Danuta Ślęczek-Czakon

Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych

Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego Katowice 2004

Rozdział VII

Śmierć w kulturze i medycynie

Śmierć, zjawisko powszechne, naturalne i konieczne, należy do najmniej znanych faktów. Wprawdzie problem śmierci jest od dawna obecny w religii, filozofii, sztuce, wyobrażeniach ludzi, ale rozważany w abstrakcyjnej formie pomija to, co konkretne i związane z egzystencją człowieka w określonych realiach[1]. Biologiczne aspekty umierania i śmierci, chociaż stosunkowo dobrze poznane, nie wyczerpują złożoności tego zjawiska. Paradoksem współczesnej kultury jest to, że śmierć naturalną traktuje się w sposób pruderyjny (jest to temat przemilczany, wstydliwy, bardzo osobisty), natomiast śmierć nienaturalną (gwałtowną, nagłą w skutek wojny, agresji, mordu, wypadku) lansuje się w środkach masowego przekazu bez zażenowania, jak reklamę towaru, która ma zwiększyć obroty stacji telewizyjnych, wydawnictw. Oba podejścia nie sprzyjają refleksji nad życiem i jego kresem[2], umacniają postawy pogardy dla życia oraz lęku przed śmiercią. Wraz z powstaniem bioetyki, od lat sześćdziesiątych XX wieku, wzrasta zainteresowanie problematyką tanatologiczną – pojawiają się prace ujmujące śmierć i umieranie w perspektywie psychologicznej, socjologicznej, etycznej, antropologicznej. Wielowymiarowość umierania powoduje, że nie można wypracować jednolitej teorii wyjaśniającej te procesy. Tanatologia obejmuje kilka płaszczyzn: filozoficzną, teologiczną, medyczną, psychologiczną, socjologiczną, antropologiczną. Wszystkie stosuje się w bioetyce. Istniejące perspektywy badawcze, jak sądzi A. Ostrowska, są ze sobą tak powiązane i uzależnione, iż nie zawsze można je precyzyjnie odgraniczyć. Nie to jest jednak najważniejsze. Poznanie aspektów śmierci ma znaczenie praktyczne – za-

[1] A. Ostrowska: *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*. Warszawa 1997.
[2] M. Adamkiewicz: *Zagadnienie śmierci w bioetyce*. Warszawa 2002, s. 104–105.

pewnienie umierający
ludziom potrzeby re
i śmierci.

Postawy wobec

Lęk przed śmierci
wyzwalał potrzebę zr
nia sposobów kontrolo
czas śmierć była post
ale nie sprzeciw. Pod w
(laicyzacja, zakwestio
sprzyjająca tworzeniu
cy na medykalizację
nastąpiły przemiany p
„zdziczała". Philippe A
dwóch zasadniczych
postaw ludzi doprowa

Pierwszy wzorzec
się ze śmiercią przez
i oczekiwanie na śmier
pojmowanie śmierci
muszą umrzeć, przetr
zmarłych była obojętn
ludzkich, były one ce
początku XX wieku, r
tykany był do lat pięćd
wyróżnił cztery podw
ryzuje się spokojną p
jaństwa. Znamienne

[3] A. Ostrowska: *Śmi*
[4] Ph. Ariès: *Człowiek*
Warszawa 1993. Ariès przy
między postawą wobec śm
Jankélévitcha była inspirac
śmierć, twoja śmierć).

pewnienie umierającym właściwej opieki i dobrej, godnej śmierci, ukazanie ludziom potrzeby refleksji oraz dokonania zmian w postawie do życia i śmierci.

Postawy wobec śmierci

Lęk przed śmiercią jest stałym elementem ludzkiej egzystencji, to on wyzwalał potrzebę zrozumienia tego niepokojącego zjawiska i poszukiwania sposobów kontrolowania własnych zachowań wobec śmierci. Przez długi czas śmierć była postrzegana jako fakt konieczny, naturalny, budzący lęk, ale nie sprzeciw. Pod wpływem zmian w chrześcijańskiej cywilizacji Zachodu (laicyzacja, zakwestionowanie wiary w nieśmiertelność duszy, urbanizacja sprzyjająca tworzeniu się rodzin nuklearnych, postęp medycyny wpływający na medykalizację śmierci i zatarcie granicy między życiem a śmiercią[3]) nastąpiły przemiany postaw wobec śmierci. Śmierć z „oswojonej" stała się „zdziczała". Philippe Ariès, francuski historyk, wyróżnił czasowe następstwo dwóch zasadniczych wzorców śmierci, ukazywał, jak powolne przemiany postaw ludzi doprowadziły do przewrotu w obyczajach[4].

Pierwszy wzorzec to **śmierć oswojona:** cechuje go postawa pogodzenia się ze śmiercią przez ujęcie śmierci w społeczny rytuał (zwiastuny śmierci i oczekiwanie na śmierć, publiczny charakter umierania, rytuał pogrzebowy), pojmowanie śmierci naturalnej jako nieuchronnej, koniecznej (wszyscy muszą umrzeć, przetrwamy w rodzie, plemieniu, w raju), postawa wobec zmarłych była obojętna lub spoufalona (cmentarze lokowano blisko siedlisk ludzkich, były one centrum życia publicznego). Wzorzec ten przetrwał do początku XX wieku, na południu i wschodzie Europy (także w Polsce) spotykany był do lat pięćdziesiątych. W ramach wzorca śmierci oswojonej Ariès wyróżnił cztery podwzorce. Pierwszy z nich (**umrzemy wszyscy**) charakteryzuje się spokojną postawą typową dla pogaństwa i wczesnego chrześcijaństwa. Znamienne rysy tej postawy to oczekiwanie oraz przeczuwanie

[3] A. Ostrowska: *Śmierć w doświadczeniu*..., s. 25–38.

[4] Ph. Ariès: *Człowiek i śmierć*. Warszawa 1989; *Antropologia śmierci. Myśl francuska*. Warszawa 1993. Ariès przyznaje, że przejął od E. Morina hipotezę głoszącą, że istnieje relacja między postawą wobec śmierci a świadomością własnej indywidualności, z kolei praca V. Jankélévitcha była inspiracją, by nazwać niektóre z podwzorców (umrzemy wszyscy, własna śmierć, twoja śmierć).

nadchodzącej śmierci, uznanie śmierci nagłej lub potajemnej za haniebną (dobra śmierć to taka, która jest poprzedzona zwiastunami, odbywa się zgodnie z rytuałem i w obliczu świadków). Konanie było zjawiskiem prostym – umierający brał udział w ceremoniale (np. prosił o przebaczenie, żegnał się z żywymi, wybierał miejsce na grób), godził się z nieuchronnością śmierci. Zmarli nie budzili lęku – żywi i zmarli „sąsiadują" ze sobą (cmentarze buduje się w mieście, a nie poza murami, są one miejscem spotkań mieszkańców). Około IX wieku (najpierw w klasztorach potem, gdzieś od XIII wieku w kręgach świeckich) pojawia się drugi podwzorzec (**własna śmierć**). Wraz z rozwojem chrześcijaństwa i wiary w zbawienie wzrasta indywidualizacja śmierci. Ludzie postrzegali siebie jako grzeszników zasługujących na karę. Poczucie winy i odpowiedzialności osobistej wobec Boga zrodziło poczucie własnej tożsamości, indywidualności i historii na tym i na innym świecie. Tym samym zrodziła się świadomość własnej śmierci, wzrósł też poziom lęku przed śmiercią. To skłaniało do porzucenia anonimowości grobów i uczynienia z nich pomników pamięci. Rysem znamiennym tej postawy jest wiara w stan spoczynku, coś pośredniego między zgiełkiem ziemskiego życia a kontemplacją nieba (stąd poza postaci leżących na grobowcach, pomnikach oraz krzyż). Postawa taka upowszechnia się wśród elit intelektualnych oraz finansowych oraz w wieku XVII uzyskuje przewagę, trwa do końca XVIII wieku. Od XVI wieku – jak sądzi Ariès – zaczęła się przemiana ludzkiej wrażliwości i proces dziczenia śmierci. Pojawia się następny podwzorzec (**śmierć długa i bliska**). W XVII wieku dominuje w świadomości ludzi myśl, że życie jest kruche, krótkie i w każdej chwili muszą być gotowi na stawienie się przed Bogiem oraz rozliczenie się ze swoich uczynków. Myśl o śmierci towarzyszy jednostce przez całe życie, towarzyszy jej metafizyczny smutek i rosnący lęk, by w XVIII wieku przybrać formę niezdrowej ciekawości, perwersyjnych dewiacji (nekrofilia, makabryczny erotyzm) i strachu przed pogrzebaniem żywcem. To wiek racjonalizmu, wynalazków naukowych oraz wiary w postęp i jego zwycięstwo nad naturą przyczynił się do ukształtowania nowej wizji śmierci – jako faktu przyrodniczo-medycznego bez znaczenia religijno-eschatologicznego. Czwarty podwzorzec (**twoja śmierć**) pojawił się w XIX wieku, gdy romantyzm odkrył śmierć bliskich. Jeśli ludzie wierzą w dalsze życie, śmierć nie jest dla nich końcem istnienia ukochanej osoby. Pomimo boleści i żalu, który wywoływała, nie uznawano ją za brzydką czy przeraźliwą. Uznawano ją za piękną, a uczestnictwo w obrzędach śmierci traktowano jak udział we wspaniałym widowisku. Ariès dostrzegł tu pewną sprzeczność – pomimo pozornej jawności śmierć zaczęła się ukrywać pod postacią piękna. Przyczyną tego, jak sądzi, była niewiara ludzi w piekło – w obliczu zniknięcia piekła zło osunęło się od śmierci.

Należy dodać, że pomiędzy wymienionymi podwzorcami trudno wyznaczyć ostre granice. Wszystkie mieszczą się we wzorcu śmierci oswojonej,

dlatego że śmierć nie by
notowy; śmierć była w
w dalsze życie osłabiała
pojawiały się cechy, kt

Z początkiem XX w
rakteryzuje się on wypa
łecznej (o śmierci się n
otacza krąg kłamstw i
dziczeje, podobnie „jak
obecnie zapuszczony,
śmierć zaczyna napawa
W ramach wzorca śmie
opacznej. Śmierć na o
samotne umieranie w sz
stanu, bez możliwości w
decydują lekarze). Dok
dotyczyła czasów do la

Zdaniem K. Szewcz
śmierci zdziczałej, któ
nazywa się **śmiercią zr**
nowaniem, niezawodno
czucie panowania nad
człowieka upodabnia t
różni się on od śmierci
a także większym stra
śmierci ma ten lęk zm
waniem jej sensu, wpły
wi wyjście z indywidu
karzy, prawników i inn
nietrwały, dążący do
Pojawiła się ona w wy
nie śmierci jest zlecone
świadczoną cierpiącem
nym ekspertem od zada
do wyrażenia zgody, de
cjonalności decyzji cho
cierpienia.

[5] K. Szewczyk: *Lęk, n*
chodu. W: *Umierać bez lęku.*
czyk. Warszawa 1996, s. 16.
[6] Ibidem.

dlatego że śmierć nie była aktem tylko osobistym, lecz miała wymiar wspólnotowy; śmierć była w nich zrytualizowana jako zjawisko publiczne, wiara w dalsze życie osłabiała lęki tanatyczne. Ale już w kolejnych podwzorcach pojawiały się cechy, które doprowadziły do powstania drugiego wzorca.

Z początkiem XX wieku pojawia się wzorzec **śmierci zdziczałej**. Charakteryzuje się on wyparciem śmierci ze świadomości indywidualnej i społecznej (o śmierci się nie myśli i nie mówi, następuje zanik żałoby, śmierć otacza krąg kłamstw i tajemnic, staje się ona brzydka, brudna). Śmierć dziczeje, podobnie „jak dziczeje oswojony zwierzak wypędzony z domu czy obecnie zapuszczony, a niegdyś uprawny ogród. W ten sposób zdziczała śmierć zaczyna napawać współczesnego człowieka coraz większym lękiem."[5] W ramach wzorca śmierci zdziczałej Ariès umieszczał podwzorzec **śmierci opacznej**. Śmierć na opak jest zaprzeczeniem śmierci oswojonej. Jest to samotne umieranie w szpitalu, pośród obcych ludzi, w nieświadomości swego stanu, bez możliwości wpływu na proces umierania i moment śmierci (o tym decydują lekarze). Dokonana przez Arièsa klasyfikacja wzorców umierania dotyczyła czasów do lat siedemdziesiątych XX wieku.

Zdaniem K. Szewczyka[6] dzisiaj należy ją uzupełnić o kolejne podwzorce śmierci zdziczałej, które ukształtowały się w ostatnich latach. Jeden z nich nazywa się **śmiercią zracjonalizowaną.** Cechuje się ona starannym zaplanowaniem, niezawodnością i estetyką samobójstwa umierającego, daje poczucie panowania nad skończonością. Obecność śmierci w świadomości człowieka upodabnia ten styl umierania do śmierci długiej i bliskiej, ale różni się on od śmierci długiej oraz bliskiej małą wiarą w Boga-Sędziego, a także większym strachem przed skończonością. „Robienie" własnej śmierci ma ten lęk zminimalizować – racjonalny plan śmierci jest nadawaniem jej sensu, wpływa także na nadanie sensu swojemu życiu, stanowi wyjście z indywidualnej samotności, bo wciąga rodzinę, bliskich, lekarzy, prawników i innych specjalistów. Śmierć zracjonalizowana to typ nietrwały, dążący do następnego podwzorca, **śmierci na uzgodnienie**. Pojawiła się ona w wyniku dyskusji nad eutanazją dobrowolną. Wykonanie śmierci jest zlecone lekarzowi przez pacjenta i traktuje się je jako usługę świadczoną cierpiącemu. Lekarz ma być fachowcem od śmierci, bezstronnym ekspertem od zadawania śmierci. Autonomia chorego sprowadza się do wyrażenia zgody, decyzja o śmierci należy do lekarzy: oni decydują o racjonalności decyzji chorego, o stanie chorego i możliwości łagodzenia jego cierpienia.

---

[5] K. Szewczyk: *Lęk, nicość i respirator. Wzorce śmierci w nowożytnej cywilizacji Zachodu.* W: *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej.* Red. M. Gałuszka, K. Szewczyk. Warszawa 1996, s. 16.

[6] Ibidem.

Oba podwzorce, zdaniem K. Szewczyka, nie zrywają z ideologią szpitalną oraz medykalizacją śmierci, rozluźniają związek śmierci z chorobą, pozornie bronią autonomii chorego – w istocie bronią interesów społeczeństwa i przedkładają je nad dobro jak również autonomię chorego, nie redukują skutecznie lęku przed śmiercią, a nawet przeciwnie, powodują wzrost strachu przed śmiercią-nicością tak dalece, że chcemy, by nas zabito przed jej nadejściem. Różnią się od śmierci opacznej tylko tym, że przywracają śmierć społeczeństwu i kulturze[7], ale nadal pozostaje ona przerażająca, wroga.

Współcześnie, podkreśla Szewczyk, należy lansować i aprobować wzorzec **spokojnej, dobrej śmierci.** Byłby to powrót do śmierci oswojonej. Warunkiem jego zaistnienia jest indywidualna oraz społeczna akceptacja skończoności człowieka, uznanie śmierci za ostatni, ważny etap życia (a nie jego zaprzeczenie), odrzucenie przez medycynę postawy walki z chorobami oraz śmiercią na rzecz troski o cierpiących i umierających. Spokojna śmierć to śmierć pod kontrolą fachowców łagodzących strach i cierpienia (w hospicjum lub w domu), w otoczeniu osób bliskich, śmierć, na którą zgadza się umierający i jego otoczenie. Lęki tanatyczne osób towarzyszących umierającemu rozładują się w pełnym troski trwaniu przy chorym. To z kolei pomoże umierającemu uporać się ze swoimi obawami. Będzie to rodzaj nagrody za zgodę na śmierć. Sama taka zgoda może dać umierającemu poczucie siły i przysporzy znaczenia jego śmierci. K. Szewczyk ma nadzieję, że jest to możliwe pod warunkiem, że osłabnie wiara w naukę i postęp techniczny (ludzie porzucą złudną nadzieję na to, że postępy medycyny zapewnią nam świat bez chorób i śmierci, uznają śmierć za końcowy etap życia) oraz nastąpi proces kulturowego nadawania sensu chorobom i cierpieniu poprzez metaforyzację śmierci, choroby, cierpienia. To ostatnie będzie możliwe – jak sądzi K. Szewczyk – gdy bioetyce regulatywnej (normatywnej), kierującej się ku opracowaniu reguł kierujących jednostkowymi wyborami moralnymi przeciwstawi się bioetykę kulturową, która ma przezwyciężyć indywidualizm bioetyki regulatywnej przez uwzględnienie społecznego, kulturowego kontekstu problemów etycznych. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej mają opierać się na odmiennych założeniach niż te, które obecne są w bioetyce regulatywnej[8]. Antropologia tej bioetyki zakłada, że *Homo sapiens* to całość funkcjonalna, element żywego systemu.

[7] K. Szewczyk: *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*. Warszawa–Łódź 2001, s. 316 i n.

[8] Problem odróżnienia bioetyki regulatywnej od kulturowej jest ważny, ciekawy i wymagający poświecenia mu większej uwagi. W tym miejscu, z uwagi na ograniczenia objętości pracy, poświęcam mu tyle miejsca, ile jest niezbędne, by wyjaśnić kwestię metaforyzacji choroby i śmierci. Zob. K. Szewczyk: *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*. Warszawa 2001; M. Gałuszka, K. Szewczyk: *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*. Warszawa–Łódź 2002.

Jako zwieńczenie ewolucji jest on zagrożony utratą równowagi (cierpienie narasta wprost proporcjonalnie do filogenetycznego zaawansowania gatunku, ekscentryczność człowieka jest powodem niestabilności). Gatunek ludzki składa się z trzech podukładów (cielesności, ducha, kultury) połączonych dodatnimi i ujemnymi sprzężeniami zwrotnymi. Kultura dla człowieka jest oparciem przed ewolucyjnym upadkiem, pełni funkcję anksjolityczną – łagodzi lęk przed śmiercią, chorobą, cierpieniem. W kulturze współczesnej współistnieją trzy podstawowe symbole tanatyczne: Boga-Sprawiedliwego Sędziego (jego siła osłabła wraz z erozją wiary), Nauki Wyzwolicielki od cierpień i śmierci (jego znaczenie maleje od lat siedemdziesiątych XX wieku wraz z ruchami ekologicznymi oskarżającymi technologię o zło wyrządzone w świecie), Drugiego człowieka (obecna w filozofii dialogu, w relacjonizmie etycznym Emmanuela Lévinasa). Pustkę po zużywających się tanatycznych podporach Boga-Sprawiedliwego Sędziego i Nauki-Wyzwolicielki może spełnić trzeci symbol. W zmedykalizowanych społeczeństwach najlepszym sposobem zmniejszenia tanatycznych lęków będzie medycyna, ale uwolniona od dwóch pierwszych symboli, wrażliwa na mowę cierpiącego człowieka (Ty). Dialog umożliwią obecne w kulturze metafory maladyczne: adamicka i hiobowa. Mit Adama głosi, że cierpienie, choroby, śmierć są karą za grzech prarodziców i dlatego stanowią nieodłączne składniki ludzkiej egzystencji. Mit Hioba traktuje je jako jednostki wyróżnione przez Boga. Współcześnie te dwa mity uległy sekularyzacji i łączą się ze sobą w jedną próbę wytłumaczenia cierpienia, choroby (choroba jest karą za zły tryb życia oraz szansą na odkrycie, że dotychczasowe życie było nieautentyczne, jest też szansą na budowę nowej autentycznej egzystencji). Obie metafory mają kulturową moc sensotwórczą i trzeba je wykorzystać do złagodzenia tanatycznych lęków. Ma to zrobić dobra medycyna rozumiana jako sztuka zapobiegania, leczenia, łagodzenia bólu, cierpień oraz zapewnienia spokojnej śmierci.

Obawiam się, że warunki pojawienia się wzorca dobrej śmierci są zbyt wygórowane, by mogły być w najbliższym czasie spełnione. Możemy pytać: Kto ma monopol na odczytanie metafor źródłowych (lekarz, pacjent, rodzina)? Metafora adamicka może równie dobrze służyć uzasadnieniu wyzwolenia człowieka kosztem błędów (grzechu) oraz jego skutków, jak również określeniu sfery tabu, zakazom. Metafora Hioba może służyć trosce o cierpiącego, umierającego (opieka paliatywna bez eutanazji), ale i ingerowaniu w preferencje pacjenta, o ile inaczej będzie ją odczuwał, np. zakaz eutanazji czy pomocy w samobójstwie lub choćby ich moralne potępienie może służyć temu, że pod osłoną troski każe się człowiekowi znosić cierpienie, którego nie akceptuje, narzuci się wszystkim jedno rozumienie sensu cierpienia. Problemem jest określenie cierpienia „ponad konieczną miarę" – czyje intuicje tu decydują, pacjenta czy służb medycznych? Tu też może

pojawić się instytucjonalizacja w pojmowaniu choroby, cierpienia, śmierci. Ubezwłasnowolnienia pacjenta można dokonać, kierując się nie tylko autonomią, ale i dobrem wspólnoty (to drugie nawet szybciej może doprowadzić do takiego skutku). Nadzieja, że wszyscy ludzie tak samo odczytają metafory źródłowe, jest zbyt wielka. Bioetyka kulturowa może być bardziej elitarna, hermetyczna, zamknięta w gronie specjalistów od metaforyzacji niż bioetyka regulatywna. Mam wątpliwości, czy chory, cierpiący człowiek może samodzielnie oraz kompetentnie to zrobić. Treść metafor może być laicka i religijna, np. mit postępu jest świecki, ale można go zinterpretować czy uzgodnić z przekonaniami religijnymi w moc Opatrzności, mit adamicki ma źródła religijne, ale można nadać mu treść laicką. Odczytanie metafor może wieść w różnych kierunkach i też skazane jest na potoczne intuicje. Proponowany przez K. Szewczyka wzorzec dobrej, spokojnej śmierci przypomina mi jednak śmierć na uzgodnienie – jest tu przecież cicha umowa: my (lekarze, rodzina, opiekunowie) będziemy się o ciebie troszczyć pod warunkiem, że nie będziesz stawiał zbyt wysokich wymagań, pogodzisz się ze śmiercią, właściwie pojmiesz sens swojej choroby i śmierci, nie będziesz (w domyśle) żądał eutanazji.

Terapia daremna, uporczywa, użyteczna

Postęp nauk medycznych, oprócz niekwestionowanych korzystnych skutków: zmniejszenia się śmiertelności niemowląt, wydłużenia średniej życia, sukcesów w leczeniu wielu chorób, doprowadził do możliwości przedłużania ludzkiego życia za wszelką cenę, poza granice rozsądku i humanitaryzmu. Zapewne przyczynił się do tego proces medykalizacji życia i śmierci prowadzący do zatarcia różnicy między nimi. Choć przyjmujemy, że wartość ludzkiego życia jest duża, często „trudno jest określić, co się na tę wartość składa, jak dalece jest ona uniwersalna i niezmienna, a jak bardzo stopniowalna i zależna od kontekstu społecznego"[9]. Zwykle aprobujemy bohaterskie czyny ratowania życia, potępiamy zaś te, które zmierzają do jego przerwania. W konkretnych sytuacjach mamy kłopot z zastosowaniem tych ogólnych norm dotyczących obrony życia ludzkiego – chodzi tu o takie interwencje w trwanie życia, które można określić jako uporczywe, heroiczne, ale daremne, bezużyteczne, bo nie przynoszące

[9] A. Ostrowska: *Śmierć w doświadczeniu...*, s. 66.

korzyści choremu (sz
przysparza się cierpi
środków do ratowani
wiedliwości, bo nie p
chorym). Podobne kł
stosowania środków
które środki uznać za
ne, czy jest jakaś róż
medycznej[10].

Dyskusja o tym, ja
nie tylko w literaturze
się także do sądów, w
padki zaniechania lub
Do głośnych kazusów
– Nancy Cruzan, pac
zażądała usunięcia
dy, pacjentka po oś
– Baby Doe, noworo
się na operację chi
czego dziecko zma
– Baby L, dziecka z
kończyn), którego r
rego matka domag
medycznych;
– Helgi Wanglie, pac
domagała się stosow
że jest to zgodne z
– Tony'ego Blanda,
bec którego sąd ze

To, że podobne sp
nych przypadkach są
mierze o skali zagubi
jego przedłużania[11].

[10] Nie są to pytania a
życie, godna śmierć. Warsz
Warszawa 1993.

[11] Spraw tych jest spor
sady etyki medycznej. War
końcu znajdziemy najważ
etyki tradycyjnej. Warszaw
daremnej i użytecznej. W:
2001.

korzyści choremu (szansa na ich skuteczność jest bliska zeru, choremu przysparza się cierpienia) ani innym ludziom (stosowanie kosztownych środków do ratowania, przedłużania jednego życia narusza zasady sprawiedliwości, bo nie pozwala na udzielenie skutecznej pomocy innym, lżej chorym). Podobne kłopoty mamy z określeniem: kiedy zrezygnować ze stosowania środków medycznych (wycofać je lub w ogóle nie stosować), które środki uznać za obowiązkowe (zwyczajne), a które za nadzwyczajne, czy jest jakaś różnica między działaniem a zaniechaniem w praktyce medycznej[10].

Dyskusja o tym, jakie postępowanie lekarskie jest użyteczne, toczy się nie tylko w literaturze bioetycznej czy ośrodkach akademickich. Przeniosła się także do sądów, w których coraz częściej rozpatruje się tragiczne przypadki zaniechania lub podjęcia działań medycznych podtrzymujących życie. Do głośnych kazusów należą sprawy:

- Nancy Cruzan, pacjentki w stanie trwale wegetatywnym, której rodzina zażądała usunięcia sondy odżywiającej. Sąd Najwyższy nie udzielił zgody, pacjentka po ośmiu latach zmarła;
- Baby Doe, noworodka z zespołem Downa, którego rodzice nie zgodzili się na operację chirurgiczną korygującą anomalie fizyczne, w wyniku czego dziecko zmarło;
- Baby L, dziecka z wadami (niewidome, głuche, z porażeniem czterech kończyn), którego rozwój zatrzymał się na poziomie trzech miesięcy i którego matka domagała się stosowania wszystkich dostępnych środków medycznych;
- Helgi Wanglie, pacjentki w stanie trwale wegetatywnym, której rodzina domagała się stosowania wszelkich środków medycznych, bo utrzymywała, że jest to zgodne z wolą pacjentki;
- Tony'ego Blanda, znajdującego się w stanie trwale wegetatywnym, wobec którego sąd zezwolił na zaprzestanie nawadniania i odżywiania.

To, że podobne sprawy coraz częściej trafiają do sądów i że w podobnych przypadkach sądy wydają odmienne werdykty, świadczy w pewnej mierze o skali zagubienia ludzi w określeniu wartości życia i sensowności jego przedłużania[11].

---

[10] Nie są to pytania akademickie, stawiają je sami lekarze. Por. Ch. Barnard: *Godne życie, godna śmierć*. Warszawa 1996; J. Bréhant: *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*. Warszawa 1993.

[11] Spraw tych jest sporo. Przedstawiają je m.in. T.L. Beauchamp, J.F. Childress: *Zasady etyki medycznej*. Warszawa 1996, gdzie i w treści pracy, i w dodatku zamieszczonym na końcu znajdziemy najważniejsze kazusy w bioetyce; P. Singer: *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*. Warszawa 1997; L.M. Kopelman: *Pojęciowe i moralne problemy terapii daremnej i użytecznej*. W: *Dylematy bioetyki*. Red. A. Alichniewicz, A. Szczęsna. Łódź 2001.

W tradycji religijnej, także w prawie, filozofii, kodeksach zawodowych – jak sądzą Beauchamp i Childress[12] – wypracowano przekonania dotyczące niekrzywdzenia. Służą one do wydawania decyzji, kiedy podejmować leczenie lub nie podejmować go. Niektóre z nich są nadal użyteczne, z niektórych należałoby zrezygnować lub zastąpić je przekonaniami alternatywnymi. Tradycyjne przekonania określające nieszkodzenie w medycynie opiera się na rozróżnieniach między: 1) niepodjęciem a wycofaniem środków podtrzymujących życie, 2) środkami nadzwyczajnymi (heroicznymi) a zwyczajnymi, 3) sztucznym odżywianiem a medycznymi technikami podtrzymującymi życie, 4) skutkami zamierzonymi a jedynie przewidywanymi. Autorzy sądzą, że popularność tych rozróżnień i ich powszechne stosowanie nie świadczą o ich słuszności. Są one często szkodliwe. Proponują, by z nich zrezygnować oraz zastąpić je rozróżnieniem na obowiązkowe i alternatywne sposoby leczenia oraz bilansem korzyści i strat.

Niepodjęcie i wycofanie leczenia

Zwykle lekarze czy krewni pacjentów czują się bardziej usprawiedliwieni, gdy decydują o niepodjęciu leczenia. Zaprzestanie leczenia budzi obawy, bo towarzyszy mu intuicja, że wycofanie środków podtrzymujących życie jest bardziej brzemienne w skutki (wyłączenie respiratora powoduje śmierć pacjenta, niepodłączanie pacjenta do respiratora może być uznane za przejaw roztropności). Beauchamp i Childress powołują się na następujący przypadek, by pokazać złożoność sytuacji oraz niesłuszność intuicji o różnicy między niepodjęciem a wycofaniem leczenia. „Starszy, niedołężny mężczyzna cierpi na wiele schorzeń, w tym na raka. Nie ma żadnych szans na wyleczenie [...], znajduje się w stanie komatozy, nie ma z nim żadnego kontaktu. Przez cały czas podaje mu się wodę i pożywienie dożylnie oraz antybiotyki zwalczające infekcje. Nie ma żadnych dowodów, że staruszek wyrażał wolę podtrzymywania go sztucznie przy życiu, gdy był jeszcze kompetentny. Nie ma przy nim nikogo bliskiego, kto mógłby się podjąć roli prawnego opiekuna. W tej sytuacji personel postanowił nie reanimować chorego, gdyby doszło do zatrzymania pracy płuco-serca, co w praktyce oznaczało przyzwolenie na śmierć. Wszyscy uważali, że była to decyzja słuszna, zważywszy na beznadziejny stan pacjenta i brak jakichkolwiek rokowań. W końcu na ich przekonaniu zaważył fakt, że decyzja dotyczyła raczej niepodjęcia działań zmierzających do ratowania życia niż do wyco-

[12] T.L. Beauchamp, J.F. Childress: *Zasady etyki medycznej*..., s. 208.

fania środków podtrz
ży w tym wypadku
z odżywianiem, nawa
środkami nadzwyczaj
wolno wycofać środk
można nie podłączać
gdyby przedarła się
tkanki). Nie było jasn
byłoby ponownym ro
podłączeniu – niepod

Wycofanie środkó
większej odpowiedzia
niepodjęcia działań.
wycofania środków p
cie interwencji zakład
ce i zobowiązania, jak
piej więc może nie sk
działania. Z drugiej str
że niepodjęcie działan
nia. Jest to o tyle zr
postawić diagnozę, sza
jętego leczenia. Wstę
medycznej. Rozróżni
uważają Beauchamp
dycznej utrzymać, jed
od zaistniałej sytuacji
heroicznej terapii (pr
teresom), do stosowa
rozróżnienie jest mor
jęcie terapii, można ró
nieniu tkwi natomiast
tów, gdyż ono właśni
a zatem i do rozpoczy
pacjent ma zawsze p
mowaniu decyzji o roz
pod uwagę jego intere
ocenę korzyści i obci

[13] Ibidem, s. 209.
[14] Ibidem, s. 211.

fania środków podtrzymujących życie."[13] Niektórzy sądzili nawet, że należy w tym wypadku zaprzestać stosowania wszystkich środków, łącznie z odżywianiem, nawadnianiem oraz podawaniem antybiotyków, bo są one środkami nadzwyczajnymi i heroicznymi. Część stała na stanowisku, że nie wolno wycofać środków, które zastosowano. Spór dotyczył m.in. tego, czy można nie podłączać ponownie kroplówki, gdyby zaczęła naciekać (tzn. gdyby przedarła się przez naczynia krwionośne i rozlała się na sąsiednie tkanki). Nie było jasności co do tego, czy ponowne podłączenie kroplówki byłoby ponownym rozpoczęciem leczenia czy kontynuacją, a decyzja o niepodłączeniu – niepodjęciem leczenia czy jego zaprzestaniem?

Wycofanie środków podtrzymujących życie może wyzwalać poczucie większej odpowiedzialności za śmierć pacjenta i poczucie winy niż w razie niepodjęcia działań. Dodatkowym czynnikiem wzmagającym niechęć do wycofania środków podtrzymujących życie jest przekonanie, że rozpoczęcie interwencji zakłada jej kontynuowanie, a wycofanie przekreśla obietnice i zobowiązania, jakie lekarz składa pacjentowi oraz jego najbliższym. Lepiej więc może nie składać nierealnych obietnic i w ogóle nie podejmować działania. Z drugiej strony sądy orzekające w podobnych przypadkach uznają, że niepodjęcie działania jest przestępstwem, jeśli istniał obowiązek działania. Jest to o tyle zrozumiałe, że dopiero po rozpoczęciu terapii można postawić diagnozę, szacować przewidywane korzyści i szkody płynące z podjętego leczenia. Wstępne leczenie należy jednak zaliczyć do zadań opieki medycznej. Rozróżnienie na niepodejmowanie i zaprzestanie leczenia, jak uważają Beauchamp i Childress, nie jest jasne, nie da się go w etyce medycznej utrzymać, jedno i drugie może być usprawiedliwione w zależności od zaistniałej sytuacji. Rozróżnienie takie może prowadzić do uporczywej, heroicznej terapii (przedłużania życia pacjenta wbrew jego woli i jego interesom), do stosowania niedostatecznej terapii. „Uważamy zatem, iż takie rozróżnienie jest moralnie nieistotne. Tam, gdzie można dopuścić niepodjęcie terapii, można również dopuścić jej wycofanie. W powyższym rozróżnieniu tkwi natomiast potencjalne niebezpieczeństwo dla niektórych pacjentów, gdyż ono właśnie leży u podstaw niechęci lekarzy do zatrzymywania, a zatem i do rozpoczynania terapii, której potem nie da się już przerwać. [...] pacjent ma zawsze prawo domagać się zaprzestania leczenia. Przy podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu i zakończeniu danej kuracji powinniśmy brać pod uwagę jego interes i prawa, a w związku z tym także jego subiektywną ocenę korzyści i obciążeń, jakie pociągnie za sobą terapia."[14]

[13] Ibidem, s. 209.
[14] Ibidem, s. 211.

Środki nadzwyczajne i zwyczajne

To rozróżnienie często jest stosowane do aprobowania lub potępiania środków podtrzymujących życie lub ich wycofania. Zwykle uważa się, że środki nadzwyczajne mogą być odstawione, środki zwyczajne zawsze muszą być stosowane. Podział na środki nadzwyczajne i zwyczajne służy niekiedy do określenia, kiedy czyn jest samobójstwem lub zabójstwem, a kiedy rezygnacją z terapii. Myślenie takie jest obecne w praktyce medycznej, sądowniczej i katolickiej teologii. Termin „zwyczajny" oznacza najczęściej „tradycyjny", „zwykle używany", odpowiednio „nadzwyczajny" to „nietradycyjny", „niezwykły". Tradycja lekarska, jak sądzą Beauchamp i Childress, nie może być wystarczającym oraz ostatecznym punktem odniesienia poglądów współczesnych ludzi. Decydujące znaczenie powinny mieć życzenia pacjenta i rozpoznanie lekarskie. Przykładowo leczenie zapalenia płuc za pomocą antybiotyków jest zwyczajnym sposobem postępowania, ale pacjent chory na AIDS lub nowotwór może zakwestionować taki sposób terapii. Próbowano inaczej zdefiniować środki zwyczajne i nadzwyczajne: środki zwyczajne to te proste, naturalne, nieinwazyjne, a nadzwyczajne to złożone, sztuczne, inwazyjne. Każde leczenie, o ile jest proste, tanie, naturalne, rutynowe, nieinwazyjne zostałoby uznane za obowiązkowe (zwyczajne), odpowiednio leczenie złożone, drogie, sztuczne, inwazyjne musiałoby być uznane za nadzwyczajne czy heroiczne (nadobowiązkowe). Jednak, jeśli pacjenta poddajemy skomplikowanym zabiegom w jego interesie i za jego zgodą, dlaczego upierać się, że taka terapia różni się znacząco od tej prostej, rutynowej, taniej także zgodnej z wolą i interesem pacjenta? Jeszcze trudniej wyznaczyć granicę między środkami sztucznymi i naturalnymi – zwykle lekarze uznają urządzenia (respiratory, aparaturę do dializy) za sztuczne, a leki, kroplówki za naturalne, choć jeszcze kilkanaście lat temu były one zaliczane do sztucznych, nadzwyczajnych środków medycznych. Istotne jest to, że rozróżnienie na środki nadzwyczajne i zwyczajne nie daje wskazówek do podjęcia słusznej decyzji w sprawie leczenia lub niepodjęcia terapii. I sposoby zwyczajne, i nadzwyczajne mogą okazać się korzystne dla pacjenta lub być dla niego nadmiernym obciążeniem. Ważniejszym rozróżnieniem jest kryterium jakości życia, nakazujące bilans zysków i strat, jakie przyniesie dana terapia. Z tego powodu autorom odpowiada koncepcja środków zwyczajnych i nadzwyczajnych zaproponowana przez R. Kelly'ego: „Środki zwyczajne to takie lekarstwa, sposoby leczenia i zabiegi, które dają rozsądną nadzieję poprawy i mogą być zdobyte oraz zastosowane bez specjalnych kosztów, nadmiernego bólu i innych niedogodności. Środkami nadzwyczajnymi są takie leki, sposoby leczenia i zabiegi, których nie można zdobyć lub

stosować bez specjal
godności, przy czym
W wypadku pacje
spodziewane zyski o
cjentów niekompeten
ło się ze szczególny
lekarz). Uznanie prze
zwyczajne jest moral
leczenia obowiązkow
korzyści i szkód dane
dodać jeszcze jedną
stosowane) nie tylko
przypisywaną mu wa
zując, że „społeczna
ważnym kryterium
medycyny". Przykład
ny, który po wypadk
ślanym jako „beznadz
(„umarł" cztery razy
wszystko, by nadal
łóżku. Landau, choć
ny do pracy intelekt
świadczy o tym, że
wobec wszystkich lu
spośród 143 pasaże
zostały na tonącym s
pasażerek III klasy –
ciedlenie w opiece m
się okazuje, nie zale
wieku, sytuacji rodzi
ludzie starzy, biedni
budzący odrazę (pija
lekarze (świadomie
obchodu przy łóżkach
w izbie przyjęć równ
ubranych, wyglądają
niż ludzi starych, za
mają większą szans
przyjęcia do szpitala

[15] R. Kelly SJ: *The*
za: T.L. Beauchamp, J.
[16] A. Ostrowska: *Ś*

stosować bez specjalnych kosztów, nadmiernego bólu czy innych niedogodności, przy czym nie dają one rozsądnej nadziei na poprawę."[15]

W wypadku pacjentów kompetentnych oni sami mają prawo oszacować spodziewane zyski oraz straty oraz wydać zgodę na leczenie; leczenie pacjentów niekompetentnych nie może być obowiązkowe, jeśli będzie wiązało się ze szczególnymi uciążliwościami (które oszacuje ich opiekun lub lekarz). Uznanie przez autorów, że dystynkcja na środki zwyczajne i nadzwyczajne jest moralnie nieistotna oraz powinna być zastąpiona koncepcją leczenia obowiązkowego i nieobowiązkowego opartego na oszacowaniu korzyści i szkód danej terapii, wydaje się godna uznania. Wypada do niej dodać jeszcze jedną uwagę: kryterium jakości życia pacjenta zależy (i jest stosowane) nie tylko ze względu na skutki terapii, ale także ze względu na przypisywaną mu wartość życia. Zwraca na to uwagę A. Ostrowska[16], wskazując, że „społeczna atrakcyjność człowieka, jego pozycja społeczna jest ważnym kryterium ratowania życia, obowiązującym nie tylko na terenie medycyny". Przykładem jest Lew Landau, wybitny radziecki fizyk teoretyczny, który po wypadku samochodowym w 1962 r. znalazł się w stanie określanym jako „beznadziejny", ale po intensywnych zabiegach reanimacyjnych („umarł" cztery razy, stu lekarzy nieustannie czuwało nad nim i robiło wszystko, by nadal żył) w jedenaście miesięcy później mógł siedzieć na łóżku. Landau, choć nigdy nie wyzdrowiał, żył jeszcze sześć lat i był zdolny do pracy intelektualnej. Drugi przykład podany przez Ostrowską także świadczy o tym, że norma nakazująca ratować życie nie działa jednakowo wobec wszystkich ludzi. Po zatonięciu Titanica w 1913 r. okazało się, że spośród 143 pasażerek I klasy zginęły tylko 4 (w tym trzy dobrowolnie zostały na tonącym statku), z 93 pasażerek II klasy zginęło już 15, ze 179 pasażerek III klasy – 51 kobiet. Nierówności społeczne mają swoje odzwierciedlenie w opiece medycznej. Intensywność ratowania życia ludzkiego, jak się okazuje, nie zależy tylko od medycznej oceny stanu pacjenta, ale od wieku, sytuacji rodzinnej, pozycji społecznej. Mniej aktywności wyzwalają ludzie starzy, biedni, samotni, chorujący na typowe choroby, zaniedbani, budzący odrazę (pijani, wydający odór moczu, kału, wymiotujący). Nawet lekarze (świadomie lub podświadomie) krócej zatrzymują się w czasie obchodu przy łóżkach takich pacjentów. Selekcja pacjentów odbywająca się w izbie przyjęć również wskazuje na to, że lepiej traktuje się ludzi dobrze ubranych, wyglądających na należących do wyższych warstw społeczeństwa niż ludzi starych, zaniedbanych, pijanych. Ci ostatni, podkreśla Ostrowska, mają większą szansę na to, by zostali uznani za zmarłych w momencie przyjęcia do szpitala, ale mało kto mówi w tych wypadkach o eutanazji.

---

[15] R. Kelly SJ: *The Duty to Preserve Life*. „Theological Studies" 1951, No. 12, s. 550, cyt. za: T.L. Beauchamp, J.F. Childress: *Zasady etyki medycznej*..., s. 214.

[16] A. Ostrowska: *Śmierć w doświadczeniu*..., s. 74.

Żywienie a środki medyczne

Ostatnio pojawił się problem odróżnienia środków medycznych od żywieniowych (pokarm i płyny podawane za pomocą igieł, zgłębników, kateterów). Rozróżnienie to starano się wykorzystać do ustalenia, kiedy zaniechanie środków podtrzymujących życie jest usprawiedliwione, a kiedy należy je potępić jako odstąpienie od obowiązku. Czy żywienie zaliczyć do środków medycznych lub rutynowej opieki nad pacjentem, czy też uznać je za niemedyczny (nieobowiązkowy) środek podtrzymywania życia – pytanie to pojawia się w wypadkach: 1) stanów trwale wegetatywnych, kiedy nie ma potrzeby zastosowania aparatury podtrzymującej funkcje życiowe (pień mózgu steruje funkcjami wegetatywnymi), ale pacjent nie może samodzielnie pobierać wody i pokarmu, 2) pacjentów niekompetentnych, u których nastąpiła znaczna utrata władz umysłowych, nie rokujących jednocześnie nadziei na poprawę.

Do uświadomienia lekarzom, prawnikom, teologom problemu przyczynił się m.in. przypadek Karen Ann Quinlan[17]. 12.04.1975 r. 21-letnia Karen wypiła alkohol i zażyła jakiś lek lub narkotyk, na skutek czego straciła oddech. Po przywiezieniu do szpitala podłączono ją do respiratora. Neurolog stwierdził, że w mózgu Karen zaszły nieodwracalne zmiany. Dziewczyna była nieprzytomna, choć występowały u niej reakcje odruchowe na ból, światło, dźwięk, zapach. Po trzech miesiącach ojciec zażądał odłączenia respiratora, na co lekarze nie zgodzili się, uznając to za zabójstwo. Rodzice byli katolikami, zwrócili się do Kościoła z pytaniem, czy można odłączyć córkę od respiratora – otrzymali zgodę i zapewnienie, że odstawienie sztucznych środków podtrzymujących życie nie jest grzechem. Ojciec wystąpił do sądu z wnioskiem o uznanie go za opiekuna, by mógł decydować o losie córki. Dopiero w 1976 r. Sąd Najwyższy stanu New Jersey przyznał ojcu prawo odłączenia córki od aparatury w imię „prawa pacjentki do prywatności". Po odstawieniu respiratora okazało się, że Karen oddycha samodzielnie. Żyła jeszcze 10 lat odżywiana przez zgłębnik, niezdolna do komunikacji, będąc w stanie komatozy, leżąc w pozycji płodu, doznając ataków bezdechu. Z powodu licznych infekcji i odleżyn podawano Karen antybiotyki. W ciągu tego czasu jej waga spadła z 115 do 70 funtów. Zmarła w lipcu 1985 r. bez odzyskania przytomności. Jeśli w przypadku Karen uznano, że dopuszczalne jest odstawienie respiratora, to czy z tych samych powodów nie można zrezygnować ze sztucznego odżywiania? Rodzice Karen nie żądali tego, bo w ich przekonaniu zgłębnik nie narażał ich córki na ból.

[17] Opisany w: J. Hołówka: *Etyka w działaniu*. Warszawa 2001, s. 113; T.L. Beauchamp, J.F. Childress: *Zasady etyki medycznej*..., s. 215.

Sądy podejmujące decyzję w sprawie sztucznego odżywiania (np. kazus Paula Brophy'ego, Tony'ego Blanda) często orzekały, że między sztucznym odżywianiem a innymi środkami medycznymi przedłużającymi życie nie ma różnicy. Tym samym sztuczne odżywianie zaczęto traktować jako środek medyczny, który może być korzystny lub uciążliwy dla pacjenta. Beauchamp i Childress są zdania, że – tak jak inne środki medyczne – odżywianie można w pewnych sytuacjach wycofać, bo podlega ono tym samym kryteriom oceny, co pozostałe środki podtrzymujące życie.

Nie wszyscy zgadzają się z takim poglądem. Sądzą (np. G.E.M. Anscombe, C. Everest Koop, D. Callahan), że nie można usprawiedliwić umyślnego zagłodzenia istoty ludzkiej i wobec tego nigdy nie można zrezygnować z nawadniania oraz odżywiania. Na poparcie tego stanowiska podaje się trzy argumenty: 1) sztuczne odżywianie jest warunkiem komfortu pacjenta i jego godności, 2) odżywianie ma wymiar symboliczny – wyraża istotę opieki medycznej oraz społecznej troski o życie ludzkie, zagłodzenie człowieka jest odrażające, 3) przyzwolenie na rezygnację z odżywiania może spowodować nadużycia – w imię użyteczności społecznej interesy jednostek nie zostaną wzięte pod uwagę, coraz częściej będzie się rezygnować z odżywiania (także tego „zwykłego"), zabijając pacjentów wbrew ich życzeniom oraz interesom.

Postulat odżywiania oraz nawadniania pacjentów za wszelką cenę, niezależnie od okoliczności – zdaniem Beuchampa i Childressa – jest trudny do utrzymania. Sztuczne odżywianie może być dla pacjenta przekleństwem, narażać go na ból, gdy siłą powstrzymuje się go przed usunięciem kroplówki czy sondy. Niejednokrotnie pacjenci, u których zaprzestano sztucznego odżywiania, umierają w lepszych warunkach niż ci, u których do końca stosuje się dostarczanie płynów i pożywienia. Wymiar symboliczny karmienia nie może górować nad wolą pacjentów oraz ich interesami (także komfortem i godnością umierania). Strach przed nadużyciami jest zrozumiały, ale uznanie sztucznego odżywiania za środek obowiązkowy też prowadzi do okropności i nadużyć. Autorzy proponują, by przyjąć następujące warunki, kiedy wycofanie sztucznego odżywiania jest uprawnione w celu przyśpieszenia śmierci: 1) gdy jest ono nieskuteczne medycznie (nie doprowadzi do odpowiedniego poziomu płynów w organizmie), 2) gdy nie jest korzystne dla pacjentów, bo nie poprawi ich stanu (anencefalia, stany trwale wegetatywne), 3) w sytuacji gdy doprowadza do zadowalającego stanu poziom płynów w organizmie i jest korzystne, ale uciążliwości, jakich doznaje pacjent, przewyższają korzyści (gdy pacjent cierpi, boi się, chce odzyskać swobodę, nie jest w stanie zorientować się w sytuacji – dotyczy to głównie pacjentów z ostrą demencją).

Skutki zamierzone a skutki przewidywane

Wśród tradycyjnych reguł obecnych w etyce medycznej spotkamy regułę (zwaną też zasadą) podwójnego skutku. Reguła ta obecna była już u Augustyna i Abelarda, jednak wyraźnie zaistniała w pismach św. Tomasza. W klasycznym sformułowaniu zasada ta głosi, że czyn prowadzący do dwóch skutków (dobrego i złego) może być moralnie dopuszczalny, jeśli spełnione są cztery warunki:
- czyn sam w sobie jest dobry lub moralnie neutralny,
- zamiarem działającego jest skutek dobry; skutek zły jest tylko przewidywany, dopuszczony, ale nie jest zamierzony,
- zły skutek nie może być środkiem do skutku dobrego,
- dobry skutek musi zrównoważyć skutek zły.

Jest to wersja zasady nieszkodzenia, dlatego chętnie wykorzystuje się ją w koncepcjach zabraniających wyrządzania krzywdy niewinnym i traktujących pewne czyny jako wewnętrznie złe. Zasada ta wydaje się przydatna w sytuacjach, gdy realizując jakieś dobro, nie można uniknąć złych następstw czynu, np. uśmierzając ból umierającego za pomocą toksycznych analgetyków, przyśpieszamy jego śmierć, ratując życie ciężarnej kobiety, powodujemy śmierć płodu. Kłopot z zastosowaniem zasady podwójnego skutku polega na tym, że nie podaje ona kryterium odróżniającego skutki zamierzone od skutków tylko przewidywanych, ale nie zamierzonych. Stąd nawet zwolennicy tej zasady różnie ją stosują w sytuacji uzasadnienia przerwania ciąży – dla jednych jedynie usunięcie guza macicy w celu ratowania ciężarnej (prowadzące nieuchronnie do śmierci płodu) lub usunięcie jajowodu w razie ciąży pozamacicznej są dopuszczalne moralnie, nie zgodzą się jednak, by za takie uznać przerwanie ciąży u kobiety z wadą serca lub zastosować kraniotomię w wypadku ciężkiego, zagrażającego życiu kobiety porodu. Dlaczego śmierć płodu w razie histerektomii uznaje się za skutek uboczny działań ratujących życie ciężarnej, a w kraniotomii za środek? Czym różni się histerektomia od kraniotomii skoro obie linie postępowania łączy to, że lekarz ratując kobietę, zabija płód, choć wcale tego nie chciał, ale przewidywał taki skutek? Niczym – odpowiadają Beuchamp i Childress. Ustalenie granicy między tymi dwoma czynami jest niemożliwe. W obu sytuacjach działający ma intencję uratowania kobiety, choć wie, że tym samym spowoduje śmierć płodu. Śmierci płodu nie chce dla niej samej, ale toleruje ją jako jedyny sposób osiągnięcia dobrego skutku. Pomimo zastrzeżeń wobec zasady podwójnego skutku warto zauważyć, że choć koncentruje się na intencji, zwraca ona także uwagę na rolę motywów i charakteru w ludzkim działaniu. Istotnie w ocenianiu czynów ważną rolę odgrywa znajomość motywów sprawców (z jakiego powodu coś zrobili), nie można jednak gubić

znaczenia intencji, co
jest mniej ważna od mo
W sytuacjach odbieran
w asyście) zasada ta, ja
wodem jej małej przyc
dzącymi zarówno do d
nych wskazówek, któr
runek wymieniany w z
budzi zastrzeżeń. Zgod
dzają się z poglądem,
tylko wtedy, gdy działa
żego dobra.

Środki obowiązko

Wszystkie omówion
mywania życia, zdanie
wania w warunkach au
rozróżnieniem na środ
podstawą takiego rozró
jego jakości można, ic
wania w praktyce me
- obowiązek leczenia
- możliwość leczenia:
  ne) oraz ponadobow
  kowym poświęcenie
  piana),
- obowiązek nieleczer

W ustaleniu czy le
duje bilans kosztów,
tów kompetentnych to
i podjęcia decyzji o lec
kompetentnych trudno
znamy ich preferencji
W takiej sytuacji mus
dy niekrzywdzenia.

Obowiązek leczeni
ta mogą podjąć decyz
ściach:

znaczenia intencji, co działający planował uczynić). Nieraz jednak intencja jest mniej ważna od motywu, z czym rzecznicy zasady nie chcą się zgodzić. W sytuacjach odbierania życia i krzywdzenia (np. eutanazja, samobójstwo w asyście) zasada ta, jak sądzą autorzy, nie zda się na wiele. Głównym powodem jej małej przydatności jest to, że zajmuje się ona czynami prowadzącymi zarówno do dobrych, jak i złych skutków, nie daje jednak wyraźnych wskazówek, które czyny uznać za złe, a które za dobre. Ostatni warunek wymieniany w zasadzie podwójnego skutku (proporcjonalność) nie budzi zastrzeżeń. Zgodny jest z intuicjami konsekwencjalistów, którzy zgadzają się z poglądem, że wyrządzenie szkody może być usprawiedliwione tylko wtedy, gdy działający spodziewa się osiągnięcia proporcjonalnie dużego dobra.

Środki obowiązkowe i nieobowiązkowe

Wszystkie omówione powyżej tradycyjne rozróżnienia dotyczące podtrzymywania życia, zdaniem Beauchampa i Childressa, nie nadają się do stosowania w warunkach autonomii pacjenta i jego praw. Proponują zastąpić je rozróżnieniem na środki obowiązkowe i nieobowiązkowe. Nie ukrywają, że podstawą takiego rozróżnienia jest koncepcja jakości życia. W zależności od jego jakości można, ich zdaniem, wyznaczyć trzy zasadnicze linie postępowania w praktyce medycznej:

- obowiązek leczenia (złem jest nieleczenie),
- możliwość leczenia: neutralna (leczenie nie jest wymagane ani zabronione) oraz ponadobowiązkowa (leczenie jest chwalebne, wiąże się z dodatkowym poświęceniem lekarza, lecz rezygnacja z niego nie będzie potępiana),
- obowiązek nieleczenia (złem jest leczenie).

W ustaleniu czy leczenie jest obowiązkowe, czy nieobowiązkowe decyduje bilans kosztów, ryzyka i spodziewanych zysków. W wypadku pacjentów kompetentnych to oni mają pierwszeństwo dokonania takiego bilansu i podjęcia decyzji o leczeniu bądź rezygnacji z terapii. Wobec pacjentów niekompetentnych trudno jest zastosować zasadę szacunku dla autonomii (nie znamy ich preferencji, bo nie mogli ich ujawnić bądź tego nie uczynili). W takiej sytuacji musimy odwołać się do zasady dobroczynności lub zasady niekrzywdzenia.

Obowiązek leczenia jest uchylony, a pacjent, lekarz lub opiekun pacjenta mogą podjąć decyzję o zaniechaniu leczenia w następujących okolicznościach:

- leczenie jest bezskuteczne lub bezcelowe, tzn. nie przyniesie pozytywnych zmian w stanie pacjenta, lub działania medyczne mają niskie prawdopodobieństwo powodzenia i wysokie prawdopodobieństwo wyrządzenia krzywdy,
- leczenie przynosi więcej uciążliwości niż korzyści. Dotyczy to nie tylko pacjentów w stanie terminalnym, nawet jeśli pacjent nie umiera, nie ma obowiązku terapii, jeśli niedogodności z nią związane przyniosą pacjentowi więcej szkody niż pożytku.

Decyzje o niepodejmowaniu lub wycofaniu leczenia są zawsze dramatyczne. Nie wszystkie jednak decyzje o podjęciu czy kontynuowaniu terapii są uzasadnione, słuszne. „Z zasady nieszkodzenia nie wynika obowiązek podtrzymywania życia biologicznego ani też obowiązek podjęcia czy kontynuowania terapii bez względu na ból, cierpienie i złe samopoczucie, jakie ona za sobą pociągnie. [...] jeśli jakość życia jest odpowiednio niska, a zastosowanie terapii czyni pacjentowi więcej szkody niż pożytku, niepodjęcie lub wycofanie leczenia jest usprawiedliwione."[18]

Beuchamp i Childress zdają sobie sprawę z niejasności pojęcia jakości życia, co więcej, uznają, że wyznaczenie obiektywnych, tylko medycznych (bez treści moralnych), kryteriów jakości życia jest niewykonalne. Pewni są jednak tego, że podtrzymywanie biologicznej wegetacji nie można uznać za korzystne, jak też tego, że nie wolno utożsamiać jakości życia pacjenta z jakością czy wartością, jaką jego życie ma dla innych (społeczeństwa, rodziny). Za cechę nieistotną w ustalaniu jakości życia uznają umysłowy niedorozwój pacjenta. Decydujące w ustaleniu jakości życia pacjenta jest określenie najlepszego interesu pacjenta. Pomimo nieostrości pojęcia jakości życia, ono najlepiej – ich zdaniem – pozwala określić, które środki medyczne są obowiązkowe, a z których można zrezygnować.

Prawo do śmierci

Wraz z rozwojem medycyny i możliwością przedłużania (podtrzymywania) życia czy też odroczenia śmierci pojawił się nowy problem moralny określany jako prawo do śmierci. Na pierwszy rzut oka może wydać się to dziwne – zwykle za fundamentalne prawo ludzie uznają prawo do życia. Ono jest podstawą życia społecznego i wszystkich innych praw, jakich ludzie się

[18] T.L. Beauchamp, J.F. Childress: *Zasady etyki medycznej*..., s. 227.

domagają. Ludzie, j
niowaniem, uzyskiw
do życia oraz prawa
lub chorych i beznad
może wyleczyć ani
własnowolnieni prze

W każdym woln
kiem nieletnich, psy
lub rezygnacji z nie
zakaźna, poważne z
nostki jest uzasadni
zapobiegawcze (np.
są sprawą prywatna
zaniechania leczeni
znacznie z moralneg
i ponosimy odpowi
decyzji. To ogranic
Czym innym jest je
towanie go wbrew
rego do terapii utrz
akceptować. Przym
dalszego życia, nie
ponowne przemyśle
kreśla jego prawo d
być najbardziej nie
swoich obrońców,
nawet sprawy życia
łość powinna uznać
chociaż może on p
odmówię, nie pozba
nionych tu okolicz
nia świata w stosun
dzenia moralnego i
Prawa te, co podkre
nia z..." na mocy w
może się przekształ

[19] H. Jonas: *Prawo*
[20] Ibidem, s. 11.
[21] Nawet religia trak
zachowania życia bezwa
ralnie konsekwencji.