

KONIEC ŻYCIA - ASPEKTY MEDYCZNE, PRAWNE I MORALNE

END OF LIFE – MEDICAL, LEGAL AND MORAL ASPECTS

Ryszard Gajdosz

Zakład Ratownictwa Medycznego, Instytut Zdrowia Publicznego

Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Kierownik: prof. nadzw. dr hab. n. med. Ryszard Gajdosz

Instytut Zdrowia PWSZ w Nowym Sączu

Kierownik Zakładu i Dyrektor Instytutu: prof. nadzw. dr hab. med. Ryszard Gajdosz

STRESZCZENIE

W niniejszym opracowaniu przedstawiono wybrane aspekty związane z końcem życia. Dotyczą one przede wszystkim treści medycznych, lecz także filozoficznych, prawnych, etycznych i moralnych. Skrótowe i ogólne rozważania tego problemu nie wyczerpują w żadnej mierze tej szerokiej tematyki, stanowią jedynie przyczynek do głębszej refleksji i studiowania odpowiednich tekstów źródłowych. Aktualnie rozważania tego tematu – i wdrażanie do praktyki racjonalnych i zgodnych ze wszelkimi zasadami rozwiązań – stanowią konieczność chwili obecnej i przyszłości.

Słowa kluczowe: koniec życia, terapia nieproporcjonalna, opieka paliatywna.

SUMMARY

In this essay, selected aspects connected with the end of somebody's life have been presented. Primarily, the aspects concern medical but also philosophical, legal, ethical and moral issues. Shortened and general considerations of the issue do not use up in any way that broad topic, they are only contribution to deeper reflection and to studying suitable source materials. Present considerations of that subject and implementing rational and consistent with all the rules solutions into practice – are the necessity of both the present and future.

Key words: end of life, therapy out of proportion, palliative care.

Obecnie medycyna nie tylko leczy, chroni przed chorobami, przynosi ulgę w bólu i cierpieniu, lecz także efektywnie utrzymuje człowieka znacznie dłużej przy życiu i oddala od niego nieuchronne widmo śmierci w pewnym zakresie. Na tej podstawie niektórzy mają nadzieję, że już dzisiaj medycyna zarysuje możliwość „technologicznej nieśmiertelności”, a w przyszłości może zapanować nad śmiercią wystarczająco długotrwale. Tak jak się niektórym wydaje – wspaniała możliwość medycyny (chirurgii, reanimacji, medycyny ratunkowej) w wielu przypadkach interwencją lekarską uczyniła dwuznaczną, a samych lekarzy postawiła przed skomplikowanymi problemami natury etyczno-moralnej [1].

Dobrym przykładem określonych dylematów etycznych i ich rozwiązywania jest rozwój transplantologii. W ostatnich 50 latach, transplantologia rozwinęła się w zadziwiający i fantastyczny sposób. Początkowe próby ratowania chorych z użyciem

wszelkich dostępnych środków, w celu uchronienia chorych od śmierci z powodu niewydolności nerek i dysfunkcji innych narządów były skazane na niepowodzenie. Jednak z czasem doprowadziły do opracowania wystandaryzowanych i coraz skuteczniejszych metod leczenia transplantologicznego niewydolnych narządów. Od klinicznych doświadczeń transplantologia przekształciła się w szerokie, powiązane z przemysłem przedsięwzięcie, obejmujące zastępowanie wielu narządów, których niedobór jest źródłem zagrożonego współzawodnictwa między programami przeszczepiania narządów, bankami dawców, firmami farmaceutycznymi, lekarzami i pacjentami. Jest oczywistością, że w tym obszarze zaistniały konkretne dylematy etyczne, moralne i deontologiczne. Jednak pozytywnym rezultatem tego rozwoju jest nieustanny wysiłek ludzkości na rzecz ochrony życia i poprawy losu chorych. Obecnie transplantologia jawi się jako wielka, całkowicie nowa dziedzina

opieki medycznej, otwierająca obszerny dział chirurgii i nauk biomedycznych, w dodatku radykalnie dystansująca się od ustanowionych uprzednio sposobów leczenia [1, 2].

Nieuzasadnione moralnie przedłużanie biologicznego życia ponad miarę może uczynić egzystencję człowieka szczególnie uciążliwą, zarówno dla niego samego, jak i dla otoczenia. W takim wypadku chory wprawdzie żyje, ale żyje jako organizm kontrolowany sztucznie, żywiony i wentylowany przez aparaturę. Taka egzystencja z biegiem czasu staje się udręką dla pacjenta (którego „obdarowuje” się możliwością technologicznej nieśmiertelności), jak i personelu medycznego, który dostrzega, że już nie leczy chorego, lecz przedłuża jego umieranie. W tym kontekście prawo do godnej śmierci nabiera szczególnej wymowy. Istotnie, człowiek ma prawo umrzeć, nie wolno jego egzystencji zamieniać w przedłużającą się agonię. W tym kontekście należy poruszyć kwestię medycyny paliatywnej. Termin ten wywodzi się z łaciny (*paliatus* – przykryty, okryty płaszczem), z angielskiego zaś *palliate* znaczy ulżyć, złagodzić. Jest to dziedzina medycyny zajmująca się leczeniem objawowym i zaspokajaniem potrzeb medycznych chorych w terminalnym okresie choroby, czyli wtedy, gdy nie ma możliwości przedłużania życia chorego w drodze bezpośredniego oddziaływania na przyczynę choroby. Szerszy zakres ma pojęcie „opieka paliatywna”. Jest to całościowa, aktywna opieka nad chorymi w stanach terminalnych. Jej przedmiotem jest zwalczanie bólu oraz innych objawów, obejmuje ona także problemy psychologiczne, społeczne i duchowe. W niektórych krajach (np. w Niemczech) medycyna paliatywna jest odrębną specjalnością medyczną. Terminalny stan chorego powoduje brak możliwości wyleczenia, co niekiedy jest postrzegane przez lekarzy jako klęska czy porażka. W takim wypadku podstawową powinnością lekarską jest wspieranie umierającego, łagodzenie jego bólu i cierpienia aż do samego końca z jednoczesnym ukazywaniem nadziei [3]. W medycynie terminalnej (paliatywnej) wielką pomoc może przynosić religia i przekonania religijne pacjenta. Wiadomo, jakie szkody przyniosły czasy, kiedy w polskich szpitalach (w czasach PRL) kapelan szpitalny nie był „etatowym” pracownikiem, był wzywany doraźnie na usilne żądanie pacjenta lub jego rodziny. Był on osobą wroga, zwiastunem śmierci, a nie przyjacielem chorego. Nadzieja chorego na wyleczenie nie zawsze jest możliwa, ale może on być pewien, że będzie przechodził swoją nieuleczalną chorobę, ból i cierpienie bez większych obaw i strachu. Dokona się to wtedy, gdy pomoże mu w tym kapelan-psycholog, kompetentny i wrażliwy lekarz oraz jego własne (pacjenta) przekonania religijne. Pacjent przechodzi przez terminalną chorobę

w samotności i nikt – oprócz Boga – tej samotności nie umniejszy. Ciężka, śmiertelna choroba powoduje uczucie strachu i samotności, jest to przechodzenie przez „ciemną dolinę”, jednak w psalmach Dawidowych można znaleźć pocieszenie: „...choć idę przez ciemną dolinę zła się nie ulękę, bo Pan mój zawsze jest przy mnie...” [4]. Ale autor psalmów jednocześnie wyraził swoje zdumienie wielkością człowieka: „Czym jest człowiek, że o nim pamiętasz – czym syn człowieczy, że się nim zajmujesz? Obdarzyłeś go władzą nad dziełami rąk Twoich, położyłeś wszystko pod jego stopy... wszystko co szlaki mórz przebiega” (Ps 8, 5–9) [4].

Jest to fakt niezwykle istotny, nadzieja bowiem – może nawet nie na wyleczenie – ale na inne życie bardzo ułatwia choremu przechodzenie przez tę cienką przymgloną granicę życia i śmierci. W tym aspekcie kapelan szpitalny, który jest stale obecny w szpitalu, jest niezwykle pomocny i ważny jednocześnie, możemy być wdzięczni zmianom polityki, idei, Opatrzności, że nasi pacjenci i my sami doczekaliśmy takich czasów. Opieka duszpasterska oznacza pomoc w przeżywaniu ostatnich dni i można do niej zaliczyć:

- pomoc duchową (sakramenty św.),
- zapewnienie choremu poczucia godności,
- zapewnienie kontaktu drugiej osoby i niepozostawianie chorego w samotności,
- podtrzymanie w chorym nadziei i siły duchowej,
- traktowanie chorego z powagą,
- pomoc choremu w poznaniu i uznaniu jego granic.

W obliczu śmierci każdy człowiek zadaje pytania dotyczące rozliczenia się z własnym życiem i pytania o sens cierpienia, istnienia itp. Nie wolno tych pytań lekceważyć, nawet wtedy, gdy nie ma na nie rozsądnej lub żadnej odpowiedzi. We wszystkich religiach czyni się starania, aby poznać odpowiedzi na te drażące pytania. Chorzy i ich rodziny nierzadko znajdują pociechę w uczestniczeniu w obrzędach religijnych. Jednak nie wolno nikomu narzucać własnego światopoglądu, lecz także nie należy go ukrywać [1, 3]. Człowiek wierzący, doświadczając pełni i sensu życia doczesnego, nigdy nie zamyka się w sobie, gdyż wie, że własną mocą nie może zapanować nad śmiercią. Rozumie, że ani on sam, ani nikt z bliskich, którzy go kochają i pragną zatrzymać przy życiu, nie może jego śmiertelnej egzystencji uczynić nieśmiertelną. Dostrzegając zatem granice władzy nad sobą i kruchość własnej egzystencji, w całości powierza się Bogu, od którego oczekuje nieśmiertelności jako daru życia wiecznotrwałego. W artystycznie piękny sposób ujęła to poetka Anna Pogonowska [5]:

„Poznałam swoją niemoc. Tylko Ty
Rozniecisz gwiazdy, nadasz słońcu blask
I ufundujesz serca mego gmach
Bym mogła żyć...”

W obliczu nadchodzącej śmierci głęboki sens mają nie nonszalancja, arogancki protest, czy patetyczna obojętność, ale takie akty jak miłość skierowana ku „Absolutowi”, zawierzenie i powierzenie się, wewnętrzne otwarcie na dar, ufne oczekiwanie pełni życia, nadzieja pokładana w Bogu. W aktach tych objawia się autentyczna moc duchowa człowieka, który w nadchodzącej śmierci doświadcza rzeczywistej niemocy egzystencjalnej. Wynika z tego, że człowiekowi wierzącemu śmierć jawi się jako przechodzenie do innej rzeczywistości i innego bytu, pozwala to – jak się wydaje – umierać spokojniej. W codziennej egzystencji już za życia człowiek może spojrzeć śmierci w oczy i w wolności powiedzieć jej „nie” protestu lub „tak” akceptacji. Mocą tejże wolności może nadać śmierci sens: aktu ofiary i poświęcenia, rozstania się z życiem i pożegnania z najbliższymi; świadomy swego osobowego „ja” może także umierać w nadziei na osobistą nieśmiertelność [5]. Ostateczna postawa człowieka wobec śmierci, mądra lub głupia nadzieja na nieśmiertelność nie zależą od obiektywnej wiedzy na temat śmierci, od naukowego poznania procesu umierania, czy od przyjęcia racjonalnego poglądu na życie.

Nauka o ostatecznym sensie śmierci w zasadzie milczy, a o nieśmiertelności w znaczeniu religijnym woli nie słyszeć. Chrześcijańska nadzieja także nie zależy od wiedzy filozoficznej, od metafizycznych teorii duszy, czy od objawionej wiedzy teologicznej na temat życia po śmierci [6]. Człowiek umiera mądrze lub niemądrze, niezależnie od swego stosunku do wiedzy naukowej, umiera „poza nauką”. Jest tak dlatego, że śmierć jest wyłącznie jego osobistym przeżyciem, zawsze umiera sam i poznania sensu swojej śmierci i nieśmiertelności nie może zlecić uczonym do racjonalnego rozwiązania. Wobec umierania człowiek jest absolutnie wolny i sam musi zdecydować o sensie śmierci i nadziei.

Celem medycyny paliatywnej jest poprawa jakości życia, godna egzystencja aż do śmierci, uwzględnianie potrzeb, bez metod sztucznie ją przedłużających. Opieka paliatywna:

- afirmuje życie i traktuje umieranie jako proces normalny,
- nigdy nie przyspiesza ani nie lekceważy śmierci,
- zajmuje się łagodzeniem lub usuwaniem bólu i innych przykrych objawów (np. obstrukcji),
- integruje psychologiczne i duchowe aspekty opieki nad chorym,
- oferuje system pomocy w utrzymaniu przez pacjenta możliwie aktywnego życia aż do śmierci,
- oferuje system wsparcia rodzinie chorego zarówno w czasie choroby, jak i po jego odejściu [1].

Według definicji WHO z 1990 roku medycyna paliatywna troszczy się o chorego z czynnym, postępującym, zaawansowanym schorzeniem, dla którego

rokowanie jest niepomyślne, a leczenie skupia się na utrzymaniu jak najwyższej jakości życia. Właśnie słowo „troska” jest w tym aspekcie słowem najważniejszym. Nie tyle leczenie, co troska jest podstawą medycyny paliatywnej. Wiadomo z teologii, etyki i filozofii, że jest ona wyrazem miłości bezinteresownej, a więc takiej, która niezależnie od trudności i obiektywnych przeszkód służy drugiemu człowiekowi. Jest to miłość troskliwa, chętna do wyrzeczeń i samarytańska [3–5].

W medycynie paliatywnej określono podstawowe zasady postępowania:

- miejsce leczenia chorego zależy od jego woli (szpital, dom, hospicjum),
- odpowiedni skład (jakościowy i ilościowy) personelu,
- szczerłość i wiarygodność,
- adekwatna kontrola objawów ze strony narządów ważnych życiowo,
- współpraca lekarzy, pielęgniarek, psychologów, fizjoterapeutów, duszpasterzy, socjologów,
- umieranie jest częścią (etapem) życia, odrzuca się czynną pomoc w umieraniu [3, 5].

Od pewnego czasu obserwuje się przemianę w rozumieniu śmierci. Dotąd dla medycyny śmierć pacjenta zawsze była porażką, w rzadkich tylko przypadkach traktowano ją jako naturalne rozwiązanie beznadziejnej sytuacji. Obecnie, kiedy sam chory prosi o śmierć lub – w przypadku chorych nieprzytomnych – rodzina, w oczach żyjących (zwłaszcza lekarzy) śmierć zdaje się być nie tylko sensownym i racjonalnym rozwiązaniem problemu pacjenta, ale nawet aktem miłosierdzia wobec nieuleczalnie i beznadziejnie chorego człowieka.

Moralną racją takiego humanitarnego stosunku do beznadziejnie chorych ma być prawo do godnej śmierci, zgodne z prawem stanowionym, etyką i deontologią lekarską. Wielu jednak błędnie uważa, że to prawo człowieka do śmierci godnej obejmuje także prawo do eutanazji. Czy jednak w tym swoim uczłowieczeniu śmierci i jej racjonalizowaniu pod postacią eutanazji wyraża się prawdziwa miłość człowieka do człowieka? Dlatego w postulowaniu prawa do eutanazji i samobójstwa można dopatrzeć się świadomości przegranej entuzjastów nowoczesnej medycyny, wiedząc bowiem, że nie mogą zapanować nad śmiertelnością człowieka, chcieliby przynajmniej racjonalnie kierować jego śmiercią. Medycyna paliatywna odrzuca czynną pomoc w umieraniu i w samobójstwie.

Niepodjęcie lub zakończenie leczenia przedłużającego życie (często głęboko zdegradowanego) jest możliwe, jeśli taka jest kategoryczna wola pacjenta, np. zakończenie dializ, odstawienie antybiotyków, skomplikowanego żywienia pozajelitowego.

Zdarzają się jednak sytuacje, w których trudno to ustalić, np. gdy chory jest pozbawiony świadomości lub splątany. Takie działania można nazwać bierną pomocą w umieraniu, natomiast pośrednia pomoc w umieraniu może dotyczyć sytuacji leczenia z narażeniem skrócenia życia, gdy ma ono na celu kontrolę objawów, np. leczenie bólu zbyt dużymi dawkami opioidów. Są to kontrowersyjne problemy, jednak nie należy ich utożsamiać z eutanazją. Od eutanazji należy odróżnić decyzję o rezygnacji z uporczywej terapii, czyli z zabiegów, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, których można oczekiwać lub są uciążliwe dla samego chorego i jego rodziny. W takich sytuacjach, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem i wiedzą lekarską zrezygnować z zabiegów powodujących nietrwałe i bolesne przedłużenie życia. Nie należy jednak przerywać normalnego postępowania, jakiego wymaga chory w takich przypadkach. Choremu terminalnie zawsze należy zapewnić działanie przeciwbólowe, pielęgnację i właściwe żywienie, inne zaawansowane metody postępowania zawsze będą narażone na miano „uporczywej terapii” [1, 6]. Właściwym pojęciem w takiej sytuacji jest termin „terapia proporcjonalna”, która jest działaniem leczniczym optymalnym dla chorego, przynosząc pozytywny efekt i nie narażając go na zbędne uciążliwości i nieuzasadnione obniżenie jakości życia. W tej sprawie jasno i w sposób niepodważalny wypowiedział się papież Jan Paweł II i jego wykładnia jest ważnym drogowskazem dla personelu medycznego, który troszczy się o chorych [7, 8]. Problematyce ciężkiej choroby i umierania poświęcony jest cały dokument Papieskiej Rady „Cor Unum” i duży fragment encykliki *Evangelium vitae*. [8, 9]. W tych dokumentach porusza się problemy ciężko i nieuleczalnie chorych, takie jak:

- zachowania świadomości pacjenta,
- rezygnacja z uporczywej terapii,
- obecność przy łóżku chorego,
- opieka religijna [8, 9]

Istotnym problemem jest także dyspozycja pacjenta, czyli oświadczenie woli, które generuje następstwa prawne. Na wszelki wypadek, gdyby nie mógł wyrazić swojej woli, pacjent wcześniej wydaje dyspozycje dotyczące konkretnych działań medycznych, które według jego przekonania należy podjąć lub zaniechać, np. leczenie przeciwbólowe, sztuczna wentylacja, żywienie. Dyspozycje pacjenta są ważne jeśli

odnoszą się do konkretnych sytuacji (np. przetoczenia krwi, wdrożenia hemodializy) i nic nie wskazuje na to, że pacjent będzie chciał je unieważnić. W nagłych sytuacjach są one zazwyczaj niewłaściwie interpretowane i wykorzystywane. Dyspozycje pacjenta są stosowane zazwyczaj dopiero wtedy, gdy pacjent nie może już wyrazić swego zdania [2, 3].

W ostatnich dziesięcioleciach ukazało się setki artykułów i monografii na temat umierania i śmierci. Obecnie śmierć przestała być przedmiotem metafizyczno-religijnych rozważań, które zmierzały do zrozumienia jej sensu w świetle tajemnic życia i wiary religijnej. Dzisiaj umieranie i śmierć stały się już oficjalnie problemami naukowymi, którymi zajęła się odrębna dyscyplina – tanatologia. Powstanie tanatologii jako naukowej dziedziny badań stanowi charakterystyczny rys współczesnej kultury, zdominowanej przez naukę i technikę. W ten sposób nauka zdaje się definitywnie opanowywać wstydliwie dotąd omijany obszar poznania, jakim jest śmierć postrzegana jako najbardziej osobiste wydarzenie życia człowieka [5, 10].

PIŚMIENNICTWO:

- [1] Encyklopedia bioetyki. red. A Muszala. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2005.
- [2] Tilney N L. Przeszczep. Od mitów do rzeczywistości. Red. P Fiedor. II wyd. pol. Index Copernicus International S.A., Warszawa 2009.
- [3] Weinert M. Crashkurs Anästhesie. Elsevier, GmbH, München 2007.
- [4] Biblia Tysiąclecia. Wydanie trzecie poprawione. Red. nauk. A Jankowski. Wydawnictwo Pallottinum, Poznań–Warszawa 1983.
- [5] Siemianowski A. Śmierć i perspektywa nadziei. Drukarnia Scriptor, Gniezno 1992.
- [6] Ratzinger J. Eschatologia – śmierć i życie wieczne. Poznań 1985.
- [7] Jan Paweł II. Salvifici doloris. Watykan 1992.
- [8] Jan Paweł II. Evangelium vitae. Watykan 1982.
- [9] Papieska Rada „Cor Unum”. Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających. Watykan 1981.
- [10] Fulton R. Death, Grief and Bereavement II. A Bibliography 1975–1980. New York 1981.
- [11] Bartkiewicz P. Tanatologia. Zarys problematyki moralnej. Poznań 2001.

Adres do korespondencji:

dr hab. Ryszard Gajdosz
Wydział Nauk o Zdrowiu CM UJ
e-mail: docgary@poczta.onet.pl
tel. +48 602 789 454