

ks. Marcin Ferdynus
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

„Kilka uwag” w dyskusji na temat rezygnacji z uporczywej terapii

Wstęp

Podstawowy problem poruszany w niniejszym artykule moglibyśmy zawrzeć w następującym pytaniu: czy zawsze i za wszelką cenę należy przedłużać ludzkie życie za pomocą środków jakimi dysponuje współczesna medycyna? Jeszcze kilkadziesiąt lat temu nie byłoby problemu z próbą rozstrzygnięcia niektórych kwestii związanych z przedłużaniem czyjegoś życia, a to dlatego, że technologie, jakimi obecnie dysponuje medycyna po prostu nie istniały. Wraz z rozwojem technicznych możliwości ingerencji w naturę ludzką pojawiły się również problemy moralne, z którymi musi uporać się etyka, prawo, medycyna oraz inne dziedziny ludzkiej aktywności.

Wydaje się, że przed podejmowaniem trudnych decyzji wobec sytuacji granicznych ludzkiego życia stoją głównie lekarze, gdyż niejednokrotnie muszą zdecydować, czy osobie terminalnie chorej przedłużyć życie, czy też pozwolić jej umrzeć? Często zdarza się, że lekarz zostaje postawiony w sytuacji dwubiegunowej, gdy z jednej strony ma do czynienia z pacjentem, którego nie da się wyleczyć, wobec czego podejmuje decyzję o zaniechaniu terapii medycznie daremnej oraz gdy pacjenta można leczyć, a lekarz, bądź też stosowane przez niego procedury medyczne, nie pozwalają na podjęcie koniecznej resuscytacji.

W celu wyeksplikowania wyżej zarysowanej problematyki przywołałyśmy pewne zasady warunkujące podtrzymywanie życia osób terminalnie chorych, a mianowicie: zasadę opieki podstawowej, zasadę podwójnego skutku stosowaną wobec dawkowania analgetyków (środki uśmierzające ból) i sedacji terminalnej (uspokojenie przedśmiertne) oraz zasadę towarzyszenia choremu. Do zasad warunkujących dopuszczenie śmierci osób chorych i umierających zaliczymy: zasadę szacunku dla autonomii pacjenta, zasadę proporcjonalności środków leczniczych oraz zasadę medycznej daremności¹.

¹ Podział zasad zaproponowany przez K. Szewczyka w książce *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, Warszawa 2009, s. 294, wykazuje pewną niedoskonałość (np. zasadę podwójnego skutku

1. Zasady warunkujące przedłużanie życia w stanach terminalnych

Życie ludzkie może być wydłużane na wiele różnych sposobów. Najbardziej powszechnymi i dostępnymi zdają się być te metody, które zapobiegają chorobom w sposób prewencyjny przez praktykowanie zdrowego trybu życia, stosowanie odpowiedniej diety, lepsze rozeznanie w kwestii funkcjonowania ludzkiej fizjologii, odpowiedni dobór kalorii, kontrolę stanów psychicznych². Do innych metod przedłużających ludzkie życie zaliczyć można: lepsze zarządzanie zaburzeniami układu krążenia, równowagą elektrolitów, technikami podtrzymującymi życie (np. respiratory, sądy odżywiające), szczepionkami na raka itp.³. O ile naturalne sposoby wydłużania życia nie budzą w nas moralnych kontrowersji, o tyle sięganie do technik pozanaturalnych wydaje się być niekiedy moralnie wątpliwe, szczególnie w zastosowaniu ich wobec stanów granicznych ludzkiego życia, np. rezygnacji z uporczywej terapii⁴. Szukając rozwiązań w obszarze medycyny, prawa, czy filozofii podejmuje się wysiłki w celu uporządkowania niełatwych kwestii związanych z przedłużaniem życia pacjentów w stanie terminalnym⁵. Służą temu zasady etycznie warunkujące właściwe praktykowanie opieki paliatywnej⁶, a mianowicie: zasada opieki podstawowej, zasada podwójnego skutku stosowana wobec dawkowania analgetyków i wprowadzania pacjen-

można stosować nie tylko w przypadku zasad podtrzymujących życie pacjentów, ale również wobec zasad warunkujących dopuszczenie śmierci). Niemniej jednak posłużę się tym podziałem zasad w celu uporządkowania treści dyskusji.

² Por. M. P. Battin, *Ending Life. Ethics and the Way We Die*, Oxford 2005, s. 270; L. B. Yates, L. Djoussé, T. Kurth, *Exceptional longevity in men modifiable factors associated with survival and function to age 90 years*, „Archives of Internal Medicine”, 168 (2008) 3, s. 284.

³ Por. M. P. Battin, *Ending Life. Ethics and the Way We Die*, s. 270.

⁴ „Uporczywa terapia, terapia nieefektywna – forma aktywności medycznej stosowana w sytuacji, kiedy proces chorobowy osiągnął punkt, w którym proponowana interwencja lecznicza przestaje służyć dobru pacjenta”. J. Umiastowski, *Uporczywa terapia*, [w:] A. Muszala [red.], *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, Radom 2007, s. 615. Zob. też: J. Suchorzewska, K. Basińska, M. Olejniczak, *Trudne decyzje wobec umierającego człowieka – refleksje klinicysty*, [w:] B. Chyrowicz [red.], *Przedłużanie życia jako problem moralny*, Lublin 2008, s. 64-65.

⁵ „Stan terminalny (ang. *end-stage condition*) to nieodwracalny stan spowodowany urazem lub chorobą, która spowodowała postępujące, poważne i trwale pogorszenie zdrowia; istnieje uzasadnione medycznie przekonanie, że leczenie tego stanu byłoby nieskuteczne”. T. Dangel [red.], *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci*, Warszawa 2011, s. 39.

⁶ „Opieka paliatywna jest podejściem poprawiającym jakość życia pacjentów i ich rodzin, którzy stają wobec problemu związanego z zagrażającą życiu chorobą, przez zapobieganie i ulgę w cierpieniu za pomocą wczesnego rozpoznania, oceny oraz leczenia bólu oraz innych problemów natury fizycznej, psychosocjalnej i duchowej”. T. Dangel [red.], *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci*, s. 42.

ta w stan terminalnej sedacji oraz zasada towarzyszenia choremu. Przyjrzyjmy się tym zasadom oraz dyskusji jaka toczy się wokół ich zastosowania wobec stanów granicznych związanych z chorobą i umieraniem.

1.1. Zasada opieki podstawowej

Zasada opieki podstawowej nakazuje personelowi medycznemu kontynuowanie procedur mieszczących w sobie następujące elementy: godziwe warunki chorowania i umierania, uwaga personelu zindywidualizowana i ukierunkowana na konkretne potrzeby chorych, higiena osobista, uśmierzanie bólu, niewydolności oddechowej i nudności, naturalne i sztuczne uciszanie głodu i pragnienia⁷. O ile większość spośród wymienionych elementów wchodzących w skład opieki podstawowej nie budzi żadnych zastrzeżeń, o tyle kwestia sztucznego karmienia i nawadniania stała się przyczyną dyskusji wśród etyków.

Niektórzy spośród nich uważają, że sztuczne odżywianie i nawadnianie są to działania, które nie należą do procedur medycznych, a skoro tak to nie wolno ich zaniechać, ponieważ nie da się usprawiedliwić umyślnego zagłodzenia na śmierć⁸. Na rzecz takiego poglądu przywołują oni następujące argumenty⁹: (1) z godności człowieka, (2) z symbolicznej wartości, (3) ze skutków, (4) z natury tych procedur.

Pierwszy argument przypomina, że odżywianie i nawadnianie, bez względu na formę podawania, stanowi konieczny warunek opieki wynikającej z godności człowieka, dlatego nie może być przerwane czy zaniechane. Zarówno autorzy *Zasady etyki medycznej* jak i Kazimierz Szewczyk nie tłumaczą czego ten argument dokładnie dotyczy. Wydaje się, że należałoby dodać, iż sprawa karmienia i nawadniania to wymóg ludzkiej sprawiedliwości. Człowiekowi godzi się, aby był odżywiany i nawadniany, skoro sam o własnych siłach nie jest w stanie tego uczynić. Drugi argument wskazuje na wartość symboliczną jedzenia i picia. Dostarczanie pokarmu i wody wyraża samą istotę opieki medycznej. Nieobce nam doświadczenie pragnienia i głodu podpowiada, że zaspokojenie fundamentalnych potrzeb ma sens. Poza tym „[...] nakarmienie głodnego i pielęgnowanie go to najprostsze gesty świadczące o trosce oraz doskonały symbol tego, że

⁷ Por. *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung*, „Deutsches Ärzteblatt” 19 (2004), http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Grundsaeetze_BAEK.pdf (dostęp: 11. 05. 2012), s. 1; T. Dangel [red.], *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci*, s. 43.

⁸ Por. G. E. M. Anscombe: *Ethical Problems in the Management of some Severely Handicapped Children. Commentary*, „Journal of Medical Ethics” 7 (1981), s. 122.

⁹ Por. T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996, s. 216-217; K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, Warszawa 2009, s. 308.

ludzkie życie zawsze wpisane jest w życie całego społeczeństwa i wspólnoty”¹⁰. Dlatego też nie można uznać sztucznego karmienia i nawadniania za procedury medyczne. Trzeci argument odwołuje się do pewnej wersji argumentu równi pochyłej, który wyrażałby się w przekonaniu, że jeśli zgodzimy się na zaprzestanie odżywiania i nawadniania, wtedy otworzymy drogę do licznych nadużyć (m.in. do ich odstawienia z przyczyn ekonomicznych)¹¹. Historia nie pozawala zapomnieć o tym, jak łatwo można zdevaluować wartość życia ludzi społecznie „nieprzydatnych”¹². Nic przewodnia czwartego argumentu zdaje się wskazywać na negatywne konsekwencje – śmierć pacjenta – w przypadku pozbawienia go możliwości odżywiania i nawadniania.

Inni bioetycy twierdzą, że sztuczne nawadnianie i odżywianie należy zaliczyć do procedur medycznych podtrzymujących życie. Oznacza to, że w niektórych sytuacjach będzie można przerwać tę procedurę. Na rzecz tej tezy przywołują następujące kontrargumenty¹³: (1) w pewnych okolicznościach sztuczne odżywianie i nawadnianie zwiększa cierpienie pacjentów (śmierć jest tak bliska, że przyczyną śmierci będzie proces chorobowy, a nie odwodnienie czy wygłodzenie)¹⁴, (2) opieka niezgodna z potrzebami pacjenta wraz ze wskazaniami medycznymi traci znaczenie symboliczne; odżywianie i nawadnianie tracą swoją wartość skoro nie zaspokajają żadnych potrzeb pacjenta, lecz jedynie oddalają jego śmierć w czasie, (3) do nadużyć może prowadzić zgoda na zaniechanie leczenia każdego pacjenta, a nie tylko zaprzestanie odżywiania i nawadniania organizmu, (4) przekonanie, że zaniechanie odżywiania i nawadniania prowadzi do śmierci zakłada hipotezę o nieistnieniu naturalnych procesów patologicznych, których konsekwencją jest zgon.

Wycofanie sztucznego odżywiania i nawadniania organizmu – zdaniem Beauchampa i Childressa – jest w pewnym sensie zabiegiem uprawnionym. Przekonanie o konieczności sztucznego odżywiania można zanegować, gdy spełnione są takie warunki jak¹⁵: (1) Sztuczne odżywianie prawdopodobnie nie doprowadzi płynów i środków odżywczych do zadawalającego stanu. (2) Sztuczne doprowadzenie wody i pokarmu doprowadzi do homeostazy płynów i pożywienia w organizmie, ale nie będzie korzystne dla pacjenta (np. pacjenci w stanie

¹⁰ Por. T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, s. 217.

¹¹ Por. tamże, s. 217. Szczegółowe analizy dotyczące różnych wersji argumentu „równi pochyłej” można znaleźć [w:] B. Chyrowicz, *Bioetyka i ryzyko. Argument „równi pochyłej” w dyskusji wokół osiągnięć współczesnej genetyki*, Lublin 2000, s. 161-222.

¹² Por. A. J. Weisbard, M. Siegler, *Zabijanie pacjentów z litości – apel o ostrożność*, [w:] W. Galewicz [red.], *Antologia bioetyki. Wokół umierania i śmierci*, t. 1, Kraków 2009, s. 162.

¹³ Por. K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, s. 308.

¹⁴ Por. T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, s. 217.

¹⁵ Por. tamże, s. 218-219.

wegetatywnym). (3) Sztuczne odżywianie spełni powyższe dwa warunki, ale obciążenia, jakich doświadczy pacjent znacznie przewyższą wszystkie korzyści.

Odżywianie i nawadnianie organizmu, choć wpływa na przedłużanie procesu umierania, może okazać się niekiedy niezbędnym zabiegiem w zapewnieniu pacjentowi minimalnego komfortu ratującego życie. Jeśli jednak dostarczanie pożywienia wiązałoby się z wielkim obciążeniem chorego oraz spowodowałoby pacjentowi więcej krzywdy niż pożytku, wówczas należałoby odstawić sztuczne odżywianie¹⁶. Podobnie ma się rzecz w sytuacji, gdy pacjent nie chce być dalej utrzymywany przy życiu. Moralnym obowiązkiem lekarza byłoby niezmuszanie chorego do podejmowania decyzji wbrew sobie. Jeśli chory racjonalnie odmawia dalszego przyjmowania pokarmów i płynów, wtedy taką sytuację należy potraktować jako przyzwolenie na śmierć¹⁷.

Zwolennicy zakwalifikowania odżywiania i nawadniania do procedur medycznych postulują, aby potraktować takie postępowanie na równi z innymi środkami podtrzymującymi życie, z których można zrezygnować, jeśli okażą się niekorzystne dla pacjenta¹⁸. Wydaje się jednak, że jeśli odżywianie i nawadnianie osób terminalnie chorych potraktujemy jako procedurę medyczną, wówczas znacznie łatwiej będzie przerwać życie chorego, tak jak to miało miejsce w przypadku Tony'ego Blanda¹⁹. Odwodnienie czy brak pożywienia (odłączenie sondy odżywiającej) staje się bezpośrednią przyczyną śmierci, za którą nie sposób unikać moralnej odpowiedzialności²⁰. Nawet jeżeli człowiek trwa w stanie życia wegetatywnego nie traci nic ze swojej godności. Samego obumarcia kory mózgowej nie można utożsamić z jego śmiercią, która następuje dopiero w wyniku śmierci całego mózgu²¹. Jeśli więc pacjent pozostaje w stanie życia wegetatywnego powinien być otaczany troską, która zagwarantuje mu to, co normalnie potrzebne jest w codziennym życiu (środki minimalne: pokarmy, napoje, transfuzja krwi, podawanie środków dożylnych, antybiotyki, insulina, środki odżywcze, wzmacniające, przeciwbólowe, uspokajające, itp.). Uśmiercenie osób znajdujących się w stanie wegetatywnym, czy jest ono bezpośrednio zamierzone, czy zaniechane, stanowi akt zabójstwa²².

¹⁶ Por. J. Lynn, J. Childress, *Czy pacjenci zawsze powinni otrzymywać pożywienie i wodę?*, [w:] W. Galewicz [red.], *Antologia bioetyki. Wokół śmierci i umierania*, s. 144, 148-149.

¹⁷ Por. B. Gert, Ch. Culver, K. Clouser, *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*, Gdańsk 2009, s. 437-438.

¹⁸ Por. D. W. Brock, *Life – Sustaining Treatment and Euthanasia*, [w:] S. G. Post [red.], *Encyclopedia of Bioethics*, New York 2004, s. 1417.

¹⁹ Por. P. Singer, *O życiu i śmierci*, Warszawa 1997, s. 68-92.

²⁰ Por. A. J. Weisbard, M. Siegler, *Zabijanie pacjentów z litości – apel o ostrożność*, s. 160.

²¹ Por. J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologicznomorale podstawy ingerencji medycznych*, Kraków 1999, s. 430.

²² Por. tamże, s. 430-431.

1.2. Zasada podwójnego skutku

Kolejną zasadą warunkującą przedłużanie życia w stanach terminalnych stanowi zasada podwójnego skutku, którą stosuje się w związku z dawkowaniem analgetyków oraz wprowadzaniem chorego w stan terminalnej sedacji.

W niektórych przypadkach skuteczne leczenie przeciwbólowe wymaga podania opioidów (np. morfina) w dawce zbliżonej do dawki letalnej (śmiertelnej). Biorąc pod uwagę dwa założenia²³: (1) zabicie lub umyślne przyspieszenie śmierci pacjenta znajdującego się w stanie terminalnym jest czynem moralnie złym, (2) uśmierzenie bólu jest czynem moralnie dobrym zgodnie z regułami medycyny paliatywnej, możemy zauważyć, że analgezja jako działanie o dobrych i złych skutkach jest dopuszczalna przy spełnieniu następujących warunków: (1) uśmierzenie bólu jest czynem z natury dobrym (zamierzony czyn jest dobry), (2) intencja podmiotu działającego jest dobra (realizacja dobrego skutku – uśmierzenie bólu), (3) zły skutek nie może stanowić środka do urzeczywistnienia skutku dobrego (należy stosować analgetyki znoszące ból; jeśli zachodzi możliwość uzyskania dobrego efektu przy dawce mniejszej niż dawka letalna, wówczas nie wolno zastosować dawki śmiertelnej), (4) dobry skutek musi równoważyć lub przewyższać zły skutek (uwalnianie ludzi od bólu osiąganego poziom cierpienia totalnego jest dobrem równoważącym zło śmierci [skutek przewidywany] spowodowanej przez podanie analgetyków oraz stanowi wystarczającą rację do podjęcia takiego działania)²⁴.

Według Johna Finnisza letalna analgezja może być usprawiedliwiona tylko wtedy, gdy spełnione są następujące warunki²⁵: (1) pacjent doznaje ogromnego bólu, który jest nie do wytrzymania, (2) ból przeżywany przez pacjenta nie daje się uśmierzyć przez żadne inne środki nie będące dawką letalną, (3) nie ma nadziei na to, że ból ustąpi samoczynnie, (4) pacjent, którego śmierć się przyspiesza i tak w końcu umrze, (5) śmierć pacjenta w takiej sytuacji jest jedynie przewidywana, a nie zamierzona. Argument moralny, zdaniem Finisa, potępiający eutanazję jako rodzaj zamierzonego zabójstwa nie potępia stosowania analgetyków, których skutkiem ubocznym może być śmierć. W obliczu ogromnego cierpienia nie można także deprecjonować decyzji osób, które decydując się na uniknięcie obciążeń (np. bólu) i godzą się na wcześniejszą śmierć jako skutek uboczny takiego działania. Jeśli decyzja osób doznających ogromnego bólu i cierpienia nie pociąga za sobą zamiaru, by położyć kres życiu poprzez zaniechanie, wów-

²³ Por. K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, s. 311-313.

²⁴ Szczegółowe, filozoficzne analizy zasady podwójnego skutku można znaleźć [w:] B. Chyrowicz, *Zamiar i skutki. Filozoficzna analiza zasady podwójnego skutku*, Lublin 1997.

²⁵ Por. W. Galewicz, *Decyzje o zakończeniu życia*, [w:] W. Galewicz [red.], *Antologia bioetyki. Wokół śmierci i umierania*, s. 17.

czas nie można takiej sytuacji zakwalifikować do działań moralnie złych (samobójstwo). Z kolei zamierzone przerwanie życia poprzez zaniechanie działania (np. wstrzymanie podawania pokarmów, insuliny) jest zabójstwem²⁶.

Z powyższym poglądem Finnis'a nie zgadza się John Harris. Uważa on, że nie można usprawiedliwić letalnej analgezji tylko wtedy, gdy szybsza śmierć pacjenta, spowodowana przez leki przeciwbólowe jest jedynie przewidywana, a nie zamierzona²⁷. Odnosząc się do zarysowanej przez Finnis'a różnicy „między decyzją o zabiciu kogoś przy pomocy leków (podawanych, powiedzmy, przez trzy dni, tak by nie budzić podejrzeń) w celu uwolnienia go od bólu i cierpienia, a decyzją, aby uwolnić kogoś od cierpienia przez podanie mu leków [...] gdy przewiduje się, że leki w tej dawce spowodują śmierć w ciągu, powiedzmy, trzech dni” Harris stwierdza, że nie dostrzega tu żadnej moralnie istotnej dystynkcji. Jego zdaniem „[...] tym, co czyni spowodowanie śmierci [...] rzeczą moralnie dopuszczalną, jest to, czy dana osoba powinna umrzeć, czy też nie, a nie to, czy jej śmierć powinna być zamierzona, czy jedynie przewidywana jako konsekwencja. Nie możemy stwierdzić ani moralności zamiaru, ani moralności dobrowolnego działania [...] zanim wcześniej nie stwierdzimy, czy śmierć ta jest moralnie dopuszczalna w tych okolicznościach, bez względu na to, w jaki sposób byłaby spowodowana, czy też nie jest”²⁸.

Wydaje się, że twierdzenie Harris'a można sprowadzić do jednego kryterium, a mianowicie, że o czyjejś śmierci stanowi to, czy dana osoba powinna umrzeć, a nie to, czy śmierć jest wyłącznie zamierzona czy też przewidywana. Trudno zgodzić się z tezą tego autora, ponieważ przyjmując ją za powszechnie obowiązującą regułę można by uśmiercać wszystkich, jeśli tylko ocena sytuacji chorego nie przyznawałaby mu prawa do dalszego życia. Dopuszczenie śmierci można usprawiedliwić tylko wtedy, gdy nie mamy możliwości udzielenia pomocy choremu²⁹. W przypadku stosowania analgetyków możemy uśmierzyć ból chorego, nawet jeśli ubocznym skutkiem (niezamierzonym) będzie jego śmierć. Jeśli nie jest ona zamierzona, a jedynie przewidywana, wówczas lekarz nie ponosi moralnej odpowiedzialności za zgon pacjenta.

Jedną z procedur ułatwiających analgezję stanowi sedacja terminalna. Polega ona na nieodwracalnym zniesieniu świadomości wraz z odstawieniem pokarmów i płynów³⁰. Sedacja głęboka stanowi procedurę, do której powinno się uciekać

²⁶ Por. J. Finnis, *Filozoficzny argument przeciwko eutanazji*, [w:] W. Galewicz [red.], *Antologia bioetyki. Wokół śmierci i umierania*, s. 189-190.

²⁷ Por. J. Harris, *Filozoficzny argument przeciwko filozoficznemu argumentowi przeciwko eutanazji*, [w:] W. Galewicz [red.], *Antologia bioetyki. Wokół śmierci i umierania*, s. 202.

²⁸ Tamże, s. 203.

²⁹ Por. B. Chyrowicz, *Tramwaj i ustawa. O sytuacjach „bez wyjścia” w etyce*, „Ethos” 61-62 (2003) 1-2, s. 259.

³⁰ Por. M. P. Battin, *Ending Life. Ethics and the Way We Die*, s. 273.

w ostateczności, jeśli nie ma innej możliwości usunięcia bólu i cierpień spowodowanych rozwojem choroby (np. tzw. zespołu wyniszczenia nowotworowego – kacheksji)³¹.

U chorych umierających sedacja oraz nawadnianie i odżywianie tworzą pewną całość, która podlega zasadzie podwójnego skutku. Wydłużający się jednak czas umierania rozbija tę jedność. Otóż przy decyzji wprowadzenia pacjenta w stan sedacji można kierować się zasadą podwójnego skutku z kolei nawadnianie i odżywianie stają się procedurami podlegającymi regułom proporcjonalności³². Aby usprawiedliwić zastosowanie sedacji, należy spełnić określone warunki³³: (1) pacjent musi być otoczony opieką paliatywną, (2) cierpienie pacjenta nie może być uśmierzone za pomocą procedur medycyny paliatywnej, (3) pacjent musi doznawać intensywne cierpienie fizyczne, (4) konieczność konsultacji z psychiatrą, etykiem, lekarzem klinicystą, specjalistą medycyny paliatywnej (jeśli pacjent nie jest umierający), (5) pacjent musi wyrazić zgodę, (6) rodzina uczestniczy w podejmowaniu decyzji.

Tadeusz Ślipko przychyła się do stanowiska, według którego pograżenie pacjenta w stanie nieświadomości połączonego z ryzykiem przyśpieszenia jego śmierci, nie stanowi naruszenia moralnej podmiotowości człowieka, a w krańcowych przypadkach nasilania się bólów może być stosowane jako ostateczny środek uśmierzenia bólu i cierpienia³⁴. Aby taka sytuacja mogła zostać zaakceptowana, muszą być spełnione następujące warunki³⁵: (1) pacjent powinien wyrazić zgodę na znieczulenie, (2) pacjent ma prawo zastrzec sobie, by nie pozbawiano go używania rozumu za pomocą środków dogłębnie znieczulających, (3) świadome przeżycie śmierci przez pacjenta powinno bardziej odpowiadać godności osoby niż ucieczka przed śmiercią dzięki sedacji (wolno stosować środki znieczulające, jeśli tylko głównym celem nie będzie eutanazja jako ekstremalny sposób przeciwstawienia się człowiekowi cierpieniu).

Decyzja o wprowadzeniu pacjenta w stan uspokojenia przedśmiertnego powinna być poprzedzona intensywną dyskusją lekarzy, całego zespołu klinicznego, rodziny i pacjenta³⁶. Niemniej jednak nie brakuje głosów opowiadających się za tezą, wedle której sedacja często okazuje się eutanazją, gdyż pacjent umiera

³¹ Por. K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, s. 313-314.

³² Por. tamże, s. 314-315.

³³ Por. T. E. Quill, I. R. Byock, *Responding to Intractable Terminal Suffering: The Role of Terminal Sedation and Voluntary Refusal of Food and Fluids*, „Annals of Internal Medicine” 5 (2000) 132, s. 408-413.

³⁴ Por. T. Ślipko, *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*, Kraków 1994, s. 260.

³⁵ Por. tamże, s. 261.

³⁶ Por. T. E. Quill, I.R. Byock, *Responding to Intractable Terminal Suffering: The Role of Terminal Sedation and Voluntary Refusal of Food and Fluids*, s. 412.

z powodu wywołanej niezdolności do jedzenia i picia³⁷. Terminalna sedacja – zdaniem Davida Orentlichera – stwarza większe „zagrożenie” dla pacjenta niż pomoc w samobójstwie, ponieważ osoba chora, świadoma, może samodzielnie podjąć decyzję o zaprzestaniu życia, natomiast w przypadku sedacji pozbawiona jest takiej możliwości. Jeśli sedację i zaprzestanie podawania pokarmów i płynów potraktuje się jako nierozłączną całość, wtedy życie pacjenta może zakończyć się czynną interwencją lekarza³⁸.

W przypadku zastosowania terminalnej sedacji śmierć wydaje się nieunikniona, a nie tylko przewidywana, jak to ma miejsce w przypadku aplikacji środków uśmierzających ból³⁹. Wywołanie śpiączki farmakologicznej ma zlikwidować odczuwanie bólu i cierpienia. Choć podejmowanie decyzji o wprowadzeniu chorego w stan sedacji nie jest łatwa, nie jest również pozbawiona moralnych wątpliwości. W dyskusji przecież nie brakuje stanowisk autorów, którzy twierdzą, że terminalna akceptacja sedacji otwiera drogę to praktykowania eutanazji⁴⁰.

1.3. Zasada towarzyszenia choremu

Towarzyszenie choremu zamyka tryptyk zasad warunkujących etycznie właściwe praktykowanie medycyny paliatywnej. Troskliwą obecność osób z personelu medycznego przy umierającym można uzasadnić następująco⁴¹: (1) umieranie i cierpienie posiada wymiar egzystencjalny i łączy się z samotnością (nikomu nie wolno przyczyniać się do pogłębiania tego egzystencjalnego osamotnienia), (2) w umierającym trzeba dostrzec nauczyciela wobec towarzyszących mu osób (podopieczny może stać się bodźcem dla lekarza i pozostałego personelu medycznego do wspólnego poszukiwania sensu śmierci i pokonywania lęków, które zazwyczaj towarzyszą w takich chwilach życia), (3) towarzyszenie umierającemu umożliwi realizację jednego z celów opieki zdrowotnej, a mianowicie spokojnej śmierci.

Stan terminalny jest postępującym procesem chorobowym nie poddającym się leczeniu przyczynowemu i w związku z tym nieuchronnie prowadzi do śmierci. Ta sytuacja sprawia, że nie można liczyć ani na wyzdrowienie, ani na

³⁷ Por. D. Orentlicher, *Sąd Najwyższy i terminalna sedacja. Możliwość etycznie gorsza od lekarskiej pomocy w samobójstwie*, [w:] W. Galewicz [red.], *Antologia bioetyki. Wokół śmierci i umierania*, s. 216.

³⁸ Por. D. Orentlicher, *Sąd Najwyższy i terminalna sedacja. Możliwość etycznie gorsza od lekarskiej pomocy w samobójstwie*, s. 216-217.

³⁹ Por. D. W. Brock, *Life – Sustaining Treatment and Euthanasia*, s. 1418.

⁴⁰ Por. D. Orentlicher, *Sąd Najwyższy i terminalna sedacja. Możliwość etycznie gorsza od lekarskiej pomocy w samobójstwie*, s. 213-215.

⁴¹ Por. K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, s. 317-318.

znaczne przedłużenie życia⁴². Wizja niedalekiej śmierci wyzwala u chorego różne obawy o: cierpienie ciała, utratę godności, bycie ciężarem dla innych, rozstanie z ukochaną osobą, opuszczenie, troskę o nich, oraz cierpienia duchowo-egzystencjalne: zwątpienie w znaczenie uciekającego życia, wyrzuty sumienia, odpowiedzialność za kończące się życie, a także o rozterki religijne⁴³.

Empatia wyrażająca się w serdeczności i otwartości na cierpienie chorego powinna współtowarzyszyć trosce o pacjenta. Ponadto, pacjent powinien być informowany na każdym etapie postępowania diagnostyki i leczenia, gdyż on sam jest właścicielem informacji dotyczących stanu swojego zdrowia⁴⁴. Towarzyszenie umierającemu powinno stanowić „balsam” przed trwogą, o jakiej mówił Heidegger, tj. przed „utratą bycia”, „porzuceniem samego siebie”, „zupełnej niemożliwości jestestwa”, „bezmiernej niemożliwości egzystencji”⁴⁵. Człowieka stojącego w obliczu śmierci należałoby otoczyć życzliwością, natomiast motywem opieki powinna kierować miłość, która szuka prawdziwego dobra chorego, broni jego praw, dostarcza ulgi w cierpieniu i pociechy w osamotnieniu⁴⁶. W tym właśnie wyraża się etyka troski wobec chorych i umierających.

Współczesny rozwój technologii medycznych z jednej strony przyniósł sukcesy (leczenie dotychczas nieuleczalnych chorób, zastępowanie części niewydolnych narządów, odwracanie procesu umierania), lecz z drugiej wygenerował nowe problemy (np. uporczywa terapia), z którymi musi uporać się nie tylko sama medycyna, prawo, ale także bioetyka. Spróbujmy teraz przywołać takie czynniki, które warunkowałyby podjęcie decyzji o rezygnacji z uporczywej terapii osób znajdujących się w terminalnym stanie choroby.

2. Zasady warunkujące rezygnację z uporczywej terapii

W szeregu czynników warunkujących odstępianie od interwencji medycznych naczelną rolę zajmują przesłanki medyczne (ocena szansy na odwrócenie procesu chorobowego), ale niejako równoległe z nimi pojawiają się przesłanki natury etycznej (np. poszanowanie woli chorego, prawo do umierania). Trudno byłoby pominąć przy tym ważny problem ekonomiczny, który w związku

⁴² Por. E. Mess, B. Kopytek, *Potrzeba informowania chorego w stanie terminalnym*, „Onkologia Polska” 10 (2007), s. 186.

⁴³ Por. J. Łuczak, *Wezwania dla zespołów opieki paliatywno-hospicyjnej*, „Onkologia Polska” 9 (2006), s. 114.

⁴⁴ Por. E. Mess, B. Kopytek, *Potrzeba informowania chorego w stanie terminalnym*, s. 186-187.

⁴⁵ Por. M. Heidegger, *Bycie i czas*, Warszawa 1994, s. 336, 352, 368, 370.

⁴⁶ Por. G. Tatur, *Rola etyki a filozofia wsparcia i troski w pielęgniarstwie onkologicznym*, „Psycho-onkologia” 9 (2001), s. 40.

z brakiem środków finansowych różnicuje dystrybucję tychże środków stosowanych wobec pacjentów. Niemalą problemem stanowi również obawa lekarzy przed odpowiedzialnością prawną w przypadku zaniechania leczenia, które zostałoby uznane za nieskuteczne⁴⁷. Mając na względzie krótko zarysowaną problematykę spróbujmy przywołać takie zasady, które warunkowałyby rezygnację z uporczywej terapii.

2.1. Zasada szacunku dla autonomii pacjenta

Zasada szacunku dla autonomii pacjenta wyraża się w dwóch aspektach: pozytywnym i negatywnym. W pierwszym przypadku pacjent ma prawo do zgłaszania żądań pod adresem personelu medycznego na każdym etapie choroby oraz może odmówić leczenia w każdej jej fazie. W drugim przypadku chory może nie zgodzić się na podejmowanie lub prowadzenie proponowanych świadczeń medycznych, czyli ma prawo nie wyrazić zgody na terapię ratującą, czy też podtrzymującą życie. Sposobem realizacji zasady autonomii są tzw. oświadczenia woli (dyrektywy na przyszłość). Do innych regulacji związanych z realizacją zasady autonomii należą tzw. dokumenty dotyczące niepodjęcia reanimacji⁴⁸.

Dyrektywy na przyszłość to oświadczenia, które są spisywane przez pacjentów kompetentnych na wypadek utraty zdolności do podejmowania decyzji. Wyróżnić można trzy zasadnicze rodzaje dyrektyw⁴⁹: (1) testament życia (*living will*) – zawiera szczegółowe dyspozycje informujące o okolicznościach, w jakich pacjent chciałby kontynuować leczenie lub przerwanie terapii⁵⁰, (2) prawne pełnomocnictwo do podejmowania decyzji – autor wskazuje na osobę, która może podejmować decyzję w jego imieniu (członek rodziny lub adwokat), (3) opis uznawanych wartości – autor informuje o preferowanych przez siebie wartościach moralnych, światopoglądzie oraz oczekiwaniach, które powinny być brane pod uwagę w procedurach medycznych.

Wyżej wymienione dyrektywy chronią autonomię pacjenta, a także mogą zmniejszyć stres rodziny oraz lekarzy, którzy boją się podjąć złą decyzję. Na pierwszy rzut oka wydaje się, że w „najlepszym interesie” pacjenta byłoby pozostawienie testamentu życia oraz wskazanie na pełnomocnika, który w razie

⁴⁷ Por. J. Suchorzewska, K. Basińska, M. Olejniczak, *Trudne decyzje wobec umierającego człowieka – refleksje klinicysty*, s. 69-70.

⁴⁸ Por. K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, s. 294.

⁴⁹ Por. A. Alichniewicz, *Eutanazja a etyczne podstawy medycyny stanów terminalnych*, [w:] M. Gałuszka, K. Szewczyk [red.], *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, Warszawa-Łódź 2002, s. 175-176.

⁵⁰ Szerzej na temat *living will*, [w:] B. Gert, Ch. Culver, K. Clouser, *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*, s. 462-465.

potrzeby podejmowałyby decyzję o kontynuowaniu lub zaprzestaniu terapii⁵¹. Niemniej jednak regulacje te rodzą nowe problemy praktyczne i moralne. Po pierwsze – niewielu ludzi sporządza dokumenty i pozostawia ściśle wytyczne. Po drugie – wyznaczony pełnomocnik może być nieosiągalny lub może nie nadawać się do podejmowania decyzji. Po trzecie – niektórzy pacjenci zmieniający w trakcie choroby swoje preferencje nie są w stanie zmienić poprzednich dyrektyw. Po czwarte – prawa stanowe ograniczają moc prawną dyrektyw na przyszłość. Po piąte – podejmowane decyzje przez pełnomocnika w konkretnej sytuacji mogą nie służyć dobru pacjenta. Po szóste – niektórzy pacjenci nie mają rozeznania w sprawach medycznych, czy też rodzajach decyzji podejmowanych przez lekarzy i pełnomocników po utracie przez chorego kompetencji⁵².

Do innych regulacji należą dokumenty związane z niepodejmowaniem resuscytacji. Mówiąc o niej mamy na myśli zaniechanie działań ratunkowych „mających na celu utrzymanie lub przywrócenie transportu tlenu do tkanek, w wyniku których u poszkodowanego powróciła spontaniczna czynność serca i spontaniczna (lub wspomagana) czynność oddechowa”⁵³. Dokumenty te mają podwójną formę: (1) *DNR* – nie resuscytować lub (2) *DNAR* – nie podejmować resuscytacji⁵⁴.

Zarówno oświadczenia woli jak i dokumenty o niepodejmowaniu resuscytacji zostały zaprojektowane w celu ochrony dobrowolnej decyzji pacjenta rezygnującego z leczenia podtrzymującego życie⁵⁵. Także i te regulacje nie są doskonałe, bowiem niejednokrotnie zdarzało się, że ludzie zdiagnozowani jako mający szybko umrzeć z powodu nowotworu przeżywali wiele lat bez nawrotu raka. Nietrudno zatem o błędy wśród lekarzy decydujących o zastosowaniu regulacji dotyczących niepodejmowania resuscytacji wobec pacjenta. Być może korzystniejszym rozwiązaniem w „najlepszym interesie” pacjenta, twierdzi Margaret Pabst Battin, byłoby zignorowanie jego prośby dotyczącej zaprzestania terapii. Wiele próśb o śmierć w rzeczywistości stanowi błaganie o lepszą opiekę oraz warunki życia. Niekiedy jednak decyzja o jego zaprzestaniu podjęta irracjonalnie i w stanie osłabienia sprawności umysłowych może, zdaniem M. P. Battin, lepiej służyć dobru danej osoby niż pozostanie przy życiu⁵⁶.

⁵¹ Por. A. Meisel, L. Snyder, T. Quill, *Seven Legal Barriers to End-of-Life Care. Myths, Realities, and Grains of Truth*, „American Medical Association” 19 (2000) 284, s. 2496.

⁵² Por. T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, s. 256-257.

⁵³ K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, s. 297.

⁵⁴ Por. D. Morończyk, „Do not resuscitate”. *Czyli kiedy można odstąpić od reanimacji?*, Kraków 2011, s. 37-38.

⁵⁵ Por. M. P. Battin, *Eutanazja: kwestie podstawowe*, [w:] W. Galewicz [red.], *Antologia bioetyki. Wokół śmierci i umierania*, s. 406.

⁵⁶ Por. tamże, s. 406-409.

Powyższe regulacje stanowią pewną próbę umożliwiającą pacjentowi rezygnację z uporczywej terapii. Jednak nie wydaje się, aby były one całkowicie wolne od moralnych wątpliwości. Lekarze dysponując dyrektywami chętniej mogliby wystawiać polecenia o niepodejmowaniu resuscytacji szczególnie wobec starszych pacjentów lub osób upośledzonych, a przez to przyczyniać się do celowego przyśpieszenia ich śmierci. Poza tym, któż jest w stanie ocenić, czym w swej istocie jest «najlepszy interes» pacjenta?

2.2. Zasada proporcjonalności środków leczniczych

Do reguł związanych z odstąpieniem od interwencji medycznych u osób terminalnie chorych należy również zasada proporcjonalności środków leczniczych. Nakłada ona na chorych obowiązek poddania się zabiegom proporcjonalnym (środki zwyczajne), natomiast nie zmusza do aplikowania środków nieproporcjonalnych (środki nadzwyczajne)⁵⁷. Wyrazem tego są słowa zawarte w Deklaracji o eutanazji *Iura et bona*, w której czytamy: „Zawsze wolno uznać za wystarczające środki powszechnie stosowane. Dlatego nie można nikomu nakazywać zastosowania takiego sposobu leczenia, który – chociaż jest już stosowany – nie wyklucza jednak niebezpieczeństwa albo jest zbyt uciążliwy. Odrzucenie takiego środka nie należy porównywać z samobójstwem; należy raczej uznać to za zwykłą akceptację sytuacji ludzkiej, za chęć uniknięcia trudnych zabiegów lekarskich, których korzyść nie odpowiada pokładanej w nich nadziei, albo niedopuszczenia do wielkich obciążeń rodziny lub społeczności”⁵⁸.

Wymienione w *Iura et bona* kryteria oceny proporcjonalności środków można podzielić na dwie grupy⁵⁹: (1) kryteria obiektywne związane z zastosowaniem środków: efektywność terapeutyczna, natężenie skutków ubocznych (toksyczność, dostępność usługi, cena świadczenia medycznego), (2) kryteria subiektywne odnoszące się do chorego: system aksjologiczny pacjenta, relacje z bliskimi, czynniki psychologiczne (np. odporność na ból, lęk).

Podział kryteriów w *Iura et bona* dobrze koresponduje z ideą wyrażoną w encyklice *Evangelium vitae*, w której papież stwierdza, że należałoby „ocenić, czy stosowane środki lecznicze są obiektywnie proporcjonalne do przewidywanej poprawy zdrowia. Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest

⁵⁷ Por. W. Bołoz, *Życie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioetyczne*, Warszawa 1997, s. 138-139.

⁵⁸ Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*, http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WR/kongregacje/kdwiary/zbior/t_1_38.html (dostęp: 18.03.2011), nr 4.

⁵⁹ Por. K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, s. 299.

równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci”⁶⁰.

Jednak nie wszyscy myśliciele podzielają optymizm zawarty w *Iura et bona* czy w *Evangelium vitae*. Tom L. Beauchamp i James F. Childress poddają w wątpliwość rozróżnienie na środki zwyczajne i nadzwyczajne. Twierdzą oni, że tradycyjne rozróżnienie nie daje właściwych moralnych wskazówek w sprawie podejmowania decyzji o leczeniu lub nieleczeniu osób chorych. Sposoby leczenia zdają się być niekiedy korzystne dla pacjentów, ale czasem stanowią dla nich wielkie obciążenie. Sądzą oni, że właśnie cecha obciążenia powinna decydować o dalszym leczeniu lub jego zaprzestaniu. Tradycyjne rozróżnienie na środki zwyczajne i nadzwyczajne są nieistotne z moralnego punktu widzenia, chyba że dadzą się sprowadzić do kryterium jakości życia, które nakazuje porównanie zysków i obciążeń w ramach stosowanej terapii⁶¹. Beauchamp i Childress proponują, aby zrezygnować ze starej koncepcji na rzecz nowej wyrażającej się w rozróżnieniu na środki obowiązkowe i nieobowiązkowe. Ujęcie tej koncepcji można przedstawić następująco⁶²: (1) obowiązek leczenia (czymś złym jest nie leczyć), (2) możliwość leczenia: neutralnego (ani nie wymagane ani nie zabronione) lub supererogacyjnego (ponadobowiązkowego), (3) obowiązek nieleczenia (czymś złym jest leczyć). Odwołując się do trzeciego obowiązku, autorzy *Zasady etyki medycznej* wskazują na możliwość odstąpienia od interwencji medycznych w sytuacjach kiedy ból i cierpienie byłyby tak dokuczliwe, a fizyczne niedogodności tak uciążliwe, że nieznaczne przedłużanie życia przypominałoby bardziej nie-ludzkie tortury niż wetowanie zasadzie *non nocere*⁶³.

Etyka troski nakłada na pacjentów moralny obowiązek rezygnacji z terapii nieproporcjonalnej. Pacjent powinien zrezygnować z leczenia, jeśli spodziewane efekty są nieproporcjonalnie małe w stosunku do ewentualnych korzyści i ciężarów nakładanych na samego chorego, jego najbliższych czy na społeczeństwo⁶⁴. Przerwanie lub niepodjęcie leczenia nieproporcjonalnego „jest wyrazem rezygnacji z egoizmu terapeutycznego oraz stanowi objaw postawy akceptującej skończoność człowieka i jego podatność na zranienia”⁶⁵.

⁶⁰ Jan Paweł II, *Evangelium vitae* (dalej cyt. EV), Kraków 1995, nr 65.

⁶¹ Por. T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, s. 213-214.

⁶² Por. tamże, s. 223-224.

⁶³ Por. tamże, s. 224.

⁶⁴ Por. Hargwig, *Czy mamy obowiązek umrzeć?*, [w:] W. Galewicz [red.], *Antologia bioetyki. Wokół śmierci i umierania*, s. 294-295.

⁶⁵ K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, s. 302.

2.3. Zasada medycznej daremności

Obowiązek nieleczenia kieruje nas ku ostatniej regule związanej z odstąpieniem od interwencji medycznych, a mianowicie ku medycznej daremności leczenia (*medical futility*). Ta zasada jest próbą wyeliminowania czynników subiektywnych (por. s. 13) branych pod uwagę przy zastosowaniu zasady proporcjonalności. Oszacowanie dotyczące daremności leczenia należy do lekarza, a nie do chorego. Jednak ten proceder nie zwalnia lekarza z obowiązku komunikacji z chorym lub przedstawicielem pacjenta, o ile jest to tylko możliwe⁶⁶.

Zasadę daremności leczenia można sformułować na dwa sposoby⁶⁷: (1) w sensie pozytywnym – lekarz jest moralnie i prawnie zobowiązany do niepodejmowania lub zaprzestania terapii medycznie daremnej (decyzję w tej sprawie podejmuje lekarz na podstawie szans leczniczych procedur), (2) w sensie negatywnym – lekarz nie jest ani moralnie ani prawnie zobowiązany do uskuteczniania terapii medycznie daremnej (lekarz decyduje o podjęciu lub zaprzestaniu leczenia na podstawie oceny szans leczniczych procedur).

W ramach tak rozumianej zasady medycznej daremności leczenia wyróżnia się dwa rodzaje procedur: ocenę szans przeżycia oraz ocenę szans wyleczenia. W obrębie pierwszej wyróżnia się trzy główne odmiany⁶⁸: (1) terapię daremną, która nie daje żadnych pozytywnych skutków fizjologicznych (np. resuscytacja krążeniowo – oddechowa), (2) terapię daremną nie dającą szans na przedłużanie życia pacjentowi poza tzw. bezpośredni kryzys (chodzi o przewidywanie śmierci pacjenta w najbliższej przyszłości liczonej w godzinach), (3) terapię daremną jako brak szansy na liczące się przedłużanie życia (bierze się pod uwagę dwie możliwości czasowe: śmierć nastąpi w niedalekiej przyszłości liczonej w dniach, pacjent nie ma szans, aby w tym czasie opuścić szpital). Do procedur daremnych związanych z oceną szans wyleczenia zalicza się głównie świadczenia nieskuteczne przyczynowo⁶⁹: (1) uznanie terapii za daremną wymaga oceny dwóch parametrów: wpływu leczenia na proces chorobowy oraz prognozowanie długości życia pacjenta po zastosowaniu danej procedury, (2) uznanie terapii za daremną wiąże się z oszacowaniem relatywnie długiego okresu przeżycia (np. czy 30% szansa na przeżycie powiedzmy roku sprawia, że terapię należy uznać za daremną, czy też mieści się w zakresie wskazanych procedur medycznych).

⁶⁶ Tamże, s. 304.

⁶⁷ Tamże. Podobnie w *Kodeksie Etyki Lekarskiej* w art. 32 czytamy: „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych”. *Kodeks Etyki Lekarskiej*, <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/?l=1&p=cnf4&m=44&jh=1&ih=66> (dostęp: 28.05.2011).

⁶⁸ Por. B. A. Brody, A. Halevy, *Is Futility a Futile Concept?*, „*Journal of Medicine and Philosophy*” 2 (1995), s. 123-124.

⁶⁹ Por. K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, s. 305.

Aby zrezygnować z terapii medycznie daremnej nie wystarczy opierać się tylko i wyłącznie na danych o charakterze czysto-technicznym. Nie brakuje stanowisk, które poszerzają zakres kryteriów dotyczących rezygnacji z uporczywej terapii. I tak na przykład Edmund Pellegrino przez medyczną daremność rozumie sytuację, w której choroba lub dolegliwość osiągnęła taki stan, że proponowana interwencja medyczna nie przynosi choremu żadnego pożytku⁷⁰. Oszacowanie sytuacji, czy daną interwencję medyczną można określić jako daremną czy też nie, wymaga uwzględnienia trzech kryteriów: efektywności (rokowania kliniczne), korzyści (osobiste preferencje chorego lub jego reprezentanta) i obciążenia (koszty fizyczne, emocjonalne, materialne, społeczne). Jeśli wynik oceny tych trzech kryteriów stanowi potwierdzenie dobra dla pacjenta, wtedy podjęcie interwencji medycznej jest moralnie usprawiedliwione, w przeciwnym wypadku usprawiedliwione być nie może⁷¹. Z kolei Jan Paweł II twierdzi, że „od eutanazji należy odróżnić decyzję o rezygnacji z tak zwanej «uporczywej terapii», to znaczy z pewnych zabiegów medycznych, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny. W takich sytuacjach, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem «zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwałe i bolesne przedłużanie życia [...]»⁷².

Obowiązkiem służby medycznej jest udzielanie pomocy osobom znajdującym się w terminalnej fazie choroby (środki zwyczajne-proporcjonalne). *Kodeks Etyki Lekarskiej* w art. 30 podaje: „Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opieką terminalną i godne warunki umierania”⁷³. Skoro lekarz powinien czynić wszystko co możliwe, aby zapewnić choremu i umierającym godne okoliczności umierania, to jednocześnie nie powinien, jeśli jest to niemożliwe, podejmować starań przedłużających ludzkie życie. Inaczej mówiąc, jeśli możliwości medyczne zostaną wyczerpane, należy uszanować naturalny proces obumierania ciała chorego oraz oszczędzić pacjentowi zbędnych doświadczeń związanych z umieraniem. Dlatego – pisze Wróbel – „należy uznać nie tylko za niepotrzebne, ale wprost za niemoralne te wysiłki, które byłyby czynione bez szans na przywrócenie życia osobowego lub które byłyby

⁷⁰ Por. E. Pellegrino, *Decision At the end of life: use and abuse of the concept of futility*, <http://uffl.org/vol10/pellegrino10.pdf>. (dostęp: 13.05.2012), s. 9.

⁷¹ „When the assessment of these three phenomena is favorable to the patient’s good, other things being equal (*ceteris paribus*), treatment is morally justifiable; when it is unfavorable to the patient’s good, the treatment in question is not morally justifiable”. Tamże, s. 9.

⁷² EV 65.

⁷³ *Kodeks Etyki Lekarskiej*, <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/?l=1&p=cnf4&m=44&jh=1&ih=66> (dostęp: 28.05.2011), art. 30.

podyktowane chęcią eksperymentowania i faktycznie nie oznaczałyby nic innego, jak tylko pozbawione nadziei przedłużanie agonii i cierpienia człowieka umierającego⁷⁴.

Zakończenie

Na podstawie dotychczasowych refleksji, zawartych w pierwszej i w drugiej części artykułu, odpowiedź negatywna na pytanie: czy zawsze i za wszelką cenę należy przedłużać ludzkie życie za pomocą środków jakimi dysponuje współczesna medycyna? wydaje się być uzasadniona. Nie zawsze i nie za wszelką cenę życie ludzkie należy przedłużać. To spostrzeżenie odnosi się do takich sytuacji, w których śmierć zostaje dopuszczona, ponieważ nie potrafimy ocalić czyjegoś życia, mając nawet do dyspozycji olbrzymi asortyment środków analgetycznych, czy też dysponując ogromnym zapleczem paliatywnych metod postępowania. Sztuczne przedłużanie życia osób terminalnie chorych może być wręcz niemoralne, jeśli działania byłyby czynione bez jakichkolwiek szans na przywrócenie życia, czy też wskazywałyby na próbę przedłużania agonii połączonej z niepotrzebnym mnożeniem cierpień.

Summary

A few remarks in the discussion about the forgoing aggressive medical treatment

The article attempts to answer the question: should human life always and at all costs be extended by means of medical resources? To elucidate the problem, the author discusses the following principles: the principle of basic care, the principle of double effect (applied to analgesics and sedation), the principle of accompanying the patient, the principle of respect for patient autonomy, the principle of proportionality and the principle of medical futility.

Conclusion of the article is as follows: not always nor at all costs human life should be extended. Artificial prolongation of life may be immoral if the action would be done without any chance of restoring to life or would attempt to extend the agony combined with the proliferation of unnecessary suffering.

⁷⁴ J. Wróbel, *Człowiek i medycyna*, s. 424-425.