śmierci człowieka: „Idzie o to przede wszystkim, aby niejako z głębi prawdy o moralnych wymiarach cierpienia i śmierci wydobyć te elementy, które przekazane choremu potrafią go duchowo umocnić i uodpornić przed stanami beznadziejności i duchowej prostracji, jakie wywołuje nieuleczalna choroba i perspektywa śmierci. Na tym odcinku posługi otoczenia na rzecz umierającego szczególnie skuteczne i psychologicznie atrakcyjne okazują się prawdy religijne”. – T. Ślipko, *Granice...*, s. 347.

<sup>86</sup> Wypowiedź dr. Roberta G. Twycrosse’a na angielsko-amerykańskiej konferencji na temat opieki nad umierającymi w roku 1979; cyt. za Ch. Barnard, *Godne życie...*, s. 28.

<sup>87</sup> P. Ramsey, *Pacjent...*, s. 163; zob. też S. Olejnik, *Etyka lekarska*, s. 106-107.

<sup>88</sup> P. Ramsey, *Ethics at the Edges of Life*, New Haven 1978, s. 155.

<sup>89</sup> W. Bołoz, *Życie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioteyczne*, Warszawa 1997, s. 203.

<sup>90</sup> P. Ramsey, *Ethics...*, s. 157.

<sup>91</sup> Całość opieki „przedśmiertnej” powinna zawierać w sobie działania medycyny paliatywnej i opieki psychopaliatywnej; por. K. de Walden-Gałuszko, *U kresu...*, s. 17.

umierania powinien odbywać się nie w szpitalu, lecz w domu, wśród rodziny, przyjaciół sąsiadów<sup>92</sup>. Idea ta realizowana jest przez ruch hospicyjny stawiający sobie za cel uwolnienie człowieka umierającego od bólu i otoczenie go opieką do samego końca<sup>93</sup>. Podstawą działania hospicjów jest afirmacja życia, zgodnie z przekonaniem, iż nawet pacjent znajdujący się w ostatniej fazie choroby powinien żyć pełnią życia w takim stopniu, w jakim jest to możliwe<sup>94</sup>. W miejsce sterylnego oddziały szpitalne-

<sup>92</sup> P. Ramsey, *Pacjent...*, s. 164. W ramach biurokratycznej organizacji szpitalnej przeważnie nie jest to możliwe. Sztwywność, niezdolność do wprowadzenia zmian, kierowanie się wyłącznie poprawnością działań a nie ich skutecznością, postępująca socjalizacja zabiegów leczniczych prowadząca do fragmentaryzacji leczenia, formalne relacje interpersonalne – to wszystko przyczynia się do niemożności przełamania istniejących standardów opieki szpitalnej i wprowadzenia alternatywnych jej form dla pacjentów „terminalnych” – por. K. de Walden-Gałuszko, *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. Psychologiczne aspekty choroby nowotworowej, umierania i śmierci*, Gdańsk 1992, s. 19. Opieka oferowana w szpitalu wynika bardziej z obowiązujących reguł postępowania w stosunku do pacjentów w ogóle, niż z analizy i diagnozy jedynej, niepowtarzalnej sytuacji każdego umierającego. Odmienne poglądy na temat leczenia szpitalnego wyraża T. Kielanowski: „(...) w szpitalu wszystkie okoliczności towarzyszące śmierci są przewidziane, śmierć nie budzi paniki ani zamieszania, doświadczenie personelu jest gwarancją, że nie spotka umierającego żadna niespodziewana krzywda”. – T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, s. 49-50.

<sup>93</sup> Pionierką współczesnej działalności hospicyjnej stała się dr Cecily Saunders, współzałożycielka w 1967 r. Hospicjum św. Krzysztofa w Sydenham, k. Londynu. (Jego idea zrodziła się w efekcie przyjaźni i rozmów C. Saunders z jednym z pacjentów umierających na raka, Polakiem Dawidem Taśmą, który przed śmiercią ofiarował na budowę przyszłego hospicjum wszystkie swoje oszczędności). Jej zdaniem idea współczesnego hospicjum nawiązuje wprost do średniowiecznych hospicjów, które dawały odpoczynek i schronienie pielgrzymom udającym się do Ziemi Świętej. *Hospitium* (łac.) – gościnne przyjęcie, pokój gościnny, gospoda, szpital, miejsce odpoczynku; zob. A. Jougan, *Słownik kościelny łacińsko-polski*, Warszawa 1992, s. 301. Dla C. Saunders umierający są także pielgrzymami – wyruszają w drogę mającą zaprowadzić ich do drugiego życia (dlatego właśnie figura św. Krzysztofa, patrona wędrowców, wita gości odwiedzających jej londyńskie hospicjum), zob. Ch. Barnard, *Godne życie...*, s. 27-28; C. Saunders, *Hospicjum św. Krzysztofa*, tłum. H. Bortnowska i Z. Żylicz, w: *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, red. H. Bortnowska, Kraków 1993, s. 266; J. Ruszowska, *Hospicjum...* s. 91-92.

Pierwszymi, funkcjonującymi programami opieki hospicyjnej w Polsce stały się hospicja w Krakowie założone w 1981 r. oraz w Gdańsku, założone w 1984 r. Na temat opieki hospicyjnej w Polsce zob. M. Hołubicki, *Opieka paliatywna i hospicyjna w Polsce*, w: *Przed przejściem...*, s. 44-56; *W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce*, red. J. Drążkiewicz, Warszawa 1989.

<sup>94</sup> „Hospicjum jest skoordynowanym programem opieki paliatywnej i podtrzymującej (w sensie psychicznym, fizycznym, społecznym i duchowym) dla osób umierających i ich rodzin, prowadzonym przez interdyscyplinarny zespół specjalistów i wolontariuszy. (...) Opieka jest dostępna 24 godziny na dobę. Przy przyjęciach uwzględnia się istniejące potrzeby pacjentów i ich rodzin. (...) Hospicjum nie istnieje po to, aby przyspieszać ani odsuwać śmierć. Hospicjum istnieje raczej po to, aby afirmować życie poprzez dostarczenie opieki i wsparcia dla znajdujących się w ostatniej fazie nieuleczalnej choroby”. – H. Koff, *Hospice, A Caring Community*, Cambridge 1980, cyt. za A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu...*, s. 172.

go proponuje się swobodną, domową atmosferę, wolną od sztywnej rutyny lekarskiej<sup>95</sup>. Umierający spędza ostatnie chwile życia w otoczeniu swoich bliskich lub opiekunów, w klimacie wzajemnego pojednania. Działalność hospicjum polega zatem na zastąpieniu szpitalnego leczenia aktywnego, *cure system*<sup>96</sup>, dążącego do kontroli wzrostu choroby (przeważnie nowotworowej) leczeniem objawowym, *care system*<sup>97</sup>, dążącym do usunięcia objawów choroby<sup>98</sup>. Taki sposób opieki powinien zapewnić chorym, których leczenie w systemie *cure* nie powiodło się, całkowity komfort fizyczny i psychiczny<sup>99</sup>. Doświadczenie wielu istniejących hospicjów pokazuje, że odpowiednio przygotowany personel może nieść pacjentowi skuteczną pomoc w łagodzeniu takich objawów choroby nowotworowej, jak nudności, wymioty, trudności oddechowe, ból, rozwołnienia, zaparcia, depresje, wrogość względem samego siebie i otoczenia<sup>100</sup>. Faktem jest również duża liczba przypadków długotrwałej poprawy stanu klinicznego. Około 10-20% chorych przebywających przez pewien czas w hospicjum wraca na dłuższy czas do domu podejmując od nowa swoje obowiązki rodzinne<sup>101</sup>. System starannego leczenia objawowego, paliatywnego przedstawia się więc jako skuteczna alternatywa systemu zmierzającego do uzdrowienia w przypadku terminalnie chorych pacjentów<sup>102</sup>. Jest także odpowiedzią na kryzys systemu opieki me-

<sup>95</sup> Jest to nawiązanie do średniowiecznej idei „dobrej śmierci”.

<sup>96</sup> „Leczenie, kuracja, uzdrowienie” – J. Stanisławski, K. Bilip, Z. Chociłowska, *Podręczny słownik angielsko-polski*, Warszawa 1976, s. 171.

<sup>97</sup> „Opiekowanie się, pielęgnacja, troska” – *tamże*, s. 102.

<sup>98</sup> C. Saunders, *Hospicjum św. Krzysztofa*, s. 269.

<sup>99</sup> Warto w tym miejscu przywołać postać Annes Dias Prudente uhonorowanej w 1980 r. nagrodą św. Wincentego dla „kobiety świata”. Ta Brazylijka zainicjowała w latach 60. metodę zwalczania raka za pomocą tzw. terapii komfortu, która polega głównie na właściwej informacji i opiece nad chorymi; zob. F. Antonelli, *Oblicza śmierci...*, s. 84.

<sup>100</sup> Przykładem stosowania opieki nad umierającymi jest szpital św. Łukasza w Nowym Jorku, posiadający specjalny zespół hospicyjny, w skład którego wchodzi lekarze, pielęgniarki, asystenci socjalni i kapelani. Odwiedzają oni terminalnie chorych na terenie szpitala, dbają o łagodzenie objawów choroby, zapewniają całodobową opiekę. Opieka ta nie sprowadza się jedynie do zwalczania bólu fizycznego. Inne objawy chorobowe są dla chorego równie przykre i mogą stanowić źródło psychicznej udręki rodząc wstyd, depresję i zgorzknienie; Ch. Barnard, *Godne życie...*, s. 29-30. Oddziały opieki paliatywnej są formą pośrednią pomiędzy hospicjum a szpitalem. W centrum ich zainteresowania (przynajmniej programowo) znajduje się pacjent umierający, co stanowi jakościową różnicę w stosunku do innych oddziałów szpitalnych; por. A. Ostrowska; *Śmierć w doświadczeniu...*, s. 173-174.

<sup>101</sup> C. Saunders, *Hospicjum św. Krzysztofa...*, s. 294.

<sup>102</sup> Na temat niebezpiecznych tendencji negatywnych w działalności hospicjów zob. A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu...*, s. 179-182.

dycznej, jego postępującą niewydolność oraz brak właściwej i spójnej koncepcji opieki nad terminalnie chorym pacjentem.

„Jestem zdania, że nie jesteśmy powołani do walki o życie chorego jeżeli ta walka wzmaga tylko jego cierpienie. (...) Mamy obowiązek walczyć o życie, nie zaś o przedłużanie umierania”<sup>103</sup>. To, co lekarz powinien czynić w obliczu procesu umierania, jest tylko szczególnym przypadkiem tego, co należy czynić, aby umierający człowiek czuł przy sobie przyjazną obecność innych ludzi. Lekarskim nakazem moralnym jest otoczenie umierającego opieką i „tylko” opieką<sup>104</sup>. „Będę walczyć o każdy dzień – pisze dr R. To ch – jeżeli mam choćby najmniejszą szansę zrobienia czegoś więcej niż tylko zyskania jednego dnia. Z drugiej strony przypominam sobie dziewczynę, którą niedawno mieliśmy na oddziale. Był to przypadek mięsaka kościotwórczego z licznymi przerzutami do płuc, zupełnie nie reagujący na chemioterapię; nic już dla niej zrobić nie mogliśmy (...) Ograniczyliśmy się do dawania jej środków uspokajających i sędzę, że spokojnie zasnęła”<sup>105</sup>.

Nie jest sprzeczne z dobrem ogólnym i wymogami opieki, jeżeli lekarz uznaje pacjenta za nieuleczalnie chorego lub za umierającego i przestaje go leczyć nie przedłużając tym samym procesu umierania<sup>106</sup>. Choć jako lekarz powinien działać zgodnie z ustaleniem, że pacjent jest nieuleczalnie chory, a jako człowiek zgodnie z jego potrzebami ludzkimi, to byłoby sprzeczne z dobrem ogólnym, gdyby zaprzestał prób znalezienia leku przeciwko samej chorobie. Narażanie życia pacjentów oraz powodowanie ich cierpień, przy jednoczesnym mocnym przeświadczeniu obu stron, że owe wysiłki i cierpienia nie są daremne, doprowadza nieraz do wytworzenia się specyficznych więzi między lekarzem a pacjentem. Jednakże lekarz występujący już nie tylko w roli terapeuty i podejmujący nieterapeutyczne badania naukowe powinien starać się, aby ta zmiana roli była całkowicie czytelna dla pacjentów<sup>107</sup>. Świadome partnerstwo i współpraca między lekarzem prowadzącym badania a umierającym lub nieuleczalnie chorym może być jednym z zadowalających sposobów uniknięcia śmierci w samotności i poczuciu braku godności osobowej<sup>108</sup>.

<sup>103</sup> C. Saunders, *Hospicjum św. Krzysztofa*, s. 271.

<sup>104</sup> P. Ramsey, *Pacjent...*, s. 163; zob. *Kodeks Etyki Lekarskiej*, art. 29, s. 189.

<sup>105</sup> P. Ramsey, *Pacjent...*, s. 176.

<sup>106</sup> Por. Jan Paweł II, *Encyklika „Evangelium vitae”*, Rzym 1995, nr 65.

<sup>107</sup> R. Gillon, *Etyka lekarska*, s. 129.

<sup>108</sup> P. Ramsey, *Pacjent...*, s. 173-194. Por. *Kodeks Etyki Lekarskiej*, art. 41, 42, s. 191.

## Stosowanie środków przeciwbólowych

Spośród chorych przebywających w londyńskim hospicjum św. Krzysztofa około 60% cierpi z powodu bólu fizycznego<sup>109</sup>. Opanowanie bólu i stosowanie leków znieczulających, tzw. analgetyków<sup>110</sup>, znajduje się od wielu lat w centrum uwagi lekarzy opiekujących się umierającymi (już średniowieczni lekarze głosili maksymę: *Sedare dolorem divinum opus est* – „łagodzenie bólu jest działaniem boskim”). Leczenie bólu musi obejmować wszystkie jego wymiary, tzn. zarówno ból czysto fizyczny, leczony przeważnie farmakologicznie, jak i ból psychiczny czy emocjonalny, leczony zazwyczaj psychoterapią w szerokim tego słowa rozumieniu, a także ból społeczny i duchowy<sup>111</sup>.

Sztuka leczenia przewlekłego bólu (np. w sytuacji choroby nowotworowej) zaczyna się już od najłagodniejszych środków przeciwbólowych w rodzaju aspiryny, paracetamolu czy fenacetyny<sup>112</sup>. W cięższych przypadkach natężenia bólu należy podjąć decyzję o rozpoczęciu leczenia morfiną<sup>113</sup>.

Dawka morfiny podana jednorazowo może być dla chorego zbyt duża, dlatego może on odczuć jej toksyczne działanie, albo też za mała i chory nie dozna wówczas żadnej ulgi lub jedynie krótkotrwałą. Dlatego też

<sup>109</sup> C. Saunders, *Hospicjum św. Krzysztofa*, s. 271. Na podstawie statystyk podawania środków przeciwbólowych szacuje się, że jedynie ok. 25% pacjentów umierających na raka nie doświadcza bólu; zob. A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu...*, s. 101.

<sup>110</sup> Należy w tym miejscu zaznaczyć różnicę występującą pomiędzy anestezją i analgezą. Pierwszy termin oznacza współcześnie „zniesienie bólu podczas operacji” i dotyczy znieczulenia ogólnego połączonego z pozbawieniem pacjenta przytomności w sposób odwracalny. Natomiast analgeza to uwolnienie od bólu. W jej przypadku pacjent pozostaje przytomny, choć wolny od bólu; T.B. Boulton, C.E. Blogg, *Anestezjologia dla studentów medycyny*, tłum. B. Kamiński, Warszawa 1992, s. 16-17.

<sup>111</sup> Inne wymiary bólu (poza fizycznym) nie doczekały się jeszcze wystarczającej uwagi ze strony medycznej. C. Saunders dopatruje się w tym przyczyny pewnego rodzaju kryzysu w zwalczaniu bólu fizycznego; C. Saunders, *Hospicjum św. Krzysztofa*, s. 273.

<sup>112</sup> *Tamże*, s. 274. Szczegółowo na temat sposobów i środków uśmieriania bólu w chorobie nowotworowej zob. J. Łuczak, *Obowiązek uśmieriania cierpień*, s. 24-28; K. de Walden-Gałuszko, *Wybrane zagadnienia...*, s. 47-50.

<sup>113</sup> Morfina może być podawana doustnie lub parenteralnie, tj. przeważnie we wstrzyknięciach domięśniowych. Drugi sposób podawania morfiny powodując bardzo szybki wzrost jej stężenia w surowicy krwi, przekroczenie progu toksycznego i następnie szybki spadek poziomu w surowicy. Efekt przeciwbólowy jest więc krótkotrwały. Doustne podawanie morfiny dzięki przedłużonemu wchłanianiu z przewodu pokarmowego, a co za tym idzie wolniejszemu wzrostowi poziomu w surowicy krwi, stwarza lepsze możliwości stałego utrzymywania go pomiędzy progami koniecznego działania przeciwbólowego, a poziomem toksycznym; C. Saunders, *Hospicjum św. Krzysztofa*, s. 275-276; por. J. Ruszowska, *Hospicjum...*, s. 95-96.

dawka morfiny powinna być dobrana indywidualnie na podstawie wyników kilkakrotnych prób jej stosowania oraz podawana regularnie (zwykle co cztery godziny) tak, aby każda następna dawka była podana przed ponownym wystąpieniem bólu, czyli przed końcem działania poprzedniej<sup>114</sup>. Dawki morfiny podawane „na żądanie” (tzn. po wystąpieniu bólu) są zwykle większe od tych, jakie należałoby stosować w zapobieganiu bólowi. W systemie „na żądanie” chory przyzwyczaja się do łańcucha zjawisk: ból, prośba o zastrzyk, zastrzyk, zmniejszenie bólu. W cięższych przypadkach dochodzi jeszcze element strachu przed wystąpieniem bólu po skończeniu działania poprzedniej dawki leku. „Stosując system ciągłego, regularnego i kontrolowanego dawkowania morfiny unika się elementu «zbawiennego» działania leku oraz elementu lękowego”<sup>115</sup>.

Z omawianym problemem wiąże się jeszcze zagadnienie farmakodynamiki morfiny. W przypadku podawania dawek zbyt małych, dawek „na żądanie”, pomiędzy którymi występują długie okresy bólowe i dawek krótko działających, przy których następuje przekroczenie progu toksycznego, nie uzyskuje się w ogóle efektu przeciwbólowego lub nie jest on dostatecznie trwały. U niektórych chorych dawka ustalona pierwotnie po pewnym czasie przestaje wystarczać, czy to na skutek rozwoju choroby, czy też wytwarzającej się tolerancji na lek. Potrzebne jest zatem stałe kontrolowanie działania podawanego leku i w razie konieczności podwyższanie dawek<sup>116</sup>. Badania R.G. T w y c r o s s e ' a wykazują, że w przypadku, gdy morfina podawana jest pacjentom profilaktycznie, tak aby zapobiec nawrotom bólu, prawdziwe uzależnienie występuje bardzo rzadko<sup>117</sup>.

<sup>114</sup> C. Saunders, *Hospicjum św. Krzysztofa*, s. 274.

<sup>115</sup> *Tamże*, s. 275.

<sup>116</sup> Problem narastania tolerancji nie przedstawia się tak groźnie, jak się to powszechnie zwykło uważać. Pomiedzy grupą leczoną przez 1,5 tygodnia a grupą chorych leczonych 24 tygodnie zauważono rozwój tolerancji wymagający podwyższenia dawki o niewiele ponad 100%. Jedynie w trakcie leczenia bardzo ostrych objawów bólowych konieczność podwyższenia dawki morfiny o 100% zachodzi w ciągu kilkunastu dni; *tamże*, s. 279.

<sup>117</sup> A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu...*, s.103. Obecnie duże nadzieje są związane z wytworzeniem bifaliny – syntetycznego peptydu stworzonego na wzór substancji wytwarzanych przez ludzki mózg w obronie przed bólem. Jej wyższość nad morfiną polega (według wyników badań przeprowadzonych na zwierzętach) na skuteczniejszym i dłuższym działaniu (5-6 godzin; morfina maksymalnie 4 godziny) oraz braku rozwoju tolerancji organizmu na lek, dzięki czemu nie ma konieczności ciągłego zwiększania dawki. Ponadto przedawkowanie nie powoduje depresji oddechowej, co jest charakterystyczne dla morfiny; zob. K. Sułek, *Nic nie boli*, *Polityka* 13 (2134) 1998, s. 70.



Działanie środków znieczulających czy przeciwbólowych zmierza w założeniu do pozbawienia pacjenta zdolności odczuwania bólu. Faktem jest jednak, że wraz z ich stosowaniem może nastąpić przyspieszenie momentu śmierci osoby cierpiącej. Mimo iż dzieje się tak pośrednio, powstają wątpliwości, czy fakt ten wystarczy do ich etycznego usprawiedliwienia<sup>118</sup>. Nacisk należy położyć na pośrednio śmiertelny charakter tego działania przy jednoczesnym rzetelnym rozeznaniu mechanizmu procesów organicznych wyzwolonych przez aplikowane środki znieczulające. „Jeżeli (...) środki znieczulające o tyle tylko przyspieszają śmierć, o ile osłabiają vitalne funkcje odnośnych organów i tym samym dysponują organizm do wcześniejszego zejścia, które nastąpiłoby także przy niezastosowaniu znieczulenia, ale w późniejszym terminie, trudno (...) odmówić moralnego przyzwolenia na tego rodzaju praktyki”<sup>119</sup>. W zamierzeniu tego rodzaju działania człowiek podejmujący odnośną decyzję kieruje się bezpośrednio chęcią sprawienia dobroczynnych skutków dla pacjenta, tolerując jedynie szybsze nadejście śmierci<sup>120</sup>. Intencja kwalifikuje ludzkie działanie względem moralnym, w wyniku czego dwu ludzi czyniąc zewnętrznie to samo, czynią coś różnego z moralnego punktu widzenia – pomoc w umieraniu a zamierzone spowodowanie śmierci<sup>121</sup>.

Oprócz działania znieczulającego miejscowo, które obejmuje obwodowy system nerwowy nie atakując świadomości pacjenta, mamy również do czynienia ze znieczuleniem ogólnym, połączonym z utratą przytomności, czego następstwem jest zawieszenie moralnej świadomości człowieka. Pozbawia ono pacjenta nie tylko czucia bólu, ale wszelkiego czucia w ogóle. Czy z tego powodu nie należałoby wyłączyć takich środków znieczulających z zakresu etycznej odpowiedzialności? Powołując się na analogię między biologicznymi prawami służącymi dobru czło-

<sup>118</sup> T. Ślipko, *Granice...*, s. 258.

<sup>119</sup> *Tamże*, s. 259. Ma tutaj zastosowanie etyczna zasada „podwójnego skutku” wywodząca się od św. Tomasza z Akwinu i odnosząca się do zabójstwa dokonanego w obronie własnej; *tamże*, s. 295. Obecnie zastosowanie tej zasady w omawianym przypadku jest podważane przez kontestatorów etyki tradycyjnej: „(...) To us what matters most is that the death of the patient is the intended result as surely in one case as in the other”. – D.G. Duncan, *Roe v. Wade Goes Suicidal*, *The Catholic World Report* 5 (1996), s. 48.

<sup>120</sup> „Różnica polega na tym, że (...) usuwa się choremu jego cierpienie, gdy w przypadku eutanazji zabiera się choremu jego życie, i to z zamiarem niedopuszczenia za wszelką cenę do cierpienia”. – V. Frankl, *Homo Patiens*, tłum. R. Czernecki i J. Morawski, Warszawa 1976, s. 81.

<sup>121</sup> J. Ziegler, *Etyczne aspekty eutanazji*, s. 120.

wieka i jednocześnie zawieszającymi funkcjonowanie świadomości (np. sen), a sztucznym wywołaniem takiego stanu za pomocą środków znieczulających, można przyjąć, że „pograżenie pacjenta w okresowe przynajmniej obojętymnie połączone nawet z ryzykiem przyspieszenia jego zgonu nie stanowi naruszenia moralnej podmiotowości człowieka”<sup>122</sup>. W krańcowych przypadkach wyjątkowego nasilenia bólu może być ono stosowane jako ostateczny środek przychodzenia z pomocą osobie cierpiącej. Nie należy jednak tego czynić bez poważnego powodu<sup>123</sup>. O ile stosowanie leków i technik znieczulających i anestetycznych nie zmierza wprost do spowodowania utraty świadomości i wolności chorego, ale do zmniejszenia wrażliwości na ból, oraz utrzymuje się w granicach potrzeby klinicznej, należy je uznać za etycznie uprawnione<sup>124</sup>. Jeżeli jednak chory, a tym bardziej umierający, chce zachować świadomość, nie można stosować środków znieczulających, które powodują jej utratę. Wymagana jest zatem zgoda pacjenta na taki zabieg, a to z kolei zakłada uprzednie poinformowanie go o wspomnianej ewentualności.

Niekiedy odwołanie się do środków narkotycznych, które powodują nieświadomość chorego, ukrywa pragnienie pracowników służby zdrowia nieutrzymywania relacji z umierającym. Nie szuka się w ten sposób ulżenia cierpieniom chorego, ale raczej uniknięcia trudności i niewygod związanych z jego osobą i jednocześnie pozbawia się go możliwości „przeżycia swojej śmierci”<sup>125</sup>.

Mimo że wolno, a czasami nawet należy, stosować środki znieczulające, nie wydaje się, aby racją wystarczającą do ich zastosowania była sama chęć nieświadomego przeżycia śmierci przez pacjenta. „Śmierć stanowi integralną część ludzkiego życia. Toteż świadome przyjęcie śmierci bardziej odpowiada godności osoby ludzkiej, aniżeli ucieczka przed nią przez sztuczne pograżenie się w stan nieświadomości”<sup>126</sup>.

Adam ŚWIEŻYŃSKI

<sup>122</sup> T. Ślipko, *Granice...*, s. 260.

<sup>123</sup> Por. Jan Paweł II, *Encyklika „Evangelium vitae”* nr 65.

<sup>124</sup> Zob. papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, nr 71, s. 65.

<sup>125</sup> *Tamże*, nr 124, s. 103.

<sup>126</sup> T. Ślipko, *Granice...*, s. 261; por. Pius XII, *Przemówienie do uczestników Kongresu na temat neuropsychofarmakologii* (9 IX 1958), AAS 50 (1958), s. 694.