

Dorota Morończyk, *„Do not resuscitate”*, czyli kiedy można odstąpić od reanimacji? Kraków 2011. Wyd. Św. Stanisława BM.

Przez stulecia towarzyszyło ludzkości przekonanie, że rozwój nauki uwolni chorych, ich bliskich oraz personel medyczny od podejmowania trudnych decyzji, stwarzając nieograniczone możliwości ratowania i podtrzymywania życia. Wydawało się, że obserwowany po II wojnie światowej rozwój nowych technologii oraz szybki postęp nauk medycznych w dziedzinie diagnostyki, farmakologii, sposobów leczenia spełniają te nadzieje. W ciągu kilkudziesięciu lat medycyna uporała się z wieloma problemami, jakie nękały ludzkość od zarania dziejów. Niespotykanym dotąd sukcesom towarzyszyło jednak wiele nowych zjawisk. Jednym z efektów postępu stało się przesunięcie granicy dzielącej życie od śmierci poza nieodwołalne uprzednio i zdawałoby się raz na zawsze li-

nie graniczne ludzkiej egzystencji. Po rozwiązaniu starych, dobrze znanych problemów trzeba było stawić czoło kolejnym, znacznie trudniejszym. Lekarze zaczęli natrafiać u swych pacjentów na stany nieznane wcześniej sztuce leczenia. Pojawiły się postulaty o wyznaczenie granic interwencji medycznych. Podnoszono kwestię zasadności stosowania technik reanimacyjnych oraz metod przywracania funkcji życiowych organizmu wobec pacjentów umierających lub obłożnie chorych. Zaczęto też dostrzegać negatywne strony inwazyjnych sposobów leczenia.

Niniejsza pozycja książkowa, autorstwa Doroty Morończyk, jest poświęcona etycznym aspektom wąskiej kategorii działań określanych jako odstępianie od interwencji medycznych. To wynik namysłu Autorki nad obszarem ludzkiego życia naznaczonym bólem i cierpieniem, gdzie nie ma uzasadnionej nadziei na wyzdrowienie lub innymi słowy, gdzie medycyna, mimo potężnego arsenału środków, pozostaje bezsilna.

Pierwszy rozdział ukazuje zagadnienie końca życia ludzkiego. Autorka najpierw przedstawia proces umierania, a następnie śmierć człowieka. Ukazuje ona, że w aspekcie medycznym proces umierania dzieli się na cztery fazy – agonię, śmierć kliniczną, śmierć osobniczą i śmierć biologiczną. Śmierć jest końcem ludzkiego życia. Umieranie i śmierć nie należą do pojęć, które można opisać za pomocą jednej definicji. Każda z nich została stworzona na użytek potrzeb środowiska medycznego i jest odzwierciedleniem wiedzy na tematy związane z końcem życia człowieka. Medycyna zna obecnie trzy definicje śmierci człowieka: definicję klasyczną (nieodwracalne ustanie pracy serca), definicję nową (ustanie funkcjonowania mózgu, stanowiące śmierć osoby jako całości), oraz definicję zmodyfikowaną (bezpowrotne ustanie funkcjonowania mózgu, które w efekcie końcowym prowadzi do śmierci mózgu jako całości).

Dorota Morończyk zauważa, że współczesny rozwój biotechnologiczny wpłynął nie tylko na wydłużenie ludzkiego życia, lecz również na wydłużenie procesu umierania. Przyczyniło się do tego m.in. wynalezienie aparatury, która może zapewnić takie funkcje organizmu, jak: podtrzymywanie pracy serca, płuc i nerek. Pacjent może być także sztucznie pojęty i karmiony. Wszystko to pociąga za sobą wiele problemów natury etycznej w obszarze tzw. „uporczywej terapii”, czyli przedłużania umierania przez stosowanie środ-

ków nieproporcjonalnych, co często związane jest z zadawaniem pacjentowi zbytecznego cierpienia. Do szczególnych kasusów bioetycznych z zakresu końca ludzkiego życia należy zasada *do not resuscitate* (DNR), czyli prośba o niepodejmowanie resuscytacji. Jest to jeden z możliwych sposobów wyrażania woli odnoszącej się do preferowanych form terapii, które mają być zastosowane w sytuacji, gdy pacjent nie będzie w stanie wyrazić jej osobiście. Wychodzi się tu bowiem z założenia, że człowiek ma prawo do godnego odchodzenia, otoczenie zaś jest obowiązane tego prawa przestrzegać. Godna śmierć zaś rozumiana jest jako śmierć naturalna, tzn. ani sztucznie nie wydłużana, ani nie przyspieszana przez wspomagane samobójstwo czy eutanazję.

Następnie w rozdziale drugim D. Morończyk przeanalizowała kasus DNR w świetle prawa obowiązującego w USA, w Anglii oraz w Polsce. Kolejność prezentowanych państw nie jest przypadkowa. Stany Zjednoczone jako pionier w dziedzinie stosowania polecenia DNR posiadają solidną bazę edukacyjno-informacyjną, z której korzysta nie tylko personel medyczny, ale i całe społeczeństwo amerykańskie. Obywatel USA może przedterminowo wyrazić na piśmie wolę o nieruscytacji. Lekarz ma obowiązek przeprowadzić rozmowę z pacjentem w szpitalu na ten temat. Choremu, który nie decyduje się na podpisanie polecenia DNR wyjaśnia się, jak będzie wyglądać jego stan po podjętej próbie resuscytacji oraz omawia się komplikacje związane z niemożliwością komunikacji, gdy będzie nieprzytomny. Ustala się również na jakiej podstawie lekarz ma zdecydować kiedy odłączyć aparaturę podtrzymującą życie. W Wielkiej Brytanii polecenie DNR jest rozwiązaniem stosunkowo nowym, a jego forma ulega ciągłym przemianom mającym na celu zapewnienie stosowania rozwiązań zgodnych z normami etycznymi. W Polsce wprowadzenie formuły DNR (odstąpienia od resuscytacji) zakłada wypracowanie projektu ustawy bioetycznej. Ponieważ do dnia dzisiejszego nie ma jasnych rozstrzygnięć prawnych, w jaki sposób personel medyczny ma postępować w sytuacji, kiedy podejmować resuscytację, lekarze i ratownicy medyczni kierują się w tej kwestii z reguły własnym przeświadczeniem i rozeznaniem sytuacji oraz wytycznymi zawartymi pośrednio w *Kodeksie Etyki Lekarskiej*.

W końcowej części recenzowanej książki został omówiony etyczny wymiar umierania i śmierci. Autorka wychodzi z zało-

zenia, że człowiek znajdujący się na progu kończącego się życia zadaje sobie często pytanie o sposób godnego umierania. Współczesna medycyna daje wiele możliwości podtrzymywania zagrożonego życia, jednak nie zawsze są to rozwiązania etycznie godziwe. Nic też dziwnego, że Autorka skupiła się następnie na przedstawieniu praw przynależnych człowiekowi umierającemu. Pierwszym jest prawo do traktowania należnego osobie aż do śmierci. Drugim prawem, które posiadają umierający, jest prawo do informacji o stanie zdrowia i do udziału w podejmowaniu decyzji. Trzecim prawem przysługującym chorym i umierającym jest prawo do ulgi w fizycznym bólu i cierpieniu. Kolejnym prawem, które należy się osobom chorym jest prawo do niezgody na terapie przedłużające proces umierania. Piątym prawem przynależnym chorym i umierającym jest prawo do pomocy psychologicznej i wsparcia duchowego zgodnie ze swoim światopoglądem. Dalej Morończyk mówi o prawie do kontaktu z rodziną i swoim środowiskiem, prawie do świadomego umierania i do wyrażania swoich uczuć na temat śmierci, prawie do naturalnej i godnej śmierci, prawie do umierania we własnym domu, prawie do troski i pielęgnacji z poszanowaniem ludzkiej godności, oraz o prawie do szacunku dla swojego ciała po śmierci.

Autorka zauważa, że Urząd Nauczycielski Kościoła katolickiego od wielu lat wypowiada się w kwestiach związanych z końcem ludzkiego życia. Ma to związek z intensywnym rozwojem medycyny przypadającym na XIX i XX wiek, który wpłynął na zmianę w postrzeganiu śmierci. Przestała mieć ona tylko wymiar religijny i stała się tematem interdyscyplinarnej refleksji. Już w 1940 roku Stolica Apostolska była zobligowana dać odpowiedź o możliwość zabijania na rozkaz władzy ludzi psychicznie, bądź fizycznie niesprawnych. Odpowiedź Kongregacji Świętego Oficjum była jednoznacznie negatywna. Pierwsze zasady etyczne dotyczące leczenia przeciwbólowego i pomocy udzielanej umierającym przedstawił Pius XII. Tenże papież jest autorem pojęcia „środków zwyczajnych i nadzwyczajnych” stosowanych w medycynie. Morończyk podkreśla ponadto, że Kościół zawsze głosił zasadę świętości i nienaruszalności ludzkiego życia. Dobitne sformułowania tego nauczania odnaleźć można w dokumentach *Vaticanum II*, w encyklice Jana Pawła II *Evangelium vitae*, a także w licznych dokumentach Kon-

gregacji Nauki Wiary, Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia oraz Papieskiej Akademii *Pro Vita*.

W końcowej partii publikacji znajduje się etyczna ocena DNR w świetle zasad personalistyczno-chrześcijańskich. Zdaniem Autorki polecenie *do not resuscitate* wymaga specjalnej analizy i oceny. Kwestia odstąpienia od resuscytacji krążeniowo-oddechowej wiąże się bowiem ściśle ze skutecznością podejmowanych działań ratujących życie oraz kompetencjami osoby, która podpisała powyższe polecenie. Intencjonalne, podjęte ze zrozumieniem i niepodlegające wpływom z zewnątrz oświadczenie woli zobowiązuje lekarzy do uwzględnienia prośby chorego. Wydaje się, że decyzja pacjenta oraz zalecenie DNR spełniają wymogi personalistycznego podejścia do osoby umierającej, gdyż akceptują nieuchronność naturalnej śmierci bez przyspieszania jej działaniami o charakterze eutanatycznym. Należy jednakże przyznać, że DNR nie jest rozwiązaniem idealnym. Jego największą wadą jest to, że polecenie nieresuscytowania skupia się na tym, czego ma się nie robić wobec człowieka umierającego, a nie na tym, co powinno się dla niego jeszcze zrobić.

Niewątpliwie podejmowanie decyzji, gdy na szali zostaje położone życie ludzkie, jest niezmiernie trudne. Zawsze wymaga indywidualnego podejścia do pacjenta i sytuacji, w jakiej się znalazł oraz starannej oceny wszelkich okoliczności. Wrażliwość lekarza na potrzeby chorego oraz dobra komunikacja z umierającym i jego rodziną są podstawą do zachowania autonomii zarówno pacjenta jak i lekarza. Jeśli medycyna faktycznie służy dobru człowieka, to nie odbiera mu ani życia, ani śmierci – szanuje ludzką kondycję. Żyjąc zaś człowiek zmierza nieuchronnie ku swej śmierci.

Należy wyrazić nadzieję, że niniejsza pozycja książkowa przyczyni się do pogłębienia wiedzy odnoszącej się do zagadnień związanych z końcem ludzkiego życia. Jej czytelnikami powinni być nie tylko lekarze, studenci medycyny, ratownicy medyczni, ale także duszpasterze, katecheci i wszyscy ci, którzy chcą bliżej zapoznać się z zagadnieniem możliwości odstąpienia od interwencji medycznych.

ks. Tadeusz Reroń