

Podejmowanie decyzji o zaprzestaniu zabiegów podtrzymujących życie

Ks. dr hab. Lucjan Szczepaniak SCJ

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie
Kapelania pw. NMP Nieustającej Pomocy

Jest to przedruk artykułu: L. Szczepaniak, Podejmowanie decyzji o zaprzestaniu zabiegów podtrzymujących życie, „Bioetyczne Zeszyty Pediatрії” 3 (2006) nr 3, ss. 111-134.

Uniwersalny wzorzec postępowania w przypadku sztucznego podtrzymywania życia i zaniechania zabiegów ratujących życie jest trudny do wypracowania. Próby odpowiedzi na te dylematy podejmują autorzy licznych publikacji. Należy jednak podkreślić, że pomimo upływu czasu wciąż aktualne jest słynne przemówienie papieża Piusa XII z 1957 r. będące inspiracją twórczości etyków katolickich, jak i agnostyków¹. Zatem dyskusja wciąż trwa i pojawiają się nowe opracowania tego trudnego zagadnienia. Zapewne i ten artykuł nie wyjdzie z wszystkich wątpliwości, ale by może dał on okazję do osobistych przemyleń pomocnych w sformułowaniu odpowiedzi na pytanie: Jakich są przyczyny uporczywej terapii, co wpływa na podejmowane decyzje lekarskie i kiedy można zaniechać dalszego podtrzymywania życia? Problematyka jest zatem złożona, a proponowane rozwiązania nie są jednakowe, gdyż uzależnione są od przyjętego systemu wartości, wiary w Boga, koncepcji osoby, jej godności oraz jakości życia, rozróżnienia wykorzystywanych środków, przewidywania skutków działania, ostatecznej decyzji śmierci oraz uwrażliwienia na aspekty socjologiczne i psychologiczne².

1. W POSZUKIWANIU CELU MEDYCYNY

Lekarz zobowiązany jest rozstrzygnąć, czy stosowane przez niego wysiłki terapeutyczne przyniosą spodziewaną korzyść w postaci poprawy zdrowia chorego, czy też są daremne (łac. *futiliter* – daremnie, na próżno; *futilis* daremny; ang. *futility* – daremno)³. Dotyczy to zwłaszcza nowoczesnych metod leczenia, których wdrożenie lub dalsze stosowanie naraża chorego na dodatkowe cierpienia fizyczne i psychiczne, a zwłaszcza nie pozwala mu godnie umrzeć. Trudno jest przedstawić jednoznacznie uporczywej (daremej) terapii, ponieważ znane są różne jej interpretacje zarówno jakościowe, jak i ilościowe. Nie należy jednak mylić jej z rezygnacją z reglamentacji środków i metod

medycznych z powodu niewystarczającej ich ilości. Problematyka ta w pewnym stopniu znana jest już od czasów starożytnych. W papirusach egipskich i spuściznie Hipokratesa znajdują się ostrzeżenia przed kuraczką obciążoną zbyt dużym ryzykiem komplikacji⁴. Pomimo rozwoju nauk zagadnienie to wciąż niepokoi środowisko medyczne. Edmund D. Pellegrini spostrzegł, że do 1914 r. ci lekarze odpowiedzialni za decyzje dotyczące terapii spoczywały wyłącznie na lekarzu. Dopiero od tego czasu prawo odmowy do dalszego leczenia zostaje stopniowo przyznawane choremu i jego rodzinie lub prawnym opiekunom⁵. Zwłaszcza ostatnie dziesięciolecia ujawniają wątpliwości etyczne dotyczące niepodjęcia resuscytacji (*withholding; withhold* – wstrzymać) lub zaprzestania sztucznego podtrzymywania życia (*withdrawing; withdraw* – wycofać) w sytuacji nieskuteczności terapii (*medical futility*)⁶. Według niektórych autorów od 70% do 90% pacjentów oddziałów intensywnej opieki medycznej umiera w wyniku niepodjęcia resuscytacji lub odstąpienia od dalszego podtrzymywania życia (*withhold or withdraw life support*)⁷. Dane te uświadomiamy, że określenie granic leczenia jest trudne i wymaga precyzowania celu zastosowanej terapii. Nie może być jej jedynie walką z chorobą do samego końca⁸. Taka postawa pozbawia medycynę ludzkiego oblicza. Za lekarz przestaje być przyjacielem i bratem chorego i stopniowo zmienia się w płatnego „rzemieślnika”.

Stąd też jednym z przyczyn dylematów moralnych, w minionych piętnastu latach, są zmieniające się jej pryncypia⁹. Początkowo silnie akcentowany jest aspekt biologicznego życia człowieka, którego można naprawić jak

1. Pius XII, Trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie. Discours aux participants du IX Congrès de la Société italienne d'anesthésiologie, 24.07.1957, AAS 49(1957), s. 129-147.
2. S. Bailey, The Concept of futility in health care decision making, Nurs. Ethics 11(2004) nr 1, s. 78-83.
3. Por. M. Ardagh, Futility has no utility in resuscitation medicine, J. Med. Ethics 26 (2000), s. 369.

4. J. Umiastowski, Uporczywa terapia, w: Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła, red. A. Muszala, Radom 2005, s. 493-495.
5. E.D. Pellegrino, Decisions at the end of life – the abuse of the concept of futility, „Practical Bioethics” 1 (2005) nr 3, s. 3-6.
6. D.L. Dickenson, Are medical ethicists out of touch? Practitioner attitudes in the US and UK towards decisions at the end of life, J. Med. Ethics 26 (2000), s. 254-260.
7. S.P. Keenan, K.D. Busche, L.M. Chen, L. McCarthy, K.J. Inman, W.J. Sibbald, A retrospective review of a large cohort of patients undergoing the process of withholding or withdrawal of life support, Crit. Care Med. 25 (1997), s. 1324-31.
8. EV 65.
9. Por. S. De Vito, On the value-neutrality of the concepts of health and disease: Unto the breach again, J. Med. Philos. 25 (2000) nr 5, s. 539-567.

„maszyn”, gdy się popsuje, a jego wydolność oszacować metodami statystycznymi. Według tych założeń stan choroby lub zdrowia wyznaczają wyniki badań. Autorem teorii biostatystycznej (*biostatistical theory*, BST) jest Ch. Boorse (1975)¹⁰. Metoda ta sprzyja przekonaniu, że jedynie lekarz może zdecydować o losie chorego, a zwłaszcza w stanach zagrożających życiu.

Powodem ostrzeżeniem przed paternalizmem jest głośna sprawa Karen Ann Quinlan znajdującej się przez kilka miesięcy 1976 roku w stanie śpiączki mózgowej. Lekarze nie chcą się zgodzić na przerwanie sztucznego podtrzymywania życia, pomimo prośby rodziców, uznając takie postępowanie za niedopuszczalne. W obronie rodziców występuje Sąd Najwyższy New Jersey (*the New Jersey Supreme Court US*) uchyla on orzeczenie sądu pierwszej instancji i dopuszcza odłączenie od respiratora. Okazuje się jednak, że Karen żyje bez wspomaganego oddechu przy zachowaniu sztucznego nawadniania i odżywiania jeszcze przez 10 lat, aby umrzeć z powodu powikłań zapalenia płuc w 1985 r.¹¹

Przypadek ten ujawnia, że medycyna w swojej determinacji ratowania życia może wyrzucić krzywdę umierającemu człowiekowi, dla którego nie ma już ratunku. Człowiek nie może być ograniczony tylko do czynności fizjologicznych organizmu. Nikomu nie wolno, a zwłaszcza lekarzowi, sprowadzić osobę do roli rzeczy lub jednego z elementów przyrody. Ten sposób postępowania jest pomniejszeniem pozycji człowieka stanowiącego z woli Boga centrum stworzenia. Skoncentrowanie się w badaniach na poszczególnych elementach organizmu grozi również niebezpieczeństwem utraty z pola widzenia natury człowieka będącego istotą powołaną do życia, jako całość duchowo-cieleśną. Zatem nie wolno utracić z pola widzenia tej jednostki oraz duszy człowieka stanowiącej jego zasadę duchową, o czym przypomina Jan Paweł II¹². Nauka ta jest sformułowana już w średniowieczu przez XV Sobór Powszechny w Vienne (1311-1312), który określa ją jako artykuł wiary, że: [...] „dusza rozumna, czyli intelektualna, jest sama przez się – tzn. bez innego podłoża – i z istoty swojej, «formą» ciała” (por. Konstytucja «*Fidei catholicae*», DS 902).

Przeciwstawiając koncepcji biostatystycznej jest teoria J. Lenox'a (1995), który w przeciwieństwie do Ch. Boorse'a twierdzi, że zdrowie i choroba są wartościami obiektywnymi¹³. Według niego celem nadrzędnym terapii jest życie stanowiące wartość bezwzględna¹⁴. Zapomina on jednak, że chory oczekuje od lekarza uwolnienia od cierpienia, a nie tylko wydłużenia agonii, po to by na krótki czas oddalić śmierć, spostrzegając K. Gibiński¹⁵. Tymcza-

sem nowoczesna medycyna zamiast ulgi w cierpieniu oferuje mu uporczywe terapię podtrzymujących procesy życiowe za cenę udziału w kosztownym eksperymencie. Tendencje te występują zwłaszcza w krajach o wysokim standardzie życia, np. w USA, gdzie wielu bogatych ludzi jest przekonanych, że jako opieki zdrowotnej i możliwości uratowania ludzkiego życia uzależnione są prawie wyłącznie od posiadanych dóbr materialnych. Tote dobrobyt i rozwój nowoczesnych technologii medycznych daje im złudzenie panowania nad swoim życiem¹⁶ i uznanie go za wartość absolutną, co stwarza niebezpieczeństwo zaciełko ci terapeutycznej¹⁷.

Dostrzegając te zagrożenia parlament Kalifornii USA uchwała w 1976 r. ustawę o naturalnej śmierci zezwalającą dorosłej osobie na pisemną zgodę zaprzestania stosowania środków podtrzymujących życie¹⁸. Podobnie czyni Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy (1976) wzywając samorządy lekarskie do wnikliwej analizy przepisów dotyczących podejmowania czynności reanimacyjnych i sztucznego podtrzymywania życia¹⁹. W tym samym duchu wypowiada się Wiatowe Stowarzyszenie Medyczne w „Deklaracji z Wenecji” (1983), zwanej także „Deklaracją w sprawie chorób śmiertelnych”. Dopuszcza ona możliwość pełnej oceny przez chorego i swobodnego podjęcia decyzji, co do dalszego leczenia lub zaprzestania go, w sytuacji, kiedy leczenie zawodzi a choroba nieuchronnie zmierza ku śmierci²⁰. Zaniedbanie sztucznego podtrzymywania życia jednak nie zwalnia lekarza z obowiązku opieki paliatywnej, chociaż powinien on powstrzymać się od stosowania nadzwyczajnych środków, niedających choremu żadnych korzyści²¹.

Zatem istotne jest nie tylko sprecyzowanie celu leczenia tak ze strony medycznej, jak i oczekiwań chorego lub jego opiekunów, ale również umiejętność przewidywania skutków. Oceny tej dokonuje lekarz na podstawie wiedzy, do wiadomości i obiektywnych wyników badań. Inne czynniki takie, jak wiek, płeć, warunki ekonomiczne są pomocne, lecz nie powinny w znaczącym stopniu wpływać na jego decyzję. Jan Paweł II uczy, że w obowiązku leży zasada, według której prawdziwym zadaniem medycyny jest «w miarę możliwości leczyć, a zawsze zapewniać opiekę» (*to cure if possible, always to care*)²².

2. CHORY JEST OSOBĄ

U schyłku XX w. zmienia się sposób traktowania chorego. Postawa paternalistyczna cechująca relacje lekarza z pacjentem stopniowo ustępuje miejsca partnerstwu, w którym lekarz na nowo odkrywa osobę i godność chorego.

10. C. Boorse, *On the distinction between disease and illness*, *Philos. Public A.* 5 (1975), s. 49-68; tenże, *Wright on functions*, „*Philosophical Review*” 85 (1976), s. 70-86; tenże, *Health as a theoretical concept*, „*Philosophy of Science*” 44 (1977), s. 542-573.
 11. H.C. Kinney, J. Korein, A. Panigrahy, P. Dikkes, R. Goode, *Neuropathological findings in the brain of Karen Ann Quinlan – the role of the thalamus in the persistent vegetative state*, *N. Engl. J. Med.* 330 (1994) nr 21, s. 1469-1475.
 12. Jan Paweł II, *Aby głębiej zrozumieć tajemnicę Boga, człowieka i stworzenia. Przemówienie do uczestników sesji plenarnej Papieskiej Akademii nauk*, 27.10.1998, *OsRomPol* 20 (1999) nr 2, s. 48-49.
 13. Por. J. Lennox, *Health as an objective value*, *J. Med. Philos.* 20 (1995), s. 499-511.
 14. S. De Vito, art. cyt., s. 539-567.
 15. K. Gibiński, *Globalizacja służby zdrowia i uprzemysłowiona terapia*, „*Medycyna po Dyplomie*” 11 (2002) nr 5 (74).

16. Por. J.J. Walter, *Medical futility – an ethical issue for clinicians and patients*, „*Practical Bioethics*” 1 (2005) nr 3, s. 1-6.
 17. Por. Papieska Rada «*Cor Unum*», *Questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti*, 27.07.1981, w: *Troska o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, red. K. Szczygiel, Tarnów 1998, s. 441.
 18. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toru 2000, s. 203-204.
 19. Tamże.
 20. A. Tulczyński, *Stanowisko wobec śmierci w świetle dokumentów deontologii lekarskiej*, w: *Śmierć i umieranie jako problem loża czyny i dydaktyczny w Akademii Medycznej*, Poznań 1985, s. 108.
 21. Por. J. Kowalski, *Powołanie lekarza wpisane w bezsilność medycyny wobec choroby i cierpienia*, w: M. Wróbel, *Partnerski charakter relacji między lekarzem i chorym. Aspekt moralny*, Kraków 2000, s. 5-8.
 22. Jan Paweł II, *Człowiek chory zawsze zachowuje swą godność. Przemówienie do uczestników międzynarodowego kongresu lekarzy «Terapie podtrzymujące życie a stany wegetatywne: postępy nauki i dylematy etyczne»*, 17-20.03.2004 r., *OsRomPol* 25 (2004) nr 6 (264), s. 20-22.

wiatowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization, WHO*) wyznaczają kierunek współczesnej medycynie podkreślając podmiotowe traktowanie chorego i unikając w ten sposób do tradycji hipokratesowej²³. Toteż lekarz podejmuje terapię zmagając się z czymś więcej niż tylko z dynamicznym zespołem zaburzeń czynności organizmu wywołanych czynnikami chorobotwórczymi zewnętrznymi lub wewnętrznymi, a w istocie białym źródłem choroby. Spotyka się on przede wszystkim z osobą, która choruje i cierpi. Jak ewoluuje jest to zwłaszcza w sytuacji postępującego starzenia się społeczeństwa Europy Zachodniej, które stawia medycynie nowe wyzwania terapeutyczne. Muriel R. Gillick z hebrajskiego centrum rehabilitacji osób w podeszłym wieku w Bostonie (Massachusetts, USA) przytacza, że na całym świecie cierpi na demencję ok. 30 mln ludzi w podeszłym wieku. U wielu z nich życie jest możliwe tylko dzięki sztucznemu odżywianiu i nawadnianiu oraz innym wspomagającym technikom.

Ważnym tego problemu podkreśla fakt, że w USA każdego roku wykonywanych jest ok. 120 tys. zabiegów chirurgicznych umożliwiających sztuczne odżywianie u starszych osób²⁴. Zjawisku temu towarzyszy również stopniowe zmniejszanie się szacunku dla życia i jego wartości oraz zanik solidarności międzyludzkiej. Sprzyja to wywieraniu nacisku na służbę zdrowia, aby zmniejsza koszt utrzymania przy życiu osób białych w stanie życia wegetatywnego, zwłaszcza starszych. Zaskakującym w tej dyskusji jest fakt, że problem ten dotyczy krajów najbogatszych. Etyka katolicka nie dopuszcza możliwości kalkulacji opłacalności podstawowego dobra, jakim jest życie ludzkie. Niebezpieczne jest również traktowanie godności człowieka w sposób względny i zależny od jego życia. Postępowanie takie staje się przyczyną dyskryminacji i reglamentowania prawa do życia stając się ekskluzywnym przywilejem dostępnym tylko dla wybranych. Stąd tego rodzaju praktyki są w istocie zamaskowanym eugenik²⁵.

3. UDZIAŁ CHOREGO W PODEJMOWANIU DECYZJI

Edmund D. Pellegrini przekonuje, że dyskusja nad uporczywą terapią powinna rozwinąć z jednej strony stanowisko pacjenta, lekarza, rodziny chorego i innych członków zespołu medycznego, a z drugiej strony skuteczność korzyści i ciary leczenia²⁶. Zatem uwzględnienie woli chorego ma znaczenie fundamentalne, jeżeli jest on zdolny do wyrażenia jej w sposób wiadomy²⁷. Toczy się jednak spór, jak dalece należy szanować jego autonomię zwłaszcza, gdy wcześniej zastrzegł, aby go nie reanimować w przypadku zatrzymania akcji serca (*Do not resuscitate, DNR*)²⁸. Proponowane rozwiązania różnią się w poszczególnych krajach.

Na przykład w USA w stanie Nowy Jork prawo zezwala na poszanowanie DNR już w 1988 r. Natomiast Brytyjskie Stowarzyszenie Lekarzy (*The British Medical Association*) wydaje wytyczne dotyczące niepodejmowania lub zaprzestania sztucznego podtrzymywania życia (*withholding/withdrawing*) wynikające z praw człowieka ratyfikowanych przez parlament (*The Human Rights Act 1998*). Stąd też lekarz nie jest zobowiązany do podtrzymywania życia za wszelką cenę, a wiąca po rednio respektowana jest wola chorego przedstawiona w formie DNR. Niektórzy autorzy (np. B.A. Ditillo; D.J. Murphy) przekonani są, że lekarz nie ma obowiązku uwzględnienia opinii chorego, gdy jako profesjonalista najlepiej potrafi ocenić, czy dana terapia jest daremna, czy też nie²⁹. W ten sposób stają się oni zwolennikami postawy skrajnie paternalistycznej. Dla uzasadnienia jej używają argumentu autonomii i integralności decyzji lekarskiej oraz „przywileju” terapeutycznego. Stanowisko to jest trudne do zaakceptowania, ponieważ godność człowieka zobowiązuje lekarza do wzięcia chorego w podejmowanie decyzji dotyczących jego życia. Zatem konieczna jest wiadoma i uprzednia zgoda na rezygnację z uporczywej terapii³⁰. Lekarz, jeżeli tylko pozwala na to sytuacja, musi rozmawiać z chorym.

Powinno to czyni również z chorym dzieckiem, najlepiej w obecności rodziców i starać się je wysłuchać. Zapewne przyczyni się to do umocnienia wzajemnego zaufania. Dlatego w niektórych wypadkach powinno być ono włączone w podejmowanie decyzji dotyczących jego osoby, nawet tak trudnych jak rezygnacja z uporczywej terapii³¹. Proponowane postępowanie zgodne jest z przesłankami „pryncypializmu”³². Wymaga to jednak od lekarza oceny dojrzałości dziecka, którą zdobywa ono stopniowo. Przeciwnie w wieku 2-7 lat nie potrafi ono w pełni zrozumieć przyczyn leczenia, a więc nie może podjąć samodzielnej decyzji. W wieku 7-11 lat zaczyna myśleć w sposób logiczny i abstrakcyjny, ale ocena własnego położenia jest dla niego jeszcze zbyt trudna. Natomiast w wieku 14 lat zazwyczaj umie już ono włączyć w ocenę sytuacji, podobnie jak dorosły człowiek³³. Badania potwierdzają, że dziecko chore ciężej i przewlekle wykazuje większą dojrzałość pod tym względem niż jego rówieśnicy. Prawo dziecka do uczestniczenia w podejmowaniu decyzji terapeutycznych jest uwzględnione dopiero w 1985 r.³⁴ i znajduje potwierdzenie w Konwencji Praw Dziecka ONZ (*Convention on the Rights of the Child, 1989*)³⁵.

Niekażda jednak decyzja dziecka w wieku 14 lat jest dojrzała. Dlatego w sytuacji jego sprzeciwu wobec terapii,

23. World Health Organization, *World Health Report 1998*, Geneva 1998.

24. M.R. Gillick, *Artificial nutrition and hydration in the patient with advanced dementia: is withholding treatment compatible with traditional Judaism?*, *J. Med. Ethics* 27 (2001), s. 12-15.

25. Por. Jan Paweł II, *Człowiek chory zawsze zachowuje swą godność*, przem. cyt., s. 20-22.

26. E.D. Pellegrino, art. cyt., s. 3-6.

27. F. Zerbe, *Paternalizm w stosunkach lekarz-pacjent. Zagrozenia i korzyści*, „*Ethos*” 7 (1994) nr 1-2 (25-26), s. 179.

28. P. Biegler, *Should patient consent be required to write a do not resuscitate order?*, *J. Med. Ethics* 29 (2003), s. 359-363.

29. Por. B.A. Ditillo, *Should there be a choice for cardiopulmonary resuscitation when death is expected? Revisiting an old idea whose time is yet to come*, *J. Palliat. Med.* 5 (2002), s. 107-116; D.J. Murphy, *Do not resuscitate orders: time for reappraisal in long term care institutions*, *JAMA* 260 (1988), s. 2098-101.

30. P. Biegler, art. cyt. s. 359-363.

31. B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz – pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Kraków 2002, s. 47.

32. K. Szewczyk, *Rozumie siebie i innych. Zarys psychologii*, Tarnów 1994, s. 174.

33. Ch. Doig, E. Burgess, *Withholding life-sustaining treatment: Are adolescents competent to make these decisions?*, *CMAJ* 1 (2000) nr 62 (11), s. 1585-1585.

34. K. Street, R. Ashcro, J. Henderson, A.V. Campbell, *The decision making process regarding the withdrawal or withholding of potential life-saving treatments in a children's hospital*, *J. Med. Ethics* 26 (2000), s. 346-352.

35. United Nations Centre for Human Rights and Unicef, *The United Nations Convention on the Rights of the Child, 20.11.1989*, Geneva 1989.

której zastosowanie jest konieczne, powinno się odwołać do sędziów opieki i ich decyzji³⁶. Wymaga to jednak rozważań, gdy można na zaprzeczenie współpracować z dzieckiem³⁷. W okolicznościach bezpodległego zagrożenia życia, kiedy istnieje szansa uratowania go, lekarz powinien mieć odwagę postąpić zgodnie ze sztuką leczenia i głosem własnego sumienia, choćby chory sprzeciwiał się. Później będzie czas na wyjaśnienia, o ile on przeżyje. Wyjtkowo tej sytuacji nie umniejsza w niczym obowiązek uwzględnienia, przynajmniej w jakimś stopniu, woli dziecka w podejmowaniu decyzji terapeutycznych. Stąd też i osoba małoletnia posiada prawo do współdecydowania o zaniechaniu uporczywej terapii.

4. JAKIE ZASTOSOWAĆ RODKI MEDYCZNE?

Lekarz w podejmowaniu decyzji o zaprzestaniu dalszego leczenia rozstrzyga m.in., jakie rodzki medyczne są już wykorzystane i jakimi może jeszcze dysponować. W praktyce używane jest rozróżnienie między rodzajami „zwykłymi” i „nadzwyczajnymi” (*distinction between extraordinary and ordinary*), to znaczy „proporcjonalnymi” do stanu chorego i „nieproporcjonalnymi”. Wciąż pozostaje aktualne zdanie wyrażone przez papieża Piusa XII w czasie przemówienia do międzynarodowego zgromadzenia lekarzy anestezyjologów 24.07.1957 r.³⁸ Do „zwykłych” zalicza on lekarstwa, zabiegi i metody lecznicze wykorzystywane w codziennej praktyce medycznej, a niepowodzenie dodatkowe bólu, złego samopoczucia oraz nienaradzący się koszty na nadzwyczajne³⁹. Natomiast mianem „nadzwyczajnych” określa wszystkie te, które nie gwarantują skuteczności, a mogą narazić chorego na szczególnie poważne prawdopodobieństwo bólu, cierpienia, kosztów lub innych przykrych dla niego lub rodziny niedogodności. Zatem przy wyborze rodzaju wchodzi w grę przewidywanie dotyczące jego skutku i dalszej terapii. W przypadku nikłych szans na uzyskanie zadowalających wyników, obowiązek ich wykorzystania jest mniejszy albo żaden. Zaciąganie za winy przez zaniedbanie, nie jest wówczas rozpatrywane w kategoriach przestępstwa prawnego czy moralnego. Stanowisko to potwierdza i obszernie komentuje Kongregacja Nauki Wiary w Deklaracji o eutanazji, opublikowanej 5.05.1980 r.⁴⁰ Kevin O'Rourke uzasadnia, że poświęcenie życia człowieka, do którego nawołuje Pius XII w swoim przemówieniu jest podstawą rezygnacji z pewnych nadzwyczajnych metod leczenia⁴¹.

Choć w medycynie stopniowo odchodzi się od tego rodzaju podziałów, to jednak w praktyce wciąż jest on wykorzystywany, ponieważ określenie „nadzwyczajne” odnosi się do rodzajów, których lekarz nie ma obowiązku stosować. Potwierdza to przekonanie D.L. Dickenson, przytaczając wyniki badań, według których za rozróżnieniem rodzajów jest 69% pielęgniarek w UK i 70% w USA⁴².

Prezydencka komisja bioetyki USA rezygnuje z rozróżnienia między niepodejmowaniem, a zaniechaniem czynności ratujących życie ze względu na ten sam skutek, jaki one powodują⁴³. Uproszczenie to niewiele jednak pomaga lekarzowi podejmującemu trudną decyzję.

W ocenie Papieskiej Rady „Cor Unum” rozróżnienie rodzajów na „zwykłe” i „nadzwyczajne” jest konieczne zwłaszcza w sytuacji dylematów moralnych dotyczących granicy utrzymania chorego przy życiu. Wówczas lekarzowi powinna towarzyszyć wiadomość, że życie doczesne, chociaż jest wartościowym podstawem, to jednak nie absolutem. Natomiast użycie terminów równoznacznych takich, jak: „proporcjonalny” i „nieproporcjonalny” w istocie nie wnosi niczego nowego, ale jest bardziej precyzyjne w odniesieniu do stanu klinicznego chorego. Zastosowanie kryteriów rozróżnienia rodzajów „nadzwyczajnych” od „zwykłych” jest uzależnione od oceny lekarskiej. Zazwyczaj jest ona obiektywna, gdy dotyczy sposobu działania rodzajów, zobowiązań finansowych oraz sprawiedliwego wykorzystania. Natomiast ma ona charakter subiektywny w przypadku określenia stanu psychicznego chorego i odczuwanego przez niego cierpienia. W każdej z tych sytuacji na lekarzu spoczywa obowiązek wyboru właściwego rodzaju w celu osiągnięcia dobra pacjenta, a nie tylko doraźnych korzyści terapeutycznych⁴⁴. Toteż decyzja o zaniechaniu uporczywej terapii może zostać podjęta tylko przez dołączony zespół w oparciu o dokładne badania i po wyczerpaniu wszystkich proporcjonalnych rodzajów.

W dyskusji nad rezygnacją z nadzwyczajnych rodzajów kryterium daremności zjologicznej nie przekonuje wszystkich, gdy poświęcenie to jest względne i często uzależnione od tego, jakimi specjalistami oraz rodzajami technicznymi dysponuje dany ośrodek medyczny. Granicy ludzkiego życia nie może równie wyznaczyć przy pomocy badań statystycznych, ani wypracować w drodze porozumienia społecznego między zespołem lekarskim a chorym i jego rodziną. Chociaż tego rodzaju próby są wciąż podejmowane. Jedną z nich jest oszacowanie w liczbach prawdopodobieństwa przeżycia pacjenta. Według tej koncepcji terapia powinna być kontynuowana przy możliwie jak największym lub najmniejszym nielicznym prawdopodobieństwie przeżycia pacjenta. Przy doborze rodzajów medycznych należy zawsze kierować się zasadą szacunku dla godności i wartości życia. „Nie wszystko bowiem, co jest możliwe z naukowego punktu widzenia, staje się tym samym dopuszczalne moralnie⁴⁵. Stąd też lekarz powinien zrezygnować z leczenia nieskutecznego lub nasilającego cierpienie oraz narzucania choremu nadzwyczajnych i rzadko stosowanych metod leczenia stwarzających złudzenie uratowania życia. Natomiast w sytuacji zbliżającej się śmierci personelu medycznego zobowiązany jest zapewnić umierającemu wsparcie zwłaszcza, gdy doznaje on pokusy rozpaczy (por. EV 67)⁴⁷.

36. Ustawa o zawodzie lekarza, DzU (1997) nr 28, poz. 152, art. 32-34.

37. St. Zdebska, J. Armata, *Percepcja choroby i leczenia u starszych dzieci chorych na nowotwory krwi*, „Pediatria Polska” 56 (1981) nr 8, s. 969.

38. Tamże.

39. Por. IB 3.

40. IB 3.

41. J.T. Eberl, *Extraordinary care and the spiritual goal of life: A Defense of the view of Kevin O'Rourke, O.P.*, „National Catholic Bioethics Quarterly” 5 (2005) nr 3, s. 491-501.

42. D.L. Dickenson, art. cyt., 254-260.

43. Por. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Deciding to forgo life-sustaining treatment: ethical, medical and legal issues in treatment decisions*, Washington 1983.

44. Papieska Rada „Cor Unum”, dok. cyt., s. 441.

45. S. Bailey, art. cyt., s. 78-83.

46. Jan Paweł II, *Medycyna a prawa człowieka. Przemówienie do uczestników Jubileuszu Lekarzy Katolickich*, OsRomPol 21 (2000) nr 9 (226), s. 35-36.

47. Tenże, *Chorzy na raka wołaj o pomoc. Przemówienie do uczestników Kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Onkologii Ginekologicznej*, OsRomPol 21 (2000) nr 2 (220), s. 42-44.

5. MIER MÓZGU RÓWNOZNACZNA ZE MIERCIO OSOBY

Do połowy XX w. określenie „uporczywa” terapia lub zamiennie „daremną” stosowane jest przede wszystkim w odniesieniu do nieskutecznej resuscytacji kręgowo-oddechowej (*cardiopulmonary resuscitation, CPR*) w wyniku, której dochodzi do śmierci mózgu (*brain death – BD*) lub śmierci pnia mózgu (*brain stem death – BSD*)⁴⁸. Jeśli chory znajduje się w stanie nieodwracalnego życia wegetatywnego⁴⁹ to kryterium upoważniającym do zaprzestania dalszej terapii podtrzymującego życie jest stwierdzenie śmierci mózgu⁵⁰. Procedura ta opiera się na ustaleniach Komisji Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Harvarda (1968), która śmierć mózgu uznaje za śmierć osoby ludzkiej, chociażby istniała spontaniczna czynność narządów, a zwłaszcza serca⁵¹. W roku 1971 A. Mahandas i S.N. Chou opisują nieodwracalne uszkodzenie pnia mózgu stwierdzone na podstawie klinicznego badania⁵². Od tej chwili równorzędnie traktowane są kryteria BD i BSD. Stąd też BD uznana jest w 1981 r. za granicę wyznaczającą kres ludzkiego życia⁵³. Podobne stanowisko zajmuje w roku 1985 i 1989 grupa specjalistów z Papieskiej Akademii Nauk⁵⁴. Należy podkreślić, że rozwój zaniechanie nie zadowalał wszystkich, gdyż zgon jest dla nich czymś więcej aniżeli tylko stwierdzeniem śmierci mózgu. Stąd też próbują udowodnić, że istnieją takie stany, kiedy chory w nieodwracalny sposób traci świadomość, ale nie stwierdza się u niego śmierci mózgu⁵⁵. W Polsce śmierć stwierdzana jest na podstawie śmierci pnia mózgu, a wytyczne w tej sprawie zawiera Komunikat Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z 1996 roku⁵⁶. Współcześnie równorzędnie wykorzystywane są kryteria śmierci mózgu i pnia mózgu⁵⁷.

Kościół Rzymsko-Katolicki nie zajmuje się formułowaniem medycznej definicji śmierci. Natomiast ukazuje chrześcijańską wizję jednoosobowości i dba o szacunek należny ludzkiej godności. Stąd też opierając się na aktualnych badaniach medycznych wskazuje na zbicie noce i ewentualne zagrożenia. W tej perspektywie analizuje c

problem definicji śmierci, opartej na stwierdzeniu całkowitej i nieodwracalnej aktywności mózgu, nie znajduje on sprzeczności z założeniami antropologii chrześcijańskiej. Toteż lekarz może posługiwać się tym kryterium w przekonaniu, że daje ono „pewno moralne” niezabudzenie i wystarczająco zrazem dla etycznie poprawnego działania⁵⁸. Nie przekreśla to też dalszych badań ewentualnej zmiany definicji, jeżeli będzie ona zgodna z antropologią katolicką. Należy jednak pamiętać, że dla wierzącego „śmierć jest oddzieleniem się zasady życia, czyli duszy, od cielesnej rzeczywistości człowieka. Śmierć osoby, rozumiana w swoim zasadniczym sensie, jest wydarzeniem, którego nie może bezpośrednio uchwycić żadna technika naukowa ani metoda empiryczna”⁵⁹.

6. OBOWIĄZEK OPIEKI NAD CHORYM W STANIE WEGETATYWNYM

Problem terapii uporczywej dotyczy również stanów chorobowych niedających szansy na poprawę jakości życia i nieuchronnie zmierzających ku śmierci⁶⁰. W wątpliwość jawi się zwłaszcza w odniesieniu do: nowoczesnych metod sztucznego i długotrwałego podtrzymywania funkcji życiowych (*life-sustaining treatments, LST*) oraz przetrwałego stanu wegetatywnego (*persistent vegetative states, PVS*). Istotną przeszkodą w rozwoju jest brak precyzyjnej definicji stanu wegetatywnego spowodowanego różnymi uszkodzeniami mózgu⁶¹. Utrudnia to dokonanie wyraźnego rozróżnienia między stanem wegetatywnym, rokującym poprawę, a przetrwałym stanem wegetatywnym PVS trwającym dłużej niż rok, co sprzyjałoby domniemaniu diagnostycznemu⁶². Wynika to z faktu, że określenie PVS nie jest diagnozą medyczną, ale jedynie stwierdzeniem zmniejszającym się prawdopodobieństwo powrotu do zdrowia wraz z wydłużaniem się czasem trwania tego stanu. Znane są przecie przypadki wybudzenia chorego i powrotu do zdrowia nawet po wielu latach. Stąd też obserwowana jest bezsilność medycyny wobec przewidywania losu chorego⁶³. W dyskusji nad uporczywą terapią należy również uwzględnić problem dalszego podtrzymywania sztucznego nawadniania i odżywiania (*assisted nutrition and hydration, ANH*) chorego będącego w stanie życia wegetatywnego⁶⁴.

Jan Paweł II przestrzega przed odmawianiem człowieczeństwa chorym będącym w stanie PVS i umniejszaniem

48. Por. Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, *A definition of irreversible coma*, JAMA 205 (1968), s. 337-340.

49. W. Glannon, *Tracing the soul: medical decisions at the margins of life*, Christ. Bioeth. 6 (2000) nr 1, s. 49.

50. N.M. Lazar, S. Shemie, G.C. Webster, B.M. Dickens, *Bioethics for clinicians: 24. Brain death*, JAMA 164 (2001) nr 6, s. 833-836; H.J. Türük, *Śmierć mózgową w aspekcie łoża czynym*, w: *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, w: *Materiały z sympozjum w Kamieniu 1 skim, 15-16.04.1996*, red. A. Marcol, Opole 1996, s. 59.

51. Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, *A definition of irreversible coma*, JAMA 205 (1968), s. 337-340.

52. C. Machado, *A definition of human death should not be related to organ transplants*, J. Med. Ethics 29 (2003), s. 201-202; A. Mohandas, S.N. Chou, *Brain death. A clinical and pathological study*, J. Neurosurg. 35 (1971), s. 211-218.

53. Por. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioural Research, *Determining death: a report on the medical, legal, and ethical issues in the determination of death*, Washington 1981.

54. Papieska Akademia Nauk, *Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci, 21.10.1985*, w: *Troska o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, red. K. Szczygieł, Tarnów 1998, s. 453-454.

55. R. Bohatyrewicz, A. Makowski, S. Kpiński, *Rozpoznanie śmierci mózgu*, w: *Transplantologia kliniczna*, dz. cyt., s. 58.

56. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, *Komunikat o wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu*, „Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia” (1996) nr 13, poz. 36.

57. R. Bohatyrewicz, A. Makowski, S. Kpiński, art. cyt., s. 51.

58. Jan Paweł II, *Poszukiwania naukowe muszą szanować godność ludzkiej istoty. Przemówienie do uczestników Kongresu Wiatowego Towarzystwa Transplantologicznego, 20.08.2000*, OsRomPol 21 (2000) nr 11-12 (228), s. 37-39.

59. Tamże.

60. Por. T. Tomlinson, *Futile care in oncology: when to stop trying*, Lancet Oncol. 2 (2001), s. 759.

61. Por. N.D. Schi, U. Ribary, D.R. Moreno, B. Beattie, E. Kronberg, R. Blasberg, J. Giacino, C. McCagg, J.J. Fins, R. Llinas and F. Plum, *Residual cerebral activity and behavioural fragments can remain in the persistently vegetative brain*, „Brain” 125 (2002), 1210-1213.

62. G.L. Giglia, M. Valenteb, *Withdrawal of nutrition and hydration in the vegetative state patient: Societal dimension and issues at stake for the medical profession*, „NeuroRehabilitation” 19 (2004), s. 315-328; por. K. Andrews, L. Murphy, R. Munday and C. Littlewood, *Misdiagnosis of the vegetative state: retrospective study in a rehabilitation unit*, Br. Med. J. 313 (1996) s. 13-16; N.L. Childs, W.N. Mercer and H.W. Childs, *Accuracy of diagnosis of persistent vegetative state*, „Neurology” 43 (1993), s. 1465-1467.

63. Jan Paweł II, *Człowiek chory zawsze zachowuje swoją godność*, przem. cyt., s. 20-22.

64. G.L. Giglia, M. Valenteb, art. cyt., s. 316.

w ten sposób ich wartość osobowej i godności. Nie można bowiem porównywać życia człowieka znajdującego się w stanie wegetatywnym do rośliny. Określenie „wegetatywny” nie jest precyzyjnym terminem, gdyż nie oddaje w pełni stanu egzystencjalnego chorego, o którego życiu psychicznym i duchowym niewiele wiemy. Badania potwierdzają, że istnieje u niego pewna forma komunikacji i analizy bodźców nerwowych. Toteż człowiek pozostaje człowiekiem zawsze, chociażby radykalnie zmieniły się warunki jego życia, jak to ma miejsce w PVS. Nigdy nie ulega zmianie jego wartość i osobowa godność, a on sam nie może stać się „rośliną” czy „zwierzęciem”. Należy pamiętać, że chory znajdujący się w PVS w pełni zachowuje swój ludzki godność, gdyż nawet na chwilę nie przestaje go kochać Bóg Ojciec, dla którego jest on dzieckiem potrzebującym szczególnej opieki⁶⁵.

Przeciwnikiem wartości życia ludzkiego jest P. Singer. Od wielu lat zarzuca on Kościołowi Katolickiemu, że „[...] kurczowo trzyma się moralnej różnicy między wszystkimi istotami ludzkimi (niezależnie od ich umysłowych możliwości), a wszystkimi zwierzętami, podkreślając, że wyłącznie życie ludzkie jest wartościowe⁶⁶. Odrzucając istnienie Boga stosuje on „użyteczny” norm moralny opartą na jakości życia. Według niego człowiek jest celem samym w sobie. Jego życie ma sens tylko wówczas, jeżeli jest pełnowartościowe i przyczynia się do szczęścia innych. Dla niego „witalne konie, owce lub szczury zasługują na życie w większym stopniu niż chorzy w stanie śpiączki, którzy na skutek choroby nie mają ani wiadomości, ani własnych interesów”⁶⁷.

Peter Singer umiejętnie przemilcza fakt, że zasada wartości życia jest fundamentem o wiele starszej tradycji judaistycznej⁶⁸. Według niej każdy jest zobowiązany do ochrony ludzkiego życia (*nefesh pikuach*), gdyż to Bóg jest jego źródłem. Zatem konsekwentnie należy chronić człowieka również wówczas, kiedy jego siły witalne są na tyle osłabione, że nie może samodzielnie żyć⁶⁹. Argumenty opierają się również na żydowskim prawie (*halacha*) i odnoszą się do wszystkich chorych z wyjątkiem znajdujących się w stanie terminalnym, gdzie terapia uparczywa potęguje cierpienie. Zatem w przypadku demencji, czy też zaawansowanej choroby umysłowej nie ma podstaw do przerwania sztucznego nawadniania i odżywiania. Zwłaszcza, że ci leżący ujmują to zagadnienie tego rodzaju opieka nie jest zaliczana do zabiegów medycznych.

W tradycji judaistycznej lekarz nie jest zobowiązany przedłużać życia, jeżeli chory jest bliski śmierci (*goses*). Niektórzy autorzy, m.in. M.R. Gillick, rozszerzają tę interpretację uznając za bliskie śmierci osoby pozostające w skrajnej demencji umysłowej wymagające sztucznego odżywiania i nawadniania. Stąd też dopuszczają możliwość

usunęcia przeszkody niepozwalającej choremu umrzeć, nawet, jeżeli nie jest w stanie agonalnym (*goses*), ale jego śmierć przewidywana jest w bliskim czasie (*treifah*). W ich opinii podział jest anachroniczny, ponieważ w przeszłości lekarz nie potrafił z dużym prawdopodobieństwem przewidzieć zbliżającej się śmierci, czyli stanu *treifah*⁷⁰. Przesłanką wykorzystywano w celu usprawiedliwienia zaniechania sztucznego odżywiania osób bliskich w skrajnej demencji⁷¹. Przeciwnikami tego rodzaju rozważań są przedstawiciele tradycyjnego judaizmu, którzy uznają karmienie i pojenie jako czynności wynikające z natury człowieka, podobnie jak oddychanie⁷².

Stąd też wynika, że tradycja judeochrześcijańska w sposób zdecydowany broni zasady wartości życia obywateli również w odniesieniu do osób u których rozpoznano PVS. Chory znajdujący się w tym stanie, w oczekiwaniu na przebudzenie lub naturalną śmierć, ma niezbywalne prawo do podstawowej opieki medycznej (odżywiania, podawania płynów, higieny osobistej, regulowania temperatury, itp.) oraz przeciwdziałania powikłaniom związanym z tym stanem np. leczenia infekcji i odleżyn. Opiekunowie medyczni powinni mu zapewnić stosowną rehabilitację i prowadzić rzetelną obserwację stanu jego zdrowia, aby nie przeoczyć oznak ewentualnego przebudzenia. Zaniedbanie tych obowiązków ze strony lekarza, personelu medycznego i społeczeństwa jest sprzeczne z zasadami etyki zawodowej oraz narusza podstawy solidarności ludzkiej i chrześcijańskiej⁷³.

Z tego rodzaju naruszeniem prawa do życia i stosowania zwyczajnych środków medycznych mamy do czynienia w przypadku „Terri” (Theresa Marie) Schiavo, 41-letniej kobiety znajdującej się od 15 lat w PVS, której wyrokiem sądu okręgowego przestano sztucznie odżywiać pomimo apelu o odroczenie tej decyzji ze strony Kongresu USA i sprzeciwu jej rodziców. Brak pokarmu jest bezpośredni przyczyną jej śmierci w dniu 31.03.2005 r. Stąd oparł się na domniemanym życzeniu Terri, przedstawionym przez matkę, aby nie podtrzymywać jej życia, jeżeli znajdzie się w takim stanie⁷⁴. Niewłaściwie orzeczenie sądu stwarza groźny precedens i narusza fundamentalne zasady wartości życia.

Episkopat USA wyjątkowo już w 1992 r., że niemoralne jest niepodanie w sposób sztuczny, pożywienia i płynów, dlatego że pacjent nie umiera, a komu wydaje się, że powinien już umrzeć. Natomiast jest moralne zaprzestanie tego działania, dlatego, że pacjent już umiera, a działanie to sprawia dodatkowe cierpienie⁷⁵. Jan Paweł II podkreśla, że: „[...] Podawanie pacjentowi wody i pożywienia, nawet gdy odbywa się w sposób sztuczny, jest zawsze naturalnym sposobem podtrzymania życia, a nie czynnością medyczną. W zasadzie należy to uznawać za praktykę zwyczajną

65. Jan Paweł II, *Człowiek chory zawsze zachowuje swój godność*, przem. cyt., nr 3.

66. P. Singer, *Wywiad. Postępu medycyny nie da się pogodzić z zasadą wartości życia*, rozmawia Sł. Zagórski, 10.04.1999. – <http://serwisy.gazeta.pl/nauka/1,34144,121230.html>; tenże, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, Warszawa 1997.

67. P. Singer, *Nie każdemu życie jest wartościowe*, „Forum” 37 (2001) nr 50 (1897), s. 9-11.

68. Por. E. Dor, *Matters of life and death. A Jewish approach to modern medical ethics*, Philadelphia 1998.

69. Por. F. Rosner, *Jewish perspectives on death and dying*, „Jewish Medical Ethics” 2 (1991), s. 38-45.

70. Por. Z. Schostak, *Ethical guidelines for treatment of the dying elderly*, „Journal of Halacha and Contemporary Society” 22 (1991), s. 62-86.

71. M.R. Gillick, art. cyt., s. 12-15.

72. Por. F. Friedman, *The chronic vegetative patient: a Torah perspective*, „Journal of Halacha and Contemporary Society” 24 (1993), s. 88-109. – Cyt. za: M.R. Gillick, art. cyt., s. 12-15.

73. Jan Paweł II, *Człowiek chory zawsze zachowuje swój godność*, przem. cyt., s. 20-22.

74. [b.a.], Wikipedia. *The free encyclopedia, Terri Schiavo*. – http://en.wikipedia.org/wiki/Terri_Schiavo

75. Michigan Catholic Conference, *Guidelines for end of life decisions: Patient, physician, and family. The durable power of attorney for healthcare*, Michigan 2006, s. 1-8.

i proporcjonalnie do potrzeb, a tym samym za moralnie nakazane, w zależności od tego, w jakiej mierze i przez jaki czas zdaje się ona służyć właściwym sobie celom, czyli w danym przypadku od wywołania pacjenta i zagrożeniu jego cierpienia⁷⁶.

W celu przeciwdziałania złej interpretacji woli chorego znajdującego się w PVS biskupi Michigan zachęcają do ustanowienia stałego pełnomocnika (*durable power of attorney for healthcare*, DPOA), który może podejmować za niego decyzje⁷⁷. Postępowanie to jest zgodne z prawem stanowym uchwalonym w 1990 r.⁷⁸ Pełnomocnikiem może być osoba pełnoletnia niespokrewniona z upoważnieniem go osobą bez zależności z nim słubowej lub materialnej. Nie może nim być również opiekujący się chorym lekarz lub opiekun medyczny. Pełnomocnik podejmuje decyzje dotyczące terapii w imieniu chorego w sytuacji, kiedy on sam nie może tego uczynić z wyjątkiem sytuacji nieetycznych, np. eutanazji⁷⁹. Postępowanie to jest zgodne również ze znanymi powszechnie zasadami moralnymi, która głosi, że: [...] „Nawet, jeśli istnieje wątpliwość, że mamy do czynienia z niewłaściwymi osobami, musimy okazywać im szacunek i powstrzymać się od jakichkolwiek kroków zmierzających do przyspieszenia jej śmierci⁸⁰. Stąd też nie można usprawiedliwić odmówienia choremu minimalnej opieki polegającej na podawaniu mu pokarmu i płynów, ponieważ ma niewielkie szanse na przeżycie, gdy znajduje się w stanie wegetatywnym dłużej niż rok. wiadome podjęcie takiej decyzji jest skazaniem chorego na dotkliwie cierpienie, choć niedostrzegalne dla opiekunów, oraz na śmierć z głodu i z pragnienia⁸¹”.

7. POMIĘDZY UPORCZYWĄ TERAPIĄ NOWORODKA A JEGO EUTANAZJĄ

Reakcja etyczna nad dylematem przerywania zabiegów podtrzymujących życie, powinna uwzględniać także opiekę nad noworodkiem. Oddziały opieki neonatologicznej mogą zapewnić warunki do wyzdrowienia, ale nie wszystkim. W miarę postępu w intensywnej terapii jest oczywistym faktem, że noworodek dawniej kwalifikowany do grupy niezdolnych do życia obecnie przeżywa. Niestety niektóre noworodki mają trwale uszkodzony system nerwowy i inne wady dla życia narządów. Tote pediatriści zmuszeni do nieustannej weryfikacji kryteriów podtrzymywania życia. Potwierdzają to badania przeprowadzone w 8 krajach Europy w latach 1994-97 w ramach projektu EURONIC (*The EURONIC Project: a European concerted action on information to parents and ethical decision-making in neonatal intensive care*). Program ten analizuje to zagadnienie w grupie noworodków, dla których nie ma najmniejszych szans na przeżycie oraz wśród tych, których życie może być podtrzymywane przy pomocy najnowocześniejszych metod. Wyniki tych badań potwier-

dza, że we wszystkich tych krajach rodzice mają prawo wyrazić wolę w imieniu dziecka. Odrzucenie ich decyzji wymaga zwrócenia się do sądu, chociaż w Luksemburgu lekarz może zrezygnować z uporczywej terapii pomimo sprzeciwu rodziców. W większości z tych krajów lekarz zobowiązany jest do opieki paliatywnej i unikania daremnej terapii, chociaż praktyka ta zostaje wprowadzana dopiero w latach dziewięćdziesiątych XX w. Czynnikiem sprzyjającym uporczywej terapii jest strach przed oskarżeniem lekarza przez rodziców o zaniedbanie obowiązku ratowania życia. Stąd też w wielu krajach tutaj uregulowania prawne dają możliwość obrony dziecka przed nadużyciami ze strony jego rodziców⁸². Z praktyki klinicznej wiadomo jednak, że nie ma takich przepisów, które rozstrzygają wszystkie problemy. Potrzeba zatem dużej intuicji, kompetencji i prawości charakteru, aby podjąć właściwe decyzje. Istnieje przecie zawsze możliwość popełnienia błędów, których lekarz powinien zmniejszyć do minimum.

Popieranie uporczywej terapii paradoksalnie sprzyja tworzeniu podstaw do zalegalizowanej lub ukrytej eutanazji. Wynika to przede wszystkim ze zmniejszenia psychicznego, choć ci uwolnienia się od ciężaru pielęgnowania chorego oraz laicyzacji społeczeństwa. Przypuszczenia te potwierdzają badania socjologiczne, chociaż przyczyn eutanazji jest dużo więcej⁸³. W wielu krajach Europy aktywne skrócenie życia dziecka jest oficjalnie zabronione. Praktyka jednak jest inna, gdy istnieje ciche przyzwolenie na eutanazję w Holandii, Francji, a w nieco mniejszym wymiarze w Hiszpanii, Włoszech, Szwecji, na Węgrzech i Litwie. Wątkiem tego problemu podkreśla badanie ujawniające, że zwolennikami liberalizacji prawa do eutanazji jest 53% lekarzy w Holandii, 24% we Francji i 7% na Litwie. Największe dozwolenie w tej dziedzinie ma Holandia. Eutanazja dorosłych sprzyja tworzeniu atmosfery dopuszczającej życie dziecka. Przepisy zostają pierwszy raz złagodzone w 1993-94 r. pod warunkiem wykonania jej według ustalonych procedur⁸⁴. Kolejna nowelizacja prawa holenderskiego dokonana jest w 2002 r. Stąd też daje ono jeszcze większą swobodę lekarzowi w podejmowaniu decyzji o eutanazji lub wspomaganym samobójstwie, a mianowicie opinii prokuratora zastępuje wniosek komisji złożonej z lekarza, prawnika i etyka. Prawo zezwala również na eutanazję dzieciom w wieku 12-15, po uzyskaniu zgody rodziców, lub bez ich zgody, jeśli są starsze i wyrażają taką wolę. Nie dopuszcza jednak ono możliwości eutanazji noworodków⁸⁵.

Wpływ na postawę względem eutanazji ma wiele czynników m.in. religijność oraz wiek personelu medycznego. Osoby o silnych przekonaniach religijnych są przeciwnie eutanazji, natomiast niepraktykujący i agnostycy dopuszczają taką możliwość. Podobnie młode pielęgniarki z małym stażem zawodowym zazwyczaj popierają eu-

76. *Michigan Public Act 312 of 1990. Michigan compiled laws annotated*, sec. 700.5501, West Group 2002.

77. Tamże.

78. Jan Paweł II, *Człowiek chory zawsze zachowuje swą godność*, przem. cyt., nr 4.

79. Tamże, nr 4-5.

80. Jan Paweł II, *Człowiek chory zawsze zachowuje swą godność*, przem. cyt., nr 4.

81. Tamże, nr 4-5.

82. H.E. McHale, M. Cuttini, G. Brölz-Voit, L. Randag, R. Mousty, A.M. Duguet, B. Wennergren, P. Benciolini, *Withholding/withdrawing treatment from neonates: legislation and official guidelines across Europe*, *J. Med. Ethics* 25 (1999) nr 6, s. 440-446.

83. Tamże.

84. Por. G. van der Wal, R.J. Dillmann, *Euthanasia in the Netherlands*, *BMJ* 308 (1994), s. 1346-1349.

85. Por. J. Weber, *Netherlands legalise euthanasia*, „*Lancet*” 357 (2001), s. 1189.

tanazj i liberalizacj prawa w tym wzgl dzie⁸⁶. W ród innych przyczyn dopuszczaj cych mier z lito ci s silne prze ycia emocjonalne oraz brak wsparcia ze strony do-wiadczonych lekarzy i piel gniarek. Powstrzymanie tego procesu wymaga wysiłku. Niebezpieczne jest zwłaszcza zbyt łatwe usprawiedliwianie zasady „podwójnego skutku” (*the principle of double effect*) wobec metod i rodków, których zastosowanie spowoduje co prawda ulg , ale i natychmiastow mier ⁸⁷.

Etyka katolicka jednoznacznie pot pia eutanazj , jako zamach na ludzkie ycie. Jan Paweł II wyja nia, e przez „eutanazj w ciłym i wła ciwym sensie nale y rozumie czyn lub zaniedbanie, które ze swej natury lub w intencji działaj cego powoduje mier w celu usuni cia wszelkiego cierpienia. Eutanazj nale y zatem rozpatrywa w kontek cie intencji oraz zastosowanych metod”⁸⁸. Intencja, jak kieruje si lekarz, jest niezwykle wa na. Nie zawsze bowiem zewn trzna ocena granicy mi dzy łagodzeniem cierpienia a zadaniem mierci, w niektórych wypadkach, jest mo liwa⁸⁹. rodek lub zabiegi medyczne wykorzystywane w codziennej piel gnacji mog równie spowodowa mier , je li u yte zostan niezgodnie ze sztuk lekarsk . K.M. Foley okre la eutanazj dosadnie, jako „leczenie cierpienia przez wyeliminowanie cierpi cego”⁹⁰. Zwolennicy eutanazji u ywaj argumentu zlej jako ci ycia i cierpienia spowodowanego zaciekló ci terapeutyczn . W ten sposób próbuj przedstawia si jako „miłosierni” wybawcy cierpi cego i jego najbli szych. Istnieje jednak wyra na ró nica mi dzy eutanazj a zaniechaniem uporczywej terapii⁹¹.

Nale y przypomnie , e równie dla nowonarodzonych obowi zuje moralna i prawna zasada równej warto ci ka dego ycia⁹². St d te eutanazji noworodka nie mo e usprawiedliwia lito , gdy człowiecze stwo przejawia si w troskliwej opiece, a do naturalnej jego mierci i solidarno ci z jego rodzicami. „Czyn eutanazji zatem wydaje si tym wi kszym wynaturzeniem, gdy zostaje dokonany przez tych, którzy powinni leczy chorego oraz opie-kowa si nim cierpliwie i z miłó ci ”⁹³. Staje si ona si aktem jeszcze bardziej godnym pot pienia, gdy przybiera form zabójstwa, dokonanego przez innych na dziecku, które w aden sposób jej nie da i nie wyraziło nigdy na ni zgody. Prawo dziecka do ycia i opieki medycznej nie mo e by dowolnie interpretowane przez dorosłych. W adnym wypadku o jego yciu nie mog przes dza wzgl dy emocjonalne lub ekonomiczne⁹⁴. Jan Paweł II

broni c prawa do ycia przypomina, e nie ma takich oko-liczno ci, które usprawiedliwiałyby zabicie dziecka. Jego choroba, niepełnosprawno i trudno ci ekonomiczne, z jakimi borykaj si rodzice, powinny raczej pobudza do wi kszej miłó ci. Dzieci maj bowiem „pełne prawo by zaliczane do kategorii ubogich, do których nale y Królestwo Niebieskie”⁹⁵.

Lekarz nie mo e pozosta sam w podejmowaniu tak trudnej decyzji, jak jest zaniechanie uporczywej terapii. Istnieje pilna potrzeba tworzenia interdyscyplinarnych zespołów wspieraj cych go. W swojej pracy powinny one uwzgl dni aspekty: medyczne, etyczne, prawne, reli-gijne, kulturowe oraz zobowi zania materialne chorego i jego rodziny⁹⁶. Ich zadaniem jest przedstawi w miar mo liwo ci rzeteln opini . Nie powinny jednak posiada prawa decydowania za lekarza, gdy byłoby to powa nym nadu yciem ograniczaj cym jego autonomi .

Oceniaj c od strony etycznej zaniechanie uporczywej terapii ze strony lekarza, nale y zaznaczy , e jest ono zgodne z nauczaniem ko cielnym. Potwierdza je swoim autorytetem Jan Paweł ucz c, e: „Od eutanazji nale y odró ni decyzj o rezygnacji z tak zwanej «uporczywej terapii», to znaczy z pewnych zabiegów medycznych, które przestały by adekwatne do realnej sytuacji chorego, poniewa nie s ju współmierne do rezultatów, jakich mo na by oczekiwa , lub te s zbyt uci liwe dla samego chorego i dla jego rodziny”⁹⁷.

8. WPŁYW CZYNNIKÓW MEDYCZNYCH, SOCJOLOGICZNYCH I PSYCHOLOGICZNYCH NA PODEJMOWANE DECYZJE

Podejmowane s analizy stawiaj ce sobie za cel wyja nie-nie wpływu ró nych czynników na decyzj lekarza i sposób jej podejmowania. Jednym z spo ród wielu jest program badawczy przeprowadzony w 1999 r. na grupie 1100 le-karzy skich. Potwierdza on przypuszczenie, e decyzje zale od osobistych przymiotów lekarza jego do wiad-czenia, specjalizacji, a nawet płci. Uwzgl dniaj c czynniki medyczne najłatwiej zrezygnowa jest lekarzowi z leczenia przeciwwzakrzepowego i transfuzji krwi, natomiast naj-trudniej z od ywiania i nawadniania pozajelitowego oraz podawania tlenu. Onkolodzy s gotowi zaniecha terapii z wyj tkiem antybiotykoterapii i transfuzji krwi. W grupie badanych kobiety miały wi cej obaw w podejmowaniu tej trudnej decyzji od m czyzn. W ród pozamedycznych czynników wpływaj cych na lekarza istotne znaczenie ma pro ba rodziny, by uczyniono wszystko, co jest mo liwe dla ratowania chorego⁹⁸.

Badania socjologiczne ujawniaj niejednorodno pogl dów społecznych na temat sztucznego podtrzymy-wania ycia osób nieuleczalnie chorych, a wi c po rednio

86. M. Cuttini, V. Casotto, M. Kaminski, I. de Beaufort, I. Berbig, G. Hansen, L. Kollé, A. Kucinskas, S. Lenoir, A. Levin, M. Orzalesi, J. Persson, M. Rebagliato, M. Reid, R. Saracci and other members of the EURONIC Study Group, *Should euthanasia be legal? An international survey of neonatal intensive care units sta* , Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed. 89 (2004), F19.

87. Por. R.M. Perkin, D.B. Resnik, *e agony of agonal respiration: is the last gasp necessary?* J. Med. Ethics 28 (2002), s. 164-169.

88. EV nr 65; IB; KKK 2277.

89. Pius XII, *Trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie*, przem. cyt., s. 135; por. KEL 32.

90. J. Łuczak, *Krzyk mierci. Medycyna wydłu a proces umierania*, „Polityka” (1998) nr 32 (2153), s. 20.

91. IB 3; W. Gubała, *Zagadnienia etyczne w anestezjologii i intensywnej terapii w nauczaniu Jana Pawła II*, w: *Ładami Boga i Człowieka. Ksi ga pamitkowa ku czci ks. prof. dra hab. Jana Kowalskiego*, red. J. Orzeszyna, Kraków 2000, s. 282-283.

92. I. A. Laing, G. C. Halley, *Kiedy przerwa opiek neonatologiczn* , *Aktualno ci Pediatryczne* 4 (1995) nr 3, s. 192-193.

93. EV 15.

94. EV 58; por. ten e, *Ładami dobrego Samarytanina. Rozwa anie przed modlitw „Anioł Pa ski”*, OsRomPol 21 (2000) nr 4 (222), s. 21.

95. Ten e, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Przemówienie do uczestników kongresu Papieskiej Rady ds. Rodziny*, OsRomPol 21 (2000) nr 3 (221), s. 33-35.

96. Por. A. Alchmiewicz, *Eutanazja a etyczne podstawy medycyny stanów terminalnych*, w: *Narodziny i mier . Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych ycia ludzkiego*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, Łódź 2002, s. 160-164.

97. EV 65.

98. H. Hinkka, E. Kosunen, R. Metsänoja, U-K. Lammi, P. Kellokumpu-Lehtinen, *Factors affecting physicians' decisions to forgo life-sustaining treatments in terminal care*, J. Med. Ethics 28 (2002), s. 109-114.

i uporczywej terapii. Zwolennicy zaprzestania sztucznego podtrzymywania życia nieuleczalnie chorego (44%) tylko nieznacznie przeważają nad tymi, którzy twierdzą, że życie chorego powinno być podtrzymywane do samego końca (39%). Wiele jest też osób niemających jasno sprecyzowanego poglądu (17%). Zapewne na kształtowanie opinii wpływa również stosunek do Boga. Stąd też trudnym do zrozumienia jest, że osoby podające się za głęboko wierzące, częściej od mało praktykujących lub niewierzących, których jest zaledwie 2%, są zwolennikami uporczywej terapii. Przekonania ich nie są zgodne z nauczaniem Kościoła dopuszczającego możliwość rezygnacji z nadzwyczajnych środków i sprzeciwiającego się uporczywej terapii. Z drugiej strony osłabienie wiary i mniejsze zaangażowanie w życie religijne sprzyja postawom przyzwalającym na odłączenie nieuleczalnie chorego człowieka od aparatury podtrzymującej życie⁹⁹.

Wpływ rodziny chorego na podejmowanie decyzji silniej zaznacza się w przypadku kobiet oraz młodych lekarzy nieposiadających dostatecznego doświadczenia¹⁰⁰. Czynniki emocjonalne nabierają szczególnego znaczenia w przypadku uporczywej terapii chorego terminalnie dziecka. Skalę problemu uwiadamia fakt, że tylko w USA każdego roku umiera około 3 tys. dzieci z powodu raka, zaburzeń odporności, wad genetycznych oraz przewlekłych chorób serca, płuc, nerek i wtroby¹⁰¹. Badania przeprowadzone wśród lekarzy pediatrycznych oddziałów intensywnej opieki medycznej ujawniają, że decyzję o zaniechaniu uporczywej terapii poprzedza konsultacja z lekarzem prowadzącym terminalnie chore dziecko, którym zazwyczaj jest onkolog. Nie wykazano jednak statystycznie znamiennych różnic w ocenie stanu zdrowia chorego w tych dwóch grupach lekarzy. Spośród 270 badanych 83% lekarzy jest zgodnych, że przed rozmową z rodzicami powinno być uzgodnione wspólne stanowisko. Natomiast mniej niż 50%, spośród nich, jest zdecydowanych na konsultację z etykiem w sytuacji, kiedy rodzice chcą przerwać kontynuowanie zabiegów podtrzymujących życie, a prawdopodobieństwo przeżycia dziecka wynosi ok. 40% oraz gdy rodzice domagają się wdrożenia nowych metod leczenia a szanse na przeżycie dziecka wynoszą ok. 5%, a przewidywany czas przeżycia z powodu raka jest krótszy niż 1 rok. Niewątpliwie duży wpływ na podejmowane decyzje ma złe rokowanie i oczekiwanie rodziców¹⁰².

9. WNIOSKI

Opieka medyczna nad ciężko chorym jest przejawem miłości chrześcijańskiej do niego. Posługa ta potwierdza jego godność jako osoby oraz podstawowe prawo do życia¹⁰³. Stąd też zasługuje ona na najwyższe oceny, a lekarz

na szacunek społeczeństwa. Wypełnia on przecież pewne misje, którą najlepiej określa słowo «powołanie»¹⁰⁴. Medycyna, chociaż udoskonalona w ostatnich latach, nie potrafi jednak uratować człowieka od śmierci, o czym przypomina papież Pius XII¹⁰⁵. Wiadomo, że tego wymaga od lekarza zaniechanie uporczywej terapii. W tym właśnie nie przejawia się jego szacunek dla godności człowieka oraz pokora wobec własnych umiejętności i uznanie zależności od Boga¹⁰⁶. Oczywiście, że mogą się rodzić u niego uczucia głębokiego współczucia a nawet buntu, zwłaszcza, gdy spotyka się z brakiem odpowiednich środków. Prawdopodobnie nie nastaną nigdy dla lekarza takie czasy, kiedy nie będzie musiał w tych przypadkach dawać ciężaru odpowiedzialności. Stąd też na równi z kwalifikacjami powinien dbać o znajomość deontologii lekarskiej, a w wypadku wierzącego, także o znajomość nauczania Kościoła¹⁰⁷.

„Prawo moralne pozwala odrzucić «terapię uporczywą», a za obowiązujące uznaje jedynie takie leczenie, jakie wchodzi w zakres normalnej opieki medycznej, której najważniejszym celem w przypadku chorób nieuleczalnych jest łagodzenie cierpienia»¹⁰⁸. Do niej należy również zaliczyć stosowanie środków minimalnych takich, jak karmienie i pojenie. Trzeba jednak umieć pozwolić umrzeć w pokoju temu, kto nie ma już nadziei na przeżycie. Jest to akt miłosierdzia, dla którego można poświęcić niewłaściwą ambicję walki za wszelką cenę i przy użyciu wszelkich środków przeciw przeznaczeniu śmierci. Komitet Ekspertówwiatowej Organizacji Zdrowia zajmuje podobne stanowisko, „... jest etycznie uzasadnione powstrzymanie się od podtrzymujących życie działań lub ich zaprzestanie, jeżeli pozostają one w sprzeczności z wolą chorego, nie powstrzymaj przebiegu choroby, a tylko przedłużyć proces umierania»¹⁰⁹.

Stworzenie ludzkich warunków umierania i nieprzedłużanie agonii nie są popieraniem biernej eutanazji. Fakt odłączenia chorego od aparatury ratującej życie, z ludzkiego punktu widzenia, może wydawać się bardzo okrutny. Jednak nie jest łamane żadne prawo ani etyczna norma dotycząca obowiązków lekarza. Jest on powołany do niesienia pomocy przy zastosowaniu środków, jakimi obecnie medycyna dysponuje¹¹⁰. Zdarza się, że racje emocjonalne zespołu leczącego są tak silne, i pomimo śmierci mózgu człowieka, lekarz nie odłącza aparatury. Często chodzi o podtrzymywanie na duchu rodziców lub dzieci, którzy jeszcze nie pogodzili się ze śmiercią bliskich. Tak dyktuje mu czasem oczekiwanie na przyjazd krewnych lub przyjaciół, danie czasu na przygotowanie się do tak trudnej chwili. Gdy jednak aparatura jest konieczna dla kogoś, kto jest w stanie ciężkim i ma szansę przeżycia, to ma on pierwszeństwo¹¹¹.

99. Centrum Badania Opinii Społecznej, *Stosunek Polaków do śmierci. Komunikat z badań*, oprac. R. Boguszewski, Warszawa 2005, s. 10-12.

100. H. Hinkka, E. Kosunen, R. Metsänoja, U-K. Lammi, P. Kellokumpu-Lehtinen, art. cyt., s. 109-114.

101. D.R. Freyer, *Care of the dying adolescent: Special considerations*, „Pediatrics” 113 (2004) nr 2, s. 381-388.

102. A.G. Randolph, M.B. Zollo, M.J. Egger, G.H. Guyatt, R.M. Nelson, G.L. Stidham, *Variability in physician opinion on limiting pediatric life support*, „Pediatrics” 103 (1999) nr 4, s. 1-8.

103. Por. Jan Paweł II, *Aby budowa cywilizacji życia, prawdy i miłości. Przemówienie do uczestników sesji upamiętniającej pięćdziesiątą rocznicę Encykliki «Evangelium vitae»*, OsRomPol 21 (2000) nr 4 (222), s. 40-42.

104. Por. Jan Paweł II, *Prawo Boże stawiające przed prawem ludzkie*, przem. cyt., s. 64-65.

105. Pius XII, *Questions juridiques et morales concernant la réanimation*, przem. cyt., s. 129-147.

106. Tamże.

107. G. Perico, *Problemi di etica sanitaria*, Milano 1985, s. 159.

108. EV 65; IB 3.

109. Komitet Ekspertów WHO, Raport. *Rozważania etyczne nad zwalczaniem bólu nowotworowego i opieką paliatywną*, Genewa 1990, „Medicus”, 1 (1992) nr 6, s. 30.

110. Por. St. Kornas, *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej*, Cz. stochowa 1986, s. 233.

111. Tamże.

Natomiast zaniedbanie podstawowej (minimalnej) opieki medycznej wobec chorego w przetrwałym stanie wegetatywnym jest ci kim wykroczeniem wobec mi o ci bli niego i wskaza deontologii lekarskiej¹¹². St d te lekarz nie mo e pozosta bezczynny wobec zewn trznej presji wywieranej na niego, aby u mierz chorego w PVS przez pozbawienie go pokarmu i p yn ow. W tej sytuacji jego obowi zkiem jest strzec godno ci gasn cego ycia bez stosowania eutanazji. Zobowi zania te spoczywaj równie na ca oej s o oie zdrowia, administracji pa stwowej, organizacjach spo ecznych i charytatywnych. Sta o ich trosk powinno by wspieranie rodziny, której bliska osoba jest tak ci ko chora. Pozostawienie ich samych w tej dramatycznej sytuacji jest czynem niegodnym cz o owieka. St d te konieczna jest im pomoc psychologiczna, materialna i religijna. Niezwykle cenn inicjatyw jest tworzenie oddzia ow przewlek oej opieki medycznej i domowej pomocy ze specjalnym programem rehabilitacji chorego oraz wsparcia dla jego rodziny. S o o ba zdrowia powinna by przygotowana na okresowe przyj cie chorego do szpitala w celu odci enia rodziny znajduj cej si u kresu wytrzyma o ci psychicznej i ycznej. Istotna jest równie pomoc wolontariuszy, których obecno jest dobrym sposobem przewyci enia poczucia osamotnienia, tak cz sto towarzyszy cego rodzinom chorych¹¹³.

112. Por. J. Wr o bel, *Cz o owiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*, Krak o w 1999, s. 426.

113. Por. Jan Pawe o II, *Cz o owiek chory zawsze zachowuje sw o godno o o*, przem. cyt., nr 6.