

UNIWERSYTET PAPIESKI JANA PAWŁA II

W KRAKOWIE

Wydział Teologiczny

Ks. mgr lic. Paweł Sułko

**PROBLEMY MORALNE DOTYCZĄCE ODŻYWIANIA
I NAWADNIANIA TERMINALNIE CHORYCH W UPORCZYWEJ
TERAPII**

Praca doktorska

napisana w dyscyplinie nauki teologiczne
pod kierunkiem ks. prof. dr. hab. Jana Dziejica

Kraków 2024

Autor: Paweł Sułko

Tytuł: Problemy moralne dotyczące odżywiania i nawadniania terminalnie chorych w uporczywej terapii

Promotor: ks. prof. dr hab. Jan Dziędzic

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

Kraków 2024

Stron: 199

Abstrakt

Celem pracy jest próba przełożenia nauczania Kościoła dotyczącego granic terapii uporczywej/daremnej na płaszczyznę medyczną. Z uwagi na złożoność problemu z medycznego punktu widzenia, rozważania zostały ograniczone do chorych w stanie terminalnym to jest do chorych – niezależnie od ich stanu ogólnego – w stosunku do których odstąpiono od leczenia przyczynowego.

Praca obejmuje sześć rozdziałów, wstęp i zakończenie. Punktem wyjścia będzie analiza nauczania Kościoła, do których należą dokumenty Urzędu Nauczycielskiego Kościoła oraz lokalnych Konferencji Episkopatów. Następnie zostaną przedstawione wybrane poglądy etyczne dotyczące uporczywej terapii, wśród których na szczególną uwagę zasługuje system zaproponowany przez włoskiego bioetyka Edmunda D. Pellegrino. Kolejny rozdział zaprezentuje stanowiska towarzystw medycznych dotyczących postępowania z chorym w stanie terminalnym, a zwłaszcza opublikowanego w 2023 roku stanowiska Towarzystwa Internistów Polskich. W czwartym rozdziale zostaną omówione wybrane akty prawne i korporacyjne dotyczące praw pacjenta i obowiązków lekarza; następny zaprezentuje możliwości postępowania lekarskiego w aspekcie odżywiania i nawadniania. Wnioski są zawarte w rozdziale szóstym. W zakończeniu zostanie podjęta próba wyciągnięcia konkretnych wskazówek postępowania, których zastosowanie pozwoli uniknąć terapii uporczywej/daremnej w aspekcie odżywiania i nawadniania terminalnie chorych.

Słowa kluczowe

David J. Bleich, Edmund D. Pellegrino, Peter Singer, uporczywa terapia, eutanazja, niedożywienie, zespół kacheksja – anoreksja - astenia, sztuczne odżywianie i nawadnianie, żywienie enteralne, żywienie pozajelitowe, terminalnie chory, terapia daremna.

Spis treści

WYKAZ SKRÓTÓW	6
WSTĘP	7
ROZDZIAŁ I.....	13
UPORCZYWA TERAPIA W KONTEKŚCIE ODŻYWIANIA I NAWADNIANIA TERMINALNIE CHORYCH W NAUCZANIU KOŚCIOŁA	13
1.1 Terminalnie chory w dokumentach Magisterium Kościoła	14
1.2 Terminalnie chory w dokumentach Kościołów lokalnych	27
1.2.1 <i>O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii</i> Zespołu Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych	28
1.2.2 Odżywianie i nawadnianie: refleksje moralne i pastoralne Konferencji Biskupów Katolickich USA	32
1.3 Implikacje etyczne dla lekarza	43
ROZDZIAŁ II	52
STANOWISKA ETYCZNE O UPORCZYWEJ TERAPII I SZTUCZNYM ODŻYWIANIU I NAWADNIANIU	52
2.1 Davida J. Bleicha stanowisko radykalne	52
2.2 Edmunda D. Pellegrino stanowisko umiarkowane.....	60
2.3 Petera Singera stanowisko permissywne	68
2.4 Która etyka?.....	76
ROZDZIAŁ III	78
UPORCZYWA TERAPIA I LECZENIE ŻYWIENIOWE W OPINIACH TOWARZYSTW MEDYCZNYCH.....	78
3.1 Towarzystwo Internistów Polskich oraz Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii.....	78
3.2 Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu.....	93
3.3 Leczenie żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną	100
3.4 Czego uczą Towarzystwa Medyczne?.....	103

ROZDZIAŁ IV	105
UPORCZYWA TERAPIA I SZTUCZNE ODŻYWIANIE W PRAWODAWSTWIE POLSKIM.....	105
4.1 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej	105
4.2 Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty	108
4.3 Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.....	113
4.4 Kodeks Etyki Lekarskiej	121
ROZDZIAŁ V	128
UPORCZYWA TERAPIA NA PRZYKŁADZIE SZTUCZNEGO ODŻYWIANIA I NAWADNIANIA W PRAKTYCE LEKARSKIEJ.....	128
5.1 Dysfunkcja przewodu pokarmowego	128
5.2 Dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego.....	135
5.3 Zalety i wady różnych form sztucznego odżywiania i nawadniania	143
5.3.1 Żywnienie enteralne	144
5.3.2 Żywnienie parenteralne	153
5.3.3 Żywnienie enteralne i parenteralne a uporczywa terapia	159
ROZDZIAŁ VI.....	162
WNIOSKI.....	162
ZAKOŃCZENIE	174
BIBLIOGRAFIA	177
1. Literatura teologiczna	177
1.1 Dokumenty Magisterium Kościoła.....	177
1.2 Przemówienia i listy papieskie	178
1.3 Opracowania.....	179
2. Literatura etyczna	181
2.1 Źródła	181
2.2 Opracowania.....	183
3. Literatura medyczna	186

3.1 Źródła	186
3.2 Opracowania.....	187
4. Literatura prawnicza	194
4.1 Źródła	194
4.2 Opracowania.....	195
5. Słowniki.....	199

WYKAZ SKRÓTÓW

- EV Jan Paweł II, *Encyklika Evangelium vitae. O wartości i nienaruszalności życia ludzkiego.*
- GS Sobór Watykański II, *Konstytucja Duszpasterska Gaudium et spes. O Kościele w świecie współczesnym.*
- IB Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja Iura et bona. O eutanazji.*
- KKK *Katechizm Kościoła Katolickiego.*
- KPSZ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia.*
- NKPSZ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia.*

Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...

Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu – stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych. Część 1: chory umierający nieubezwłasnowolniony, niebędący w stanie podejmować świadomych decyzji co do leczenia w sytuacji daremności medycznej stosowanej terapii, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp.

Skróty Ksiąg Pisma Świętego są zaczerpnięte z *Biblii Jerozolimskiej*:

- Kpł Księga Kapłańska.
- Lb Księga Liczb.
- Łk Ewangelia według świętego Łukasza.
- Mt Ewangelia według świętego Mateusza.
- Ps Księga Psalmów.
- Pwt Księga Powtórzonego Prawa.
- Rdz Księga Rodzaju.
- Wj Księga Wyjścia.

WSTĘP

Jako starszy asystent Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych 5 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Krakowie każdego dnia, a zwłaszcza w środę, gdy w godzinach popołudniowych przejmuję rozpoczynający się wówczas nocny dyżur, przyjmuję ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego zakwalifikowanych do hospitalizacji pacjentów. Większość z nich potrzebuje leczenia kardiologicznego, czasami antybiotykoterapii, inni zaawansowanych procedur inwazyjnych. Przy przyjęciu każdy z nich podlega ocenie stanu odżywienia za pomocą skali NRS 2002. To proste badanie przesiewowe pozwala wyselekcjonować chorych, którzy wymagają zastosowania interwencji żywieniowej. Może to być fortyfikacja diety poprzez zastosowanie preparatów wysokobiałkowych, konsultacja dietetyczna albo wdrożenie metod sztucznego odżywiania i nawadniania.

Procedury sztucznego odżywiania można podzielić na dwie zasadnicze grupy. Pierwsza z nich to żywienie enteralne, które wykorzystuje naturalną drogę przewodu pokarmowego. Druga to żywienie parenteralne, które pomija fizjologiczny sposób podaży substancji odżywczych oraz płynów na korzyść naczyń żylnych. W zależności od ich średnicy można je podzielić na żywienie drogą żył obwodowych oraz drogą żył centralnych.

Najwcześniejsze wzmianki o żywieniu enteralnym można już znaleźć w starożytnym Egipcie i Grecji. Ówczesni medycy zalecali wybranym pacjentom podawanie rozdrobnionego pokarmu do jelita grubego za pomocą specjalnych drewnianych lub ceramicznych rurek (Egipcjanie) lub za pomocą lewatywy (Grecy). Pierwsze próby podaży substancji odżywczych z pominięciem jelita grubego miały miejsce w XVI wieku, gdzie za pomocą rurek o odpowiedniej długości dostawano się przez nos do przetyku. Były to jednak nieprzyjemne zabiegi z uwagi na sztywność zastosowanego cewnika. Pewną poprawę przyniósł koniec wieku XVIII, gdy do wytworzenia sondy użyto skóry węgorza usztywnionej fiszbinami. Taki zgłębnik mógł już zostać wprowadzony do żołądka. Odkrycia kolejnego stulecia pozwoliły na wytworzenie pierwszych przezskórnych gastrostomii, które niestety kończyły się niepowodzeniem ze względu na nieznaną zasad aseptyki. Jej zastosowanie oraz rozwój technik medycznych, a zwłaszcza endoskopii, umożliwił wykonanie w 1979 roku pierwszego zabiegu przezskórnej gastrostomii endoskopowej, której prostota, bezpieczeństwo oraz niski koszt spowodowały, iż jest to najpopularniejsza metoda stosowana w długoterminowym żywieniu enteralnym¹.

¹ Por. Sz. Tomczak, A. Dadej, Ł. Zielińska-Tomcza, A. Jedlińska, *Rys historyczny żywienia klinicznego*, Farmacja Współczesna 12(2019), ss. 163-164.

Historia medycyny pokazuje, że wytworzenie odpowiedniego cewnika oraz jego założenie nie były jedynym problemem. Z biegiem lat, a przede wszystkim rozwoju fizjologii, zauważono, że podaż rozdrobnionego pokarmu (tzw. pokarm zmiksowany) jest niewystarczający, gdyż nie posiada odpowiedniej kaloryczności. Z pomocą przyszły badania amerykańskiej Agencji Przestrzeni Kosmicznej NASA. Starła się ona opracować odpowiednio zbilansowaną dietę, która będzie służyła astronautom. Jej charakterystycznymi cechami miała być długa data przydatności oraz możliwość przechowywania w małych pojemnikach o niskiej masie. Tak wytworzone preparaty ze względu na nieprzyjemny smak i zapach nie znalazły zastosowania w misjach załogowych amerykańskich wahadłowców. Jednak ich modyfikacja, która poprawiła właściwości organoleptyczne, pozwoliła zastosować je w żywieniu enteralnym jako tzw. diety przemysłowe².

Mniej spektakularnej rewolucji podlegał sposób podaży substancji odżywczych. Początkowo, gdy opierano się jedynie na pokarmie zmiksowanym, służyły do tego zwykle strzykawki o odpowiedniej objętości. W momencie pojawienia się diet przemysłowych zaczęto używać do tego zestawów do wlewów grawitacyjnych, popularnie nazywanych kroplówkami. Ogromną trudnością w ich zastosowaniu było odpowiednie ustawienie samego aparatu do infuzji, ponieważ w wyznaczonym czasie można było podać określoną objętość diety. Wymagało to żmudnego przeliczania ilości kropli przepływającego płynu w czasie minuty. Trudność ta zniknęła dopiero z zastosowaniem w pełni zautomatyzowanych pomp infuzyjnych. Aktualnie te same urządzenia służą do podaży żywienia parenteralnego.

Historia żywienia pozajelitowego czyli parenteralnego to okres minionego stulecia. Wcześniejsze próby dotyczyły zasadniczo zwierząt, którym podawano (w głównej mierze podskórnie) mieszaniny glukozy w różnym stężeniu oraz elektrolitów. Większość doświadczeń z udziałem ludzi kończyła się niepowodzeniem. Dopiero w roku 1904 podjęto udaną próbę podaży wody, elektrolitów, polipeptydów, węglowodanów i tłuszczu u chorych operowanych z powodu zapalenia otrzewnej. Wykorzystanie wówczas drogi podskórnej wiązało się z zaistnieniem bolesnego odczynu miejscowego. Dalsze badania i rozwój procesu sterylizacji w latach trzydziestych XX wieku umożliwił bezpieczne wykorzystanie naczyń żylnych. Epokowym odkryciem było sporządzenie w 1961 roku emulsji tłuszczowej z oleju sojowego z użyciem fosfolipidów żółtka jajka kurzego jako emulgatora. Dzięki temu została

² Por. Sz. Tomczak, A. Dadej, Ł. Zielińska-Tomeza, A. Jedlińska, *Rys historyczny żywienia klinicznego*, dz. cyt., ss. 164-165.

umożliwiona podaż drogą żyły centralnej lub żył obwodowych kompletnego żywienia pozajelitowego, zawierającego w swym składzie wszystkie niezbędne substancje odżywcze³.

Możliwość zastosowania tak różnorodnych procedur w sytuacji, gdy pacjent wymaga sztucznego żywienia, może powodować u lekarza różnego rodzaju dylematy, tym bardziej, że jest on świadom powikłań, które niesie ze sobą każda z metod. Trudności te potęguje fakt, iż chorzy wymagający takiego postępowania, nie są jednorodną grupą. Są to przede wszystkim chorzy neurologicznie, u których dochodzi do uszkodzenia centralnego systemu nerwowego a w konsekwencji upośledzenia bądź całkowitego zaniku odruchu połykania. Osobną populację stanowią chorzy z niską masą lub niedożywieni, którzy są przygotowywani do zabiegu operacyjnego. Sporą część stanowią ludzie w podeszłym wieku, u których występuje osłabienie ośrodka głodu i sytości, a tym samym chęci spożywania pokarmu. Wreszcie coraz liczniejszą populację stanowią chorzy z nowotworami złośliwymi, u których wtórnie dochodzi do spadku masy ciała. W każdej z wymienionych grup można dodatkowo wyróżnić tych, u których jest stosowane leczenie przyczynowe oraz tych, u których odstąpiono już od niego zapewniając im jedynie opiekę. Ci drudzy są określane mianem „terminalnie chory”.

Przedstawione realia dotyczące żywienia klinicznego oraz populacji przyjmowanych w trybie nagłym pacjentów sprawiają, że w stosunku do dużej ich liczby, pomimo narzędzia jakim jest skala NRS 2002, w zasadzie co środę w czasie swego dyżuru stają wobec kilku problemów z pogranicza medycyny oraz moralności. Głównym z nich jest określenie, czy konkretny pacjent jest już w stanie opieki terminalnej, któremu przysługuje jedynie opieka, czy może wciąż wskazane jest jego leczenie? Co stanowi granicę pomiędzy jednym a drugim postępowaniem? W którym momencie, w czasie późniejszej hospitalizacji, przy braku odpowiedzi na zaordynowane leczenie należy z niego zrezygnować na korzyść opieki i zapewnienia komfortu życia? Kto jest uprawniony do podejmowania takiej decyzji? Wreszcie, czy pacjentowi w stanie terminalnym zawsze przynależą procedury związane ze sztucznym odżywianiem i nawadnianiem? Czy w pewnym momencie ludzkiej egzystencji nie stają się one uporczywą terapią albo jak to określa współczesna medycyna- terapią daremną? Czy ich dalsze stosowanie nie przysporzy już cierpiącemu człowiekowi dodatkowego bólu? Jakie więc parametry empiryczne pozwalają mi odstąpić od podaży substancji odżywczych? Jak przygotować się do podejmowania tak złożonych decyzji, od których zależy ludzkie

³ Por. Sz. Tomczak, A. Dadej, Ł. Zielińska-Tomeza, A. Jedlińska, *Rys historyczny żywienia klinicznego*, dz. cyt., ss. 165-166.

życie? Jak rozmawiać na ten temat z najbliższymi umierającego pacjenta? Jak pomóc im w obliczu nieuchronnej śmierci kogoś, kogo kochają?

Te pytania, które towarzyszą mi coraz częściej w mojej praktyce medycznej, nie są jedynie moimi dylematami. Pojawiają się one niejednokrotnie w czasie rozmów z kolegami i koleżankami lekarzami, zwłaszcza z tymi, którzy są na początku swojej pracy zawodowej. Ogromna większość z nich wyznaje światopogląd chrześcijański i pragnie go w konkretach realizować także w pracy w szpitalu. Dlatego też postanowiłem spróbować przełożyć nauczanie Kościoła katolickiego na konkretne wskazania wyrażone językiem medycznym. Owocem tych badań jest niniejsza dysertacja: *Problemy moralne dotyczące odżywiania i nawadniania terminalnie chorych w uporczywej terapii*.

Zamierzeniem niniejszej pracy jest pomoc w odpowiedzi na pytanie, jak odczytać nauczanie Kościoła w kontekście współczesnych osiągnięć medycyny, z których korzysta lekarz pomagający pacjentowi w stanie terminalnym. Przede wszystkim trzeba znaleźć odpowiedź na pytanie, czy terminalnie choremu można kiedykolwiek odmówić podaży w sposób sztuczny żywienia i nawodnienia, a jeśli tak, to jakimi empirycznymi parametrami winien posługiwać się lekarz, by określić ten moment. Konsekwencją szukania odpowiedzi na tak sformułowane pytanie winna być próba skategoryzowania procedur medycznych związanych z tym procesem na zwyczajne/proporcjonalne oraz nadzwyczajne/nieproporcjonalne. Niezmiernie ważny wydaje się w tym wszystkim opis całego procesu podejmowania tak trudnych i brzemiennej w skutki decyzji: kto ma prawo w nich uczestniczyć; jaką rolę przypisać lekarzowi, pacjentowi oraz krewnym; czyj głos w dyskusji będzie decydujący. Wreszcie jak formować sumienie lekarza, by był w stanie aplikować nauczanie Kościoła w praktyce lekarskiej.

Realizacji tego zadania mają służyć podjęte badania o charakterze interdyscyplinarnym. Oznacza to, że będą one ukazywać wzajemne relacje pomiędzy teologią moralną a medycyną. Stwarza to konieczność korzystania z metod stosowanych w teologii moralnej jak i medycynie. Ich wspólnym celem będzie określenie momentu, w którym podjęta opieka wyrażona między innymi w podaży substancji odżywczych staje się uporczywą terapią; z jednej strony będzie to ukazanie imperatywu postępowania, a z drugiej moment jego zaistnienia w postępowaniu klinicznym⁴.

Realizowane postępowanie badawcze będzie składało się z trzech etapów. Pierwszy z nich czyli tak zwana przesłanka większa, która będzie odpowiadała na pytanie, jak powinno

⁴ Por. R. Kamiński, *Z metodologii teologii pastoralnej*, Studia Nauk Teologicznych PAN 2(2007), s. 243.

być, to znaczy, będzie określała normy podawane przez Nauczanie Magisterium Kościoła, których zastosowanie powinno rozwiązać poruszany problem. Następnie przesłanka mniejsza będzie zawierała opis i analizę aktualnej rzeczywistości. Tu z kolei zostaną przedstawione zagadnienia związane ze sztucznym odżywianiem i nawadnianiem w kontekście różnych stanowisk etycznych, opinii towarzystw medycznych, prawodawstwa polskiego oraz praktyki lekarskiej. W końcu, w trzecim etapie postępowania badawczego przedstawię wnioski, sformułowane na podstawie wcześniej przedstawionych analiz.

W tak określonym paradygmacie, w jego pierwszym etapie, będę korzystał przede wszystkim z metody analizy dokumentów. Punktem wyjścia będą dokumenty Urzędu Nauczycielskiego Kościoła oraz przemówienia i listy papieskie. Istotna będzie prezentacja poglądów wybranych bioetyków. Ich analiza pozwoli postawić konkretne wnioski dotyczące granic opieki terminalnie chorych. W etapie drugim poddam analizie praktykę kliniczną przedstawioną w wytycznych towarzystw medycznych oraz w opisie procedur związanych z sztucznym żywniem. Uzupełnieniem będzie przegląd niektórych dokumentów prawa stanowionego regulujących prawa pacjenta oraz obowiązki lekarza. Wreszcie w trzecim etapie posłużę się metodą syntezy do określenia konkretnych postulatów praktycznych⁵.

W pracy zostanie zastosowana również metoda historyczna polegająca na przedstawieniu rozwoju poglądów historycznych na temat sztucznego odżywiania.

Prezentacja tak przedstawionego problemu badawczego będzie się zawierała w sześciu rozdziałach niniejszej pracy. W rozdziale pierwszym zostaną przedstawione dokumenty Urzędu Nauczycielskiego Kościoła uzupełnione o wypowiedzi Konferencji Episkopatu Polski oraz Konferencji Biskupów Katolickich USA. Ich analiza pozwoli postawić wnioski, w którym momencie odżywianie i nawadnianie terminalnie chorych staje się uporczywą terapią. Całość będzie uzupełniona o opis postawy lekarza i pozostałego personelu, których celem postępowania będzie realizacja nauczania Kościoła w praktyce szpitalnej.

Przedmiotem rozdziału drugiego będzie analiza poglądów wybranych bioetyków. Zostaną zaprezentowane radykalne poglądy żydowskiego myśliciela Davida J. Bleicha, permissywne Petera Singera oraz katolickiego lekarza Edmunda D. Pellegrino. Dzięki temu w sposób bardzo pobieżny zostanie przedstawiony współczesny pluralizm światopoglądowy. Wybór konkretnego systemu etycznego umożliwi transmisję norm zawartych w nauczaniu Kościoła na praktykę medyczną.

⁵ Por. R. Kamiński, *Z metodologii teologii pastoralnej*, dz. cyt., ss. 246 -247.

W kolejnym rozdziale zostaną zaprezentowane normy postępowania sformułowane przez konkretne towarzystwa medyczne na podstawie badań empirycznych oraz obserwacji pacjentów. Ich analiza umożliwi porównanie opisu uporczywej terapii zawartego w dokumentach Urzędu Nauczycielskiego Kościoła ze stanowiskiem środowiska lekarskiego.

Przedmiotem rozdziału czwartego będzie omówienie zasadniczych aktów prawnych regulujących relację pacjent – lekarz. Będzie to *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty* oraz *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Analizie zostanie także poddany *Kodeksu Etyki Lekarskiej*, który mimo, iż nie jest aktem prawa stanowionego, jako dokument korporacyjny jest wyznacznikiem właściwego postępowania każdego lekarza.

W przedostatnim rozdziale zostaną przedstawione patofizjologiczne mechanizmy zachodzące w organizmie terminalnie chorego oraz opis technik sztucznego odżywiania i nawadniania, dzięki czemu będzie możliwa aplikacja wskazań zawartych w Magisterium Kościoła.

Zwieńczeniem dysertacji będą *Wnioski*, które uchwycą i opiszą stan terminalny w aspekcie teologicznym oraz medycznym, dzięki czemu nauczanie Kościoła będzie można obiektywnie przełożyć na konkretną sytuację medyczną, w której istnieje możliwość wstrzymania odżywiania i nawadniania chorego terminalnego.

Wykorzystane źródła to literatura przedmiotu opisująca stan uporczywej terapii oraz możliwości odstąpienia od leczenia lub opieki w nauczaniu Kościoła Katolickiego od początku pontyfikatu Jana Pawła II do dnia dzisiejszego, stanowiska towarzystw medycznych, wybrane akty prawne oraz publikacje niektórych bioetyków; ponadto literatura przedmiotu opisująca sposoby sztucznego odżywiania w aspekcie medycznym. Korzystano również z wybranej literatury teologicznej, filozoficznej, prawnej i medycznej odnoszącej się do omawianego problemu badawczego. Łączenie skorzystano z 284 pozycji książkowych i dostępnych stron internetowych, w tym 20 publikacji w językach obcych.

Mam nadzieję, że rozwiązania, które zaprezentuję w ostatnim rozdziale, okażą się pomocne w opiece nad terminalnie chorymi. Wierzę także, że postępowanie zgodnie z nimi pozwoli lekarzom, również mnie samemu, uniknąć dylematów moralnych, które pojawiają się w czasie pracy z chorymi. Będzie to oznaczało, że przedstawiony wcześniej cel mojej pracy został osiągnięty to znaczy, że język Kościoła w aspekcie uporczywej terapii i odstąpienia od żywienia i nawadniania terminalnie chorych został przełożony na język etyki lekarskiej.

ROZDZIAŁ I

UPORCZYWA TERAPIA W KONTEKŚCIE ODŻYWIANIA I NAWADNIANIA TERMINALNIE CHORYCH W NAUCZANIU KOŚCIOŁA

Dzisiejszy świat charakteryzuje się nieustannym rozdarciem, które dotyka każdego człowieka. W praktyce lekarskiej jedynym z najbardziej dramatycznych jest czas nieuchronnie zbliżającej się śmierci człowieka przewlekle chorego. Wówczas budzą się w nim naturalne instynkty, jakim jest głos życia, ale z drugiej strony pojawia się wola pogodzenia ze śmiercią i przyjęcie jej z godnością, która jest przypisana istocie ludzkiej. Podobne odczucia towarzyszą najbliższej rodzinie oraz całemu personelowi medycznemu. W zespole sprawującym opiekę główna rola przypisana jest lekarzowi, który niejednokrotnie staje wobec dylematu, czy proponowane przez niego farmaceutyki oraz procedury medyczne nie stają się wobec konkretnej osoby uporczywą terapią⁶. Dylemat ten nie dotyczy jedynie najnowszych osiągnięć medycyny, ale równie często, a może nawet i częściej, zabiegów, które dotychczas były uważane za fizjologiczne. Mam tutaj na myśli odżywianie i nawadnianie chorych w stanie terminalnym. Dlatego warto szukać odpowiedzi na pytania dotyczące uporczywej terapii - czym ona jest? Kiedy odżywianie i nawadnianie staje się uporczywą terapią? By uzyskać odpowiedź na powyższe pytania, prześlę wypowiedzi Kościoła, który w swoim Magisterium podaje zasady jej unikania oraz założenia, którymi się kieruje w ich formułowaniu. Temu zostanie poświęcony pierwszy paragraf (Terminalnie chory w dokumentach Magisterium Kościoła) tego rozdziału. Kolejny będzie dotyczył wypowiedzi narodowych Konferencji Episkopatu dotyczących wymienionego problemu. W jego pierwszej części omówię stanowisko polskiego Episkopatu zawarte w dokumencie: *O terapii daremnej/uporczywej chorych poddawanych intensywnej terapii* a w drugiej niezwykle ważne wytyczne biskupów amerykańskich zatytułowane *Odżywianie i nawadnianie: refleksje moralne i pastoralne Konferencji Biskupów Katolickich USA*. Na zakończenie będę chciał przedstawić konkretne implikacje etyczne, które każdy lekarz winien stosować w swoim życiu, by unikać uporczywej terapii w zgodzie z Magisterium Kościoła (Implikacje etyczne dla lekarza).

⁶ Zobacz przypis 10.

1.1 Terminalnie chory w dokumentach Magisterium Kościoła

By właściwie zrozumieć dokumenty Magisterium Kościoła dotyczące uporczywej terapii, zwłaszcza w aspekcie odżywiania i nawadniania terminalnie chorych, należy przede wszystkim poznać medyczną charakterystykę okresu końca życia.

Proces choroby jest pełen dynamizmu. Upływający czas pomiędzy pojawieniem się pierwszych objawów a śmiercią pacjenta jest naznaczony licznymi decyzjami podejmowanymi przez lekarza, ale także przez samego chorego oraz jego najbliższych. Do zadań pierwszego, po przeprowadzeniu stosownej diagnostyki, należy wdrożenie właściwego leczenia przyczynowego, na które winien wyrazić zgodę pacjent, a czasami także jego najbliżsi. W sytuacji, gdy lekarz nie może już oddziaływać na przyczynę choroby, dochodzi do zaistnienia **stanu terminalnego**, w czasie którego chory może jeszcze samodzielnie funkcjonować, a jego stan ogólny jest dość zadowalający. Jednak postępujący proces chorobowy posiada jedynie jednokierunkową i nieodwracalną dynamikę zmierzającą do śmierci. W chwili, gdy dochodzi do pogorszenia sprawności ruchowej chorego, a jego stan ogólny ulegnie pogorszeniu, mamy do czynienia z **właściwym stanem terminalnym**. W czasie tych ostatnich 6-8 tygodni życia rozpoczyna się **opieka paliatywna**. „Obejmuje [ona] działania mające na celu zaspokajanie potrzeb somatycznych (uśmierzanie bólu, duszności, innych objawów), psychosocjalnych oraz duchowych chorych na przewlekłe, postępujące, zagrażające życiu choroby oraz wsparcie ich rodzin”⁷. Rola lekarza sprowadza się wówczas do zapewnienia jak najlepszego komfortu życia umierającemu człowiekowi. Czyni to poprzez stosowanie procedur i leków, które będą zmniejszały objawy choroby podstawowej. Końcowym etapem stanu terminalnego jest **okres umierania czyli agonia** poprzedzająca bezpośrednio śmierć. Wówczas przestają funkcjonować życiowo ważne narządy (serce, płuca i mózg) a w organizmie dochodzi do zaburzeń metabolicznych z towarzyszącymi im często zaburzeniami świadomości⁸. Wówczas lekarz ma obowiązek stosować **leczenie objawowe**, do którego jest zaliczane między innymi zaspokojenie głodu i pragnienia.

⁷ J. Łuczak, *Co to jest leczenie objawowe/paliatywne, opieka paliatywno – hospicyjna oraz opieka długoterminowa i dlaczego warto z nich korzystać* [w:] *Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego*, P. Krakowiak, A. Modlińska, J. Binnebesel (red.), Biblioteka Fundacji Hospicyjnej, Gdańsk 2008, s. 366. Zob. także A. Kotlińska – Lemieszek, M. Krzywda, M. Kluziak, *Opieka w okresie umierania* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2023, ss. 2719-2722; K. de Walden-Gałuszko *Filozofia postępowania w opiece paliatywnej*, [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, ss. 11-19.

⁸ Por. K. de Walden – Gałuszko, *Filozofia postępowania w opiece paliatywnej* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), dz. cyt., s. 12. Zob. także P. Aszyk, *Stan terminalny*

W tak rozumianym stanie terminalnym można zaobserwować wiele momentów, w których musi dojść do podjęcia konkretnych decyzji. Nie dotyczy to jedynie postawienia diagnozy, co także często nie jest łatwe. Największą trudność sprawia określenie, które procedury medyczne i farmaceutyki przyniosą korzyść terminalnie choremu, a które staną się wobec niego uporczywą terapią. Trudności wzrastają, gdy z rozważań teoretycznych należy przejść do praktyki lekarskiej oraz w momencie, gdy w proces ten trzeba włączyć samego chorego lub jego najbliższych⁹.

Najważniejszym dokumentem Magisterium Kościoła, który porusza problem **rezygnacji z uporczywej terapii**¹⁰ jest *Katechizm Kościoła Katolickiego*. Mówi on, że jest to

[w:] *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, A. Muszala (red.), Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2007, ss. 522–527; A. Bartoszek, *Umieranie* [w:] tamże, ss. 609–614.

⁹ Ostatnie lata dobitnie pokazują, że coraz częściej problem odżywiania i nawadniania terminalnie chorych jest ogromnym dylematem moralnym lekarzy, którzy często szukają jego rozwiązania w sądzie. Jednym z pierwszych był casus TerriChiavo w 2005 roku, która będąc w przetrwałym stanie wegetatywnym decyzją sądu została pozbawiona sztucznego odżywiania i nawadniania, co skończyło się jej śmiercią. Podobny problem miał miejsce we Włoszech w 2009 roku, gdy chorą także w przetrwałym stanie wegetatywnym EluanyEnglaro pozbawiono podobnych procedur. Obie decyzje argumentowano niekorzystnym rokowaniem na powrót świadomości oraz długotrwałe życie bez jakiegokolwiek kontaktu ze środowiskiem. Tym wydarzeniom zostało w kwietniu 2009 roku w czasie Zjazdu Internistów Polskich poświęcone sympozjum bioetyczne „Kiedy lekarz może pozwolić choremu umrzeć?”. Starano się spojrzeć na zaistniałe sytuacje z punktu widzenia Kościoła (M. Machinek, *Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle nauki Kościoła*, ss. 155-159), filozofii (W. Bołoz, *Rezygnacja z uporczywej terapii a prawo do życia*, ss. 147-154), polskiego prawa (W. Wróbel, *Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle polskiego prawa*, ss. 160–166), doświadczeń kanadyjskich (R. Jaesche, *Definiowanie leczenia daremnego jest daremnym wysiłkiem*, ss. 144-146) oraz amerykańskich (P. S. Mueller, *Historia TerrySchiavo – aspekty etyczne i prawne oraz wnioski dla lekarzy*, ss. 135–143), co wywołało zaciepłą dyskusję między prelegentami i zaproszonymi gośćmi (T. Biesaga, W. Galewicz, R. Krajewski, J. Łuczak, K. Marczewski, K. Radziwiłł, J. Umiasowski, A. Dymna, *Kiedy lekarz może pozwolić choremu umrzeć? Głosy w dyskusji*, ss. 167-177). Treść wystąpień: „Medycyna Praktyczna”, 223(2009), nr 9; tamże T. Biesaga, P. Gajewski, *Kiedy lekarz może pozwolić choremu umrzeć? Drugie sympozjum z cyklu „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej”*, ss. 133–134. O przypadkach TerriSchiavo i EluanyEnglaro: E. Kowalski, *Osoba i bioetyka. Zagadnienia biomedyczne dla duszpasterzy i katechetów*, Wydawnictwo Homo Dei, Kraków 2009, ss. 323–326. Zobacz także o przypadku Vincenta Lamberta J. Kapelańska - Pręgowska, *European Court of Human Right (GC), case of Lambert nad Others v. France, Judgment of 5 June 2015* [w] *Comparative Law Review* 2017, t. 21, ss. 157-175 (dostęp 11.11.2022).

¹⁰ Wydaje się, że pojęcie uporczywej terapii jest wyrażeniem typowo polskim. M. Machinek porównał teksty Magisterium Kościoła, w których występuje to stwierdzenie z ich angielskimi tłumaczeniami. I tak w tłumaczeniu KKK użyto *overzealoustreatment*, w EV *aggressivemedicaltreatment*, w NKPSZ *therapeuticityranny*, a w „Deklaracji końcowej V Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii «Pro Vita»” *therapeuticobstinancy*. Jednocześnie Magisterium dystansuje się od pojęcia daremnej terapii – *therapeuticfutility*. Wydaje się, że jest to spowodowane jego wieloznacznością, tym bardziej, że coraz częściej jest ono rozumiane jako prosta kalkulacja matematyczna oparta na danych empirycznych i procedurach. Cały problem zauważa także R. Jaesche „Podczas poprzedzającej sympozjum dyskusji między wykładowcami okazało się dla mnie jasne, że wszyscy posługujemy się podobnymi pojęciami, takimi jak leczenie nieproporcjonalne, nadzwyczajne, nadmierne, daremne, *disproportionate, excessive, futile, heroic* itd., ale różnie je rozumiemy. Przygotowując się do wykładu zdałem sobie sprawę, że są przynajmniej trzy źródła tych różnic. Pierwsze z nich to wewnętrzne życie języka, w którym pewne zwroty nabierają własnego znaczenia w poszczególnych kręgach zawodowych. Drugie – to trudności wynikające z tłumaczenia pojęć na różne języki (...). Trzecia – to dość oczywista obserwacja, że na te definicje wpływa punkt widzenia etyka, prawnika, lekarza, chorego i jego bliskich. (...) Sądzę, że próby precyzyjnego definiowania tego, co jest leczeniem daremnym, są daremne, i że zamiast tych wysiłków należy podejmować merytoryczną i pełną szacunku dyskusję z chorym i jego bliskimi, połączoną z gotowością zaakceptowania odmiennego zdania niż nasze własne”.

„Zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów (...). Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny; w przeciwnym razie – przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słuszych interesów pacjenta”¹¹. Jednocześnie dodaje, że „nawet jeśli śmierć jest uważana za nieuchronną, zwykle zabiegi przysługujące osobie chorej nie mogą być w sposób uprawniony przerwane. Stosowanie środków przeciwbólowych, by ulżyć cierpieniom umierającego, nawet za cenę skrócenia jego życia, może być moralnie zgodne z ludzką godnością, jeżeli śmierć nie jest zamierzona ani jako cel, ani jako środek, lecz jedynie przewidywana i tolerowana jako nieunikniona”¹².

Z przedstawionej definicji wynika, że osobą, na której spoczywa główna odpowiedzialność w podejmowaniu decyzji o zaprzestaniu uporczywej terapii, jest lekarz. To implikacja jego wykształcenia oraz doświadczenia klinicznego. Zaskakujący jest jednak fakt, że *Katechizm* stawia go nie tylko jako specjalistę w swojej dziedzinie, ale czyni także z niego przedstawiciela społeczeństwa, przed którym stoi zadanie troski o dobro wspólne¹³, jakim jest zdrowie całego społeczeństwa. Implikacją takiej postawy jest niesienie pomocy nie tylko terminalnie chorym, ale także pozostałym pacjentom oraz populacji zdrowej, np. poprzez badania profilaktyczne. Wymusza to racjonalizację kosztów ordynowanej terapii oraz form opieki, czego przejawem może być rezygnacja z pewnych jej form zbyt kosztownych w stosunku do spodziewanych korzyści lub powodujących przesunięcie zbyt dużych środków finansowych dla terminalnie chorych kosztem pozostałych członków społeczeństwa. Ten aspekt podejmowanej decyzji należy nazwać **społecznym wymiarem postępowania medycznego**¹⁴.

R. Jaesche, *Definiowanie leczenia daremnego jest daremnym wysiłkiem*, dz. cyt., ss. 144 i 146; M. Machinek, *Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle nauki Kościoła*, dz. cyt., s. 157.

¹¹ KKK 2278. Zob. także NKPSZ 149-150; J. Umiastowski, *Uporczywa terapia* [w:] *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, A. Muszala (red.), dz. cyt., ss. 615-619. Podobnie wyraża się Benedykt XVI stwierdzając, że „chodzi o to, by zapewnić każdemu człowiekowi, który tego potrzebuje, konieczną pomoc w postaci terapii oraz odpowiednich zabiegów medycznych, dostosowanych do indywidualnego przypadku i stosowanych zgodnie z zasadą proporcjonalności środków terapeutycznych, pamiętając zawsze o moralnym obowiązku podawania przez lekarza i przyjmowania przez pacjenta tych środków służących podtrzymaniu życia, które w konkretnej sytuacji wydają się «zwyczajne»”. Benedykt XVI, *Przemówienie do uczestników zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii „Pro Vita”*, 25.02.2008, https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/benedykt_xvi/przemowienia/provita_25022008 (dostęp 13.02.2024).

¹² KKK 2279.

¹³ Dobro wspólne to „Suma warunków życia społecznego, jakie bądź zrzeczeniem, bądź poszczególnym członkom społeczeństwa pozwalają osiągnąć pełniej i łatwiej doskonałość”. GS 26. *Katechizm* dodaje, że „Dobro wspólne odnosi się do życia wszystkich. Od każdego wymaga się roztropności, a szczególnie od tych, którym zostało powierzono sprawowanie władzy”. KKK 1906n.

¹⁴ Por. Benedykt XVI, *Przesłanie do uczestników 25 Międzynarodowej Konferencji Papieskiej Rady ds. Służby Zdrowia i Duszpasterstwa Chorych*, L’Osservatore Romano wyd. pol., 1(2011), ss. 25-26.

Kontynuacja tego społecznego odniesienia została także zawarta w drugiej części definicji przedstawionej w *Katechizmie Kościoła Katolickiego*. Są w niej wymienione **osoby uprawnione**, które obok lekarza i terminalnie chorego mają prawo decydować o zaprzestaniu uporczywej terapii. Są nimi najbliżsi umierającego. Trzeba mieć jednak świadomość, że relację pomiędzy tymi podmiotami są niejednokrotnie naznaczone wzajemnie zadaniem sobie bólem i cierpieniem. Ich opinia jest jednak konieczna, co podkreśla Jan Paweł II w swojej encyklice *Evangelium vitae*, gdy pisze, że „decyzję o rezygnacji z tak zwanej uporczywej terapii to znaczy z pewnych zabiegów terapeutycznych (...) [można podjąć, gdy] są zbyt uciążliwe dla samego chorego lub jego rodziny”¹⁵.

Jednak zasadniczą rolą lekarza według *Katechizmu Kościoła Katolickiego* jest obiektywne spojrzenie na chorego i dotyczący go proces chorobowy. Jest to **medyczny aspekt postępowania medycznego**. Medyk, dzięki zdobytej wiedzy a przede wszystkim doświadczeniu nabytym podczas pracy zawodowej, staje się specjalistą w swojej dziedzinie¹⁶, posiada zdolność oceny, które procedury „przystały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać”¹⁷. Implikacją tego stwierdzenia jest zdolność do posługiwania się **zasadą proporcjonalności** oraz **zasadą podwójnego skutku**. Pierwsza z nich mówi o zdolności oceny spodziewanej zmian stanu pacjenta w stosunku do zadania dodatkowego bólu i cierpienia, w czasie proponowanej procedury medycznej a także konsekwencji ekonomicznych wynikających z jej wdrożenia. Druga natomiast to ocena ryzyka, które poniesie terminalnie chory w czasie wdrożenia nowej metody leczenia lub intensyfikacji dotychczasowej, w tym ryzyka niekorzystnego skutku ubocznego, jakim może być przyspieszenie jego śmierci¹⁸.

¹⁵ EV 65. Warto w tym miejscu wspomnieć *Kartę Pracowników Służby Zdrowia* wydanej w 1995 roku która wyraźnie stwierdza, że lekarz stoi na straży właściwej relacji pacjent-lekarz (poziom personalno-profesjonalny) oraz „na poziomie społeczno-politycznym: by w układzie instytucjonalnym i technologicznym struktur gwarantować obecność wartości ludzko-chrześcijańskich” KPSZ 9. W aktualnej jej wersji, czyli w *Nowej Karcie Pracowników Służby Zdrowia* brak już takich stwierdzeń.

¹⁶ Od kilkunastu lat pomocą lekarzowi służy tak zwana medycyna oparta na faktach (z ang. EBM), która stara się dzięki obserwacjom wielu ośrodków ujednoczyć postępowaniem z podobnymi chorymi. O podstawowych zasadach EBM zob. P. Gajewski, R. Jaeschke, *Filozofia EBM* [w:] *Podstawy EBM czyli medycyny opartej na danych naukowych dla lekarzy i studentów medycyny*, J. Brożek, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2008, ss. 25–32; *Podstawy EBM*, P. Gajewski, R. Jaeschke (red.) [w:] *Choroby wewnętrzne*, A. Szczeklik (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2006, ss. 2317–2320.

¹⁷ EV 65.

¹⁸ Stwierdza ona, że „wolno spełnić czynność, z której wynika podwójny skutek: dobry i zły”. Muszą być jednak zachowane takie warunki jak: zamierzona czynność jest dobra lub obojętna i nie wynika ona za pośrednictwem skutku złego ale równocześnie z nim lub nawet wcześniej od niego; skutek zły jako przewidywany ale nie zamierzony jest tylko tolerowany; istnieje proporcjonalnie ważna przyczyna w porównaniu ze skutkiem złym. T. Ślipko, *Zarys etyki ogólnej*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2004, ss. 432–433.

Działanie lekarza, o czym jednak nie wspomina katechizmowa definicja uporczywej terapii, jest obarczone jeszcze innymi, subiektywnymi czynnikami. Ogromny wpływ na nią ma hierarchia jego wartości, w tym uznawana przez niego wartość życia ludzkiego. Trzeba przyznać, że ten **wymiar osobowy** odgrywa coraz większą rolę w postępowaniu medycznym, tym bardziej, że jest ściśle związany ze światopoglądem lekarza oraz jego życiem religijnym (**aspekt duchowy**), który z kolei w coraz bardziej zlaicyzowanym świecie posiada coraz mniejszy wpływ na podejmowane decyzje¹⁹.

Na przeciwnym biegunie w podejmowaniu decyzji o odstąpieniu od uporczywej terapii znajduje się **spojrzenie umierającego**, który ma pełne prawo do współuczestnictwa w tym procesie, o ile pozwala mu na to świadomość. Jego rolę podkreśla zarówno *Katechizm Kościoła Katolickiego* oraz papieska encyklika *Evangelium vitae*²⁰. Trzeba mieć jednak świadomość, że jest to **wymiar subiektywny**, na który wpływ posiada wiele czynników. Przede wszystkim w czasie trwania stanu terminalnego dochodzi do odwrócenia hierarchii wartości i potrzeb, co powoduje, że pacjent pragnie przede wszystkim zaspokoić potrzeby biologiczne. Najważniejsze staje się wówczas doświadczenie komfortu fizycznego, przez który należy rozumieć brak odczuwania jakichkolwiek dolegliwości oraz potrzeba poczucia własnej godności²¹. Niestety implikacją tego może być żądanie chorego o zaprzestanie jakiegokolwiek terapii, a nawet o pomoc w popełnieniu samobójstwa poprzez zaordynowanie odpowiednich farmaceutyków. Byłaby to jednak eutanazja, a więc działanie jednoznacznie niemoralne²².

Wspomniane odwrócenie hierarchii wartości i potrzeb posiada także ogromny wpływ na **wymiar osobowy** a także często **duchowy** osoby terminalnie chorej, co wzmaga jej fałszywe odczucia dotyczące godności i jakości życia. By ograniczyć ten wpływ na dalsze poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, kiedy lekarz ma prawo odstąpić od uporczywej terapii, zwłaszcza w aspekcie podaży nawadniania i odżywiania terminalnie chorych, ograniczę je do

¹⁹ Por. M. Machinek, *Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle nauki Kościoła*, dz. cyt., ss. 155–159.

²⁰ Por. KKK 2278, EV 65. Zob. także M. Machinek, *Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle nauki Kościoła*, dz. cyt., ss. 155–159.

²¹ Por. K. de Walden–Gałuszko, *Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden–Gałuszko (red.), dz. cyt., ss. 164–166. K. de Walden – Gałuszko, *Zasady komunikacji w opiece paliatywnej* [w:] *Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2010*, A. Szczeklik (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, ss. 2305–2306.

²² „W zgodzie z Magisterium moich Poprzedników i w komunii z Biskupami Kościoła Katolickiego, potwierdzam, że eutanazja jest poważnym naruszeniem Prawa Bożego jako moralnie niedopuszczalne dobrowolne zabójstwo osoby ludzkiej. Doktryna ta jest oparta na prawie naturalnym i na Słowie Bożym spisany, jest przekazywana przez Tradycję Kościoła oraz nauczana przez Magisterium zwyczajne i powszechne”. EV 65. Zob. także KKK 2276–2279, IB 2, NKPSZ 168–171.

wymiaru medycznego, który wydaje się być najbardziej obiektywny, pomimo oddziaływania na niego światopoglądu oraz życia duchowego lekarza.

Katechizm Kościoła Katolickiego odnosi się jeszcze do uporczywej terapii w dwóch ważnych kwestiach. Pierwsza dotyczy **stosowania środków analgetycznych**. „Stosowanie środków przeciwbólowych, by ulżyć cierpieniom umierającego, nawet za cenę skrócenia jego życia, może być moralnie zgodne z ludzką godnością, jeżeli śmierć nie jest zamierzona ani jako cel, ani jako środek, lecz jedynie przewidywana i tolerowana jako nieunikniona”²³. Jest to praktyczne przywołanie wspomnianej wcześniej zasady podwójnego skutku, dopuszczającej zastosowanie procedury lub leku, które obok spodziewanego dobrego celu, przewiduje wystąpienie czynu niemoralnego ale jako niezamierzony skutek uboczny, czym jest na przykład śmierć pacjenta lub ograniczenie jego świadomości. W tym miejscu należy jednak zadać sobie pytanie, czy zgodnie z zasadą podwójnego skutku, rezygnacja z nawadniania i odżywiania chorego będącego w stanie terminalnym, by uniknąć dodatkowego bólu i cierpienia, wynikających z wybranego sposobu suplementacji, jest moralnie dozwolona, tak jak jest możliwe stosowanie środków przeciwbólowych, pomimo tego, że mogą doprowadzić do ograniczenia świadomości lub nawet przyspieszyć śmierć chorego. A jeśli Urząd Nauczycielski Kościoła na to zezwala, to które formy żywienia mogą być zaliczone do uporczywej terapii, a które do środków zwyczajnych?

Pytania te stają się tym bardziej uzasadnione w świetle dalszej części tekstu zawartego w tym samym punkcie *Katechizmu Kościoła Katolickiego*. „Nawet jeśli śmierć jest uważana za nieuchronną, **zwykle zabiegi przysługujące osobie chorej** nie mogą być w sposób uprawniony przerwane”²⁴. Ludzka wrażliwość nakazuje nawadnianie i odżywianie zaliczyć do procedur, które powinny być stosowane nawet w stanie terminalnym. Jednak katechizmowe stwierdzenie „zwykle zabiegi nie mogą być w sposób uprawniony przerwane”, każe się zastanowić, jakie warunki powodują, że te „zwykle zabiegi” stają się czymś niezwykłym, a tym samym uporczywą terapią.

W jednym z nowszych dokumentów, jakim jest *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Magisterium Kościoła stwierdza, że „odżywianie i nawadnianie, także aplikowane w sposób sztuczny, należą do **podstawowej opieki** należnej przysługującej umierającemu, dopóki nie okazałyby się zbyt uciążliwe lub nie przynoszące żadnej korzyści. Nieuzasadnione ich wstrzymanie może mieć znaczenie prawdziwego i w ścisłym tego słowa znaczeniu

²³ KKK 2279. Także IB 3, NKPSZ 153-155.

²⁴ KKK 2279.

działania eutanatycznego”²⁵. By uniknąć działania niemoralnego, lekarz w wyborze procedur, które „okazałyby się zbyt uciążliwe lub nie przynoszące żadnej korzyści” powinien posłużyć się zasadą proporcjonalności. Pozwoli ona ocenić proporcję pomiędzy spodziewanym dobrostanem chorego a dodatkowym cierpieniem i bólem wynikającym z zastosowanego sposobu leczenia. Przewaga tych drugich lub niewielka korzyść spowoduje zakwalifikowanie konkretnej procedury medycznej jako środka nieproporcjonalnego czyli nadzwyczajnego²⁶. Pomocą w takiej ocenie mogą być **kryteria weryfikujące** przedstawione w *Deklaracji Iura et bona. O eutanazji* Kongregacji Nauki Wiary. „Właściwa ocena środków może być dokonana wtedy, gdy rodzaj zastosowanej terapii, stopień jej trudności i związanych z nią niebezpieczeństw, konieczne dawki oraz możliwość zastosowania, zestawimy ze spodziewanymi rezultatami, uwzględniając właściwy stan chorego, jak również jego siły psychofizyczne”²⁷.

O ile w teorii można stosunkowo łatwo przywołane **kryteria** podzielić na **subiektywne** (siły psychofizyczne) i **obiektywne** (naturę proponowanych zabiegów, ich koszt oraz pewne względy sprawiedliwości społecznej przy ich stosowaniu)²⁸, o tyle praktyka lekarska pokazuje, że konkretna sytuacja medyczna może zaciemniać ten podział i powodować, że ta sama procedura – w zależności od okoliczności – zostanie zakwalifikowana raz do środków zwyczajnych, podczas gdy innym razem do środków nadzwyczajnych. W rzeczywistości jest to więc podział względny, a stosowanie kryteriów musi zawsze uwzględniać konkretną sytuację, w której znajduje się chory²⁹.

Powyższe trudności zmusiły autorów *Deklaracji Iura et bona. O eutanazji*. do przedstawienia konkretnych sytuacji, których celem jest **pomoc lekarzowi w zakwalifikowaniu danego środka** jako proporcjonalnego lub nieproporcjonalnego. W pierwszej chory cechuje się **heroiczną postawą**, dzięki czemu wyraża zgodę na uczestnictwo w eksperymencie medycznym³⁰. W imię miłości bliźniego, Kościół zezwala wówczas „zastosować środki dostarczane przez najnowsze odkrycia medyczne, chociaż nie zostałyby jeszcze sprawdzone w doświadczeniach i wiązałyby się z pewnym

²⁵ NKPZS 152.

²⁶ Por. NPKSZ 86-87.

²⁷ IB 4. Zob. także Jan Paweł II, *Przemówienie do dwóch grup roboczych powołanych przez Papieską Akademię Nauk 5* [w:] Jan Paweł II, *Nauczanie papieskie*, E. Weron, A. Jaroń (red.), VIII/2 (1985), Pallottinum, Poznań 2004, ss. 559–560.

²⁸ Por. Papieska Rada *Cor Unum*, *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających* 2.4.2–3.

²⁹ Por. Papieska Rada *Cor Unum*, *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających* 2.4.2–3.

³⁰ Por. NPKSZ 99-108; także S. Kornas, *Eksperyment medyczny* [w:] *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, A. Muszala (red.), dz. cyt., ss. 145–151.

niebezpieczeństwem”³¹. Gdyby jednak pomimo ich zastosowaniu nie uzyskano poprawy stanu pacjenta, lekarz ma prawo przerwać ich stosowanie. Analogiczne postępowanie dotyczy przedstawionych w drugiej sytuacji **środków powszechnie stosowanych**, gdy ich stosowanie może powodować wystąpienie określonego niebezpieczeństwa dla chorego w stanie terminalnym lub gdy stają się one nazbyt uciążliwe dla rodziny lub społeczeństwa. Poza tymi wyjątkami „zawsze wolno uznać za wystarczające środki powszechnie stosowane”. Jednak, co jest przytoczone w trzeciej sytuacji, Kościół dopuszcza możliwość zrezygnowania także z ich stosowanie. Można tak postąpić, „gdy zagraża śmierć, której w żaden sposób nie da się uniknąć (...), [a leczenie] może przynieść tylko niepewne i bolesne przedłużanie życia”. Nie wolno jednak wówczas zrezygnować ze „**zwyczajnej opieki**, jaka w podobnych wypadkach należy się choremu”³².

Uzupełnieniem powyższych treści jest tekst Papieskiej Rady *Cor Unum* dotyczący *Niektórych kwestii etycznych odnoszących się do ciężko chorych i umierających*. W swojej treści wymienia on **minimalne środki obowiązkowe**, „które normalnie i w warunkach zwyczajnych są przeznaczone do zachowania życia (odżywianie, transfuzja krwi, zastrzyki itp.)”. Obowiązkiem każdego medyka „jest ścisły obowiązek [ich] kontynuowania, za każdą cenę (...). Przerwanie ich stosowania, w praktyce oznaczałoby chęć położenia kresu życiu pacjenta”³³.

Pobieżna analiza stanowiska Papieskiej Rady *Cor Unum* dotyczącego minimalnych środków obowiązkowych może stwarzać wrażenie, że jest ono sprzeczne z przytoczonym wcześniej zapisem *Nowej Karty Pracowników Służby Zdrowia* mówiącym, iż „odżywianie i nawadnianie, także aplikowane w sposób sztuczny, należą do podstawowej opieki należytej umierającemu, dopóki nie okazałyby się zbyt uciążliwe lub nie przynoszące żadnej korzyści”³⁴. Tą pozorną różnicę wyjaśnia *Komentarz Kongregacji Wiary do Odpowiedzi Na Pytania Dotyczące Sztucznego Odżywiania i Nawadniania*³⁵. Kongregacja podtrzymuje wcześniejsze orzeczenia i raz jeszcze podkreśla, że „podawanie pokarmu i wody jest zasadniczo moralnym obowiązkiem”. Jednocześnie zaznacza, że istnieją trzy ogólne

³¹ IB 4.

³² IB 4.

³³ Papieska Rada *Cor Unum*, *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających* 2.4.4.

³⁴ NKPZS 152.

³⁵ Episkopat Stanów Zjednoczonych zwrócił się 11.07.2007 roku do Stolicy Apostolskiej z dwoma pytaniami, które dotyczyły odżywiania i nawadniania chorych w przetrwałym stanie wegetatywnym. Prawdopodobnie było to pokłosie przypadku Terri Schiavo, która zmarła 31.03.2007 roku po odłączeniu aparatury podtrzymującej jej życie. Kongregacja Nauki Wiary w ekspresowym tempie, bo już 01.08.2007, udzieliła odpowiedzi wraz ze stosownym komentarzem. E. Kowalski, *Osoba i bioetyka. Zagadnienia biomedyczne dla duszpasterzy i katechetów*, dz. cyt., ss. 322–323.

sytuacje³⁶, w których **można zrezygnować z suplementacji pokarmu i płynów**. Pierwsza dotyczy populacji w pewnych „odizolowanych albo bardzo biednych regionach”. Prowadzenie tam sztucznego odżywiania terminalnie chorych wiąże się z ogromnym nakładem kosztów, skutkiem czego pozostała część społeczeństwa może zostać pozbawiona dostępu do leczenia i profilaktyki. Zaistniała **sytuacja ekonomiczna** pozwala wówczas na odstąpienie od tak kosztownych procedur. Jednakże nawet wówczas lekarz jest zobowiązany do „zapewnienia minimalnej możliwej opieki i zatroszczenia się, na ile to możliwe, o środki konieczne do należytego podtrzymywania życia”³⁷.

Dwie następne sytuacje, które umożliwiają odstąpienie od sztucznego nawadniania i odżywiania, wynikają ze stanu ogólnego terminalnie chorego. Mianowicie gdy „pacjent na skutek zaistniałych komplikacji **może nie być zdolny do przyswajania** pokarmu i płynów” oraz gdy „sztuczne odżywianie i nawadnianie może być dla pacjenta **nadmiernie uciążliwe bądź powodować wyjątkowe cierpienie fizyczne** związane, na przykład, z komplikacjami wynikającymi z użycia aparatury”, można odstąpić od stosowania takiej formy leczenia i opieki³⁸.

Wspomniany *Komentarz*, który tłumaczy stanowisko Kongregacji Nauki Wiary, został ogłoszony razem z *Odpowiedziami na Pytanie Dotyczące Sztucznego Odżywiania i Nawadniania*. Co prawda dokument ten dotyczy chorych w stanie wegetatywnym oraz przetrwałym stanie wegetatywnym, które z definicji nie są zaliczane do stanu terminalnego³⁹, ale zawarte tam sformułowania wydają się istotne w aspekcie podaży pokarmów i płynów. Samo sformułowanie pierwszego pytania: „Czy istnieje moralny obowiązek podawania pokarmu i wody (w sposób naturalny lub sztuczny) pacjentowi w «stanie wegetatywnym», z wyjątkiem przypadków, gdy takie pożywienie nie może być przyswojone przez organizm pacjenta albo nie może być podawane bez powodowania znacznej dolegliwości fizycznej”⁴⁰ pozwala odnieść je nie tylko do chorych w stanie wegetatywnym. Wydziela bowiem wśród nich specyficzną grupę, którą opisuje za pomocą dwóch cech, niezależnie od sposobu podaży odżywienia i nawodnienia ,to jest w sposób sztuczny lub naturalny. Pierwsza to **niemożność**

³⁶ Jest to o tyle ważne, że dokument dotyczy odżywiania i nawadniania chorych w stanie wegetatywnym i przetrwałym stanie wegetatywnym, do których nie można zaliczyć chorych w stanie terminalnym.

³⁷ Kongregacja Nauki Wiary, *Komentarz do Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania*, Rzym 2007.

³⁸ Kongregacja Nauki Wiary, *Komentarz do Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania*.

³⁹ Zob. A. Prusiński, *Neurologia praktyczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001, ss. 124-126.

⁴⁰ Kongregacja Nauki Wiary, *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania*.

przyswojenia przez organizm pożywienia i płynów, a druga to wywołanie u pacjenta znacznych **dolegliwości fizycznych** związanych ze sposobem suplementacji.

Utrata zdolności wchłaniania substancji odżywczych, w tym wody, oznacza całkowitą dysfunkcję przewodu pokarmowego, co czyni suplementację drogą naturalną (enteralną) bezcelową. Jej ewentualne zastosowanie może jedynie wywołać powikłania, które są zależne od choroby podstawowej oraz aktualnego stanu ogólnego chorego. Jest to jednoznaczne z narażeniem pacjenta na dodatkowy ból oraz związane z tym cierpienie. Staje się to tym bardziej możliwe w momencie zastosowania procedur sztucznego odżywiania drogą parenteralną (to jest żył obwodowych lub centralnych), ponieważ ich zastosowanie wymaga interwencji chirurgicznej, co wiąże się między innymi z narażeniem na infekcję w miejscu przerwania powłok ciała⁴¹.

Taką grupę można jednak wyodrębnić nie tylko w populacji chorych w stanie wegetatywnym i przetrwałym stanie wegetatywnym, ale także **pośród terminalnie chorych**. *Per analogiam* można więc stwierdzić, że wobec nich także **nie ma moralnego obowiązku odżywiania i nawadniania**, co jest konsekwencją **utruty funkcji** właściwych dla przewodu pokarmowego oraz z powodu **nadmiernych dolegliwości fizycznych** przy ewentualnym zastosowaniu tych procedur.

Podobne rozwiązania sugeruje najnowszy dokument Magisterium Kościoła opublikowany w 2020 roku przez Kongregację Nauki Wiary *List Samaritanus bonus. O opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia*. Stwierdza on, iż „podstawową opieką należną każdemu człowiekowi jest podawanie pożywienia i płynów niezbędnych do utrzymania homeostazy organizmu, w takiej mierze i przez taki czas, w jakich służy to właściwym sobie celom, czyli nawadnianiu i odżywianiu pacjenta. Gdy dostarczanie składników odżywczych i płynów fizjologicznych nie przynosi żadnej korzyści pacjentowi, ponieważ jego organizm **nie jest już w stanie ich wchłonąć czy przyswoić**, należy wstrzymać ich podawanie”⁴². Jednocześnie dokument unika jakichkolwiek wskazówek, którymi można by się posłużyć, by określić czas wystąpienia takiej dysfunkcji przewodu pokarmowego.

Wspomniany *List Samaritanus bonus* stwierdza także, że procedury związane z sztucznym nawadnianiem i odżywianiem mogą zostać wstrzymane w sytuacji, gdy ich zastosowanie wywołuje u chorego **szkodliwe skutki lub jest dla niego zbyt bolesne**. Jest to

⁴¹ Sposoby sztucznego odżywiania – patrz rozdział piąty.

⁴² Kongregacja Nauki Wiary, *List Samaritanus bonus. O opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia*, Rzym 2020, V.3.

możliwe dzięki zaliczeniu ich do form opieki a nie leczenia. Oznacza to, że ich celem nie jest przeciwdziałanie przyczynie choroby⁴³ ale „stanowią formę pielęgnacji należnej osobie pacjenta, pierwotną i niezbywalną opiekę kliniczną i ludzką”⁴⁴.

Przyjęcie takiego rozwiązania powoduje, że wyrażona w tak zwanym **testamencie życia** odmowa stosowania sztucznego odżywiania i nawadniania staje się bez zaistnienia wymienionych warunków bezprzedmiotowa dla lekarza. Takie oświadczenia mogą dopuszczać jedynie rezygnację „z takich zabiegów, które dawałyby jedynie niepewne i bolesne przedłużanie życia”⁴⁵. Podobnie sam lekarz ma prawo „w obliczu nieuchronnej śmierci (...) [do] rezygnacji z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwałe i bolesne przedłużanie (...). Nie jest dozwolone przerywanie skutecznych zabiegów wspierających podstawowe funkcje fizjologiczne, dokąd organizm jest w stanie z nich korzystać (takich jak wspomaganie nawodnienia, odżywiania)”⁴⁶.

Rezygnacja z wszelkich form odżywiania i nawadniania tak określonej grupy chorych terminalnie rodzi pytanie o dalszy sposób postępowania. Wydaje się, że najlepiej zostało ono przedstawione w *Deklaracji o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci* sformułowanym przez Papieską Akademię Nauk. Skupia się on na opisie śpiączki⁴⁷, która także nie jest zaliczana do stanu terminalnego, ale jest stanem przewlekłym, który może mieć charakter trwały i nieodwracalny, a tym samym jest analogiczny do stanu terminalnego. W takiej sytuacji „winno się zapewnić choremu odżywienie i odpowiednią opiekę. (...) Przez opiekę⁴⁸, Grupa Robocza rozumie zwykłą pomoc lekarską, jak również okazywanie współczucia oraz pomoc duchową należną każdemu człowiekowi znajdującemu się w zagrożeniu życia”⁴⁹. Jednocześnie *Deklaracja* stwierdza, że w sytuacji, gdy leczenie nie przynosi żadnej poprawy, można od niego odstąpić. W stanie terminalnym ma to miejsce

⁴³ Por. Kongregacja Nauki Wiary, *List Samaritanus bonus. O opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia*, V.3.

⁴⁴ Kongregacja Nauki Wiary, *List Samaritanus bonus. O opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia*, V.3.

⁴⁵ Kongregacja Nauki Wiary, *List Samaritanus bonus. O opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia*, V.2.

⁴⁶ Kongregacja Nauki Wiary, *List Samaritanus bonus. O opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia*, V.2.

⁴⁷ Zob. A. Prusiński, *Neurologia praktyczna*, dz. cyt., ss. 121-122.

⁴⁸ Jak podaje J. Brusillo w tłumaczeniu zamieszczonym w „W trosce o życie” pod redakcją K. Szczygła zaistniał błąd. Tłumacz występujące w oryginale słowo „opieka” przełożył błędnie jako „leczenie”. J. Brusillo, *Lekarz wobec kresu ludzkiego życia w nauczaniu Kościoła i w dokumentach świeckich*, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2004, s. 249, przypis 211.

⁴⁹ Papieska Akademia Nauk, *Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci* 2.

w momencie utraty funkcji właściwych dla przewodu pokarmowego. Wówczas zalecane jest **kontynuowanie jedynie opieki**⁵⁰.

Zbliżone w treści zasady postępowania są zawarte w *Deklaracji końcowej V Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii «Pro Vita»*. Stwierdza ona między innymi, że w stanie terminalnym lekarz ma obowiązek „kontynuować swoje działania, stosując rozważnie i skutecznie tak zwane «terapię proporcjonalne i leczenie paliatywne» (...) i unikać wszelkich form «terapii uporczywej»”⁵¹.

Przedstawione postępowanie wobec ludzi umierających pozwala zaakceptować im zbliżającą się nieuchronnie śmierć. Według *Deklaracji* wynika ono z **szacunku dla godności ludzkiej**⁵². Podobnie twierdzi *Deklaracja Iura et bona. O eutanazji*. Formułuje ona także dodatkowo **podstawowe prawa**, których należy przestrzegać w relacji do człowieka chorego, zwłaszcza w stanie terminalnym. Pierwsze zobowiązuje lekarza i cały personel medyczny do ochrony życia. „**Nikommu nie wolno nastawać na życie** człowieka niewinnego, ponieważ sprzeciwia się to miłości Boga wobec niego, narusza jego nieustraszone i niezbywalne, podstawowe prawo”⁵³. Oznacza to, że nikt z personelu medycznego a zwłaszcza lekarz, nie jest panem życia i śmierci, a w konsekwencji nie może decydować kiedy się ono zakończy lub jak długo będzie trwało⁵⁴. Implikacją tego jest kolejne prawo, które dotyczy już nie tylko personelu ale także pacjenta. Zobowiązuje ono każdego do traktowania **życia jako daru od Boga**. „Życie człowieka pochodzi od Boga, jest Jego darem, Jego obrazem i odbiciem, udziałem w Jego ożywym tchnieniu. Dlatego Bóg jest jedynym Panem tego życia: człowiek nie może nim rozporządzać”⁵⁵. Bóg składa je w ręce człowieka jako depozyt, za który każdy z nas staje się odpowiedzialny od momentu poczęcia aż do śmierci. By ukazać jego wartość Jezus Chrystus przyjął ludzkie ciało⁵⁶. Tym samym potwierdził, że „życie ludzkie ma

⁵⁰ Por. Papieska Akademia Nauk, *Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci* 2.

⁵¹ Papieska Akademia «Pro Vita», *Deklaracja końcowa V Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii «Pro Vita»* 2.

⁵² Por. Papieska Akademia «Pro Vita», *Deklaracja końcowa V Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii «Pro Vita»* 2.

⁵³ IB 1.

⁵⁴ „Żaden człowiek nie może jednak samowolnie decydować o tym, czy ma żyć, czy umrzeć; jedynym i absolutnym Panem, władnym podjąć taką decyzję, jest Stwórca – Ten, w którym «żyjemy, poruszamy się i jesteśmy» (Dz 17,28)”. EV 47. „Nie istnieje bowiem prawo do arbitralnego dysponowania własnym życiem, zatem żaden pracownik służby zdrowia nie może czynić się wykonawcą prawa, które nie istnieje.” NKPSZ 169.

⁵⁵ EV 39. „Każdy człowiek powinien żyć zgodnie z planem Bożym. Życie zostaje mu powierzone jako dar”. IB 1. Także NKPSZ 48; Papieska Rada *Cor Unum, Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających* 2.1.

⁵⁶ Por. J. Dziedzic, *Pastoralno-teologiczne aspekty straty dziecka poronionego i martwo urodzonego*, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie Wydawnictwo Naukowe, Kraków 2021, ss. 110-111.

charakter święty i nienaruszalny, w którym odzwierciedla się nienaruszalność samego Stwórcy”⁵⁷.

Misterny plan Stwórcy jawi się przed każdym człowiekiem po to, aby go wypełnić, by zakosztować jego owoców już tutaj na ziemi, choć należy pamiętać, że doskonałość jest możliwa jedynie w raju, stąd dla każdego wierzącego **życie nie może być wartością absolutną**. Człowiek, zwłaszcza terminalnie chory, musi być świadomy, że w każdym momencie może zostać powołany do przejścia do domu Ojca, do porzucenia wszystkiego, co posiada tutaj na ziemi, by spotkać się twarzą w twarz z Bogiem⁵⁸. Jest to jednoznaczne z **zaakceptowaniem choroby i śmierci** – naturalnego końca ludzkiego życia⁵⁹. Nie oznacza to jednak odstąpienia od leczenia lub opieki, do czego jest zobowiązany lekarz, personel medyczny oraz sam chory⁶⁰.

Analiza dokumentów Magisterium Kościoła pozwala wyciągnąć dwa zasadnicze wnioski. Po pierwsze **odżywianie i nawadnianie terminalnie chorych jest formą opieki** a nie leczenia. Tym samym należy ją zakwalifikować jako środki zwyczajne czyli proporcjonalne, z których zwykle nie wolno zrezygnować. Jednakże w pewnych sytuacjach **moralnie dozwolona staje się rezygnacja** z tej formy opieki. Przede wszystkim ma to miejsce w końcowych stadiach stanu terminalnego, gdy dochodzi do **utruty funkcji przewodu pokarmowego**. Jest także moralnie dopuszczalne wtedy, gdy staje się ono zbyt **uciążliwe dla umierającego** lub wymaga zastosowania **niewspółmiernie drogich technik** w stosunku do spodziewanych rezultatów. W wymienionych przypadkach odstąpienie od sztucznego odżywiania i nawadniania jest możliwe nawet wtedy, gdy procedury te są kwalifikowane jako środki zwyczajne. Zawsze jednak decyzję o tym powinien podjąć lekarz, który jest specjalistą w swojej dziedzinie, w porozumieniu z samym chorym oraz jego najbliższymi. Zobowiązuje to medyka to nieustannego podnoszenia kwalifikacji medycznych, nabierania nowych umiejętności a przede wszystkim biegłości w stosowaniu zasady

⁵⁷ J. Dziedzic, *Pastoralno-teologiczne aspekty straty dziecka poronionego i martwo urodzonego*, dz. cyt., s. 111.

⁵⁸ Por. EV 47. „Chociaż moralność wzywa do poszanowania życia fizycznego, nie czyni z niego wartości absolutnej. Sprzeciwia się ona koncepcji neopogańskiej, która zmierza do przywrócenia kultu ciała, do poświęcenia mu wszystkiego, do bałwochwalczego stosunku do sprawności fizycznej i sukcesu sportowego”. KKK 2289. Także Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja Donum vitae. O szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania, Antropologia a interwencja w biomedycynie*; EV 2.

⁵⁹ „Śmierć człowieka oznacza ustanie jego egzystencji w wymiarze cielesnym. Śmierć kładzie kres tej fazie jego powołania, która polega na wysiłku dążenia w czasie do integralnej doskonałości; dla chrześcijanina moment śmierci jest momentem definitywnego zjednoczenia się z Chrystusem. (...) Zachowanie w stosunku do umierającego winno inspirować się tą wizją śmierci i nie powinno sprowadzać się do prostego wysiłku nauki, aby oddalić – możliwie jak najdalej – tę chwilę”. Papieska Rada *Cor Unum, Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających* 2.2.1

⁶⁰ „Każdy ma obowiązek troszczyć się o swoje zdrowie i podejmować leczenie” (IB 4).

proporcjonalności oraz zasady podwójnego skutku. Nie bez znaczenia pozostaje także formowanie samego sumienia każdego lekarza, gdyż podstawą podejmowanej decyzji musi być światopogląd chrześcijański.

Teoretycznie powyższe wnioski w jasny sposób przedstawiają nauczanie Kościoła dotyczące żywienia i nawadniania terminalnie chorych. Niestety przejście do praktycznego ich zastosowania jest niezmiernie trudne⁶¹. Nawet lekarz, który wyznaje chrześcijański światopogląd i chce się posłużyć w swojej praktyce medycznej przedstawionymi wskazówkami, staje wobec ogromnego wezwania, jakim jest choćby praktyczne zastosowanie zasady proporcjonalności lub podwójnego skutku. Bo, w którym momencie środek zwyczajny stwarza dodatkowe cierpienie umierającemu? Przecież zazwyczaj stan takiej osoby charakteryzuje się ograniczoną świadomością, wskutek czego nie może ona przedstawić już swoich odczuć. Która proponowana procedura chirurgiczna niesie ze sobą niewielkie skutki uboczne, dzięki czemu – zgodnie z zasadą podwójnego skutku – można ją wdrożyć u terminalnie chorego?

Te i inne pytania przynaglają do dalszych poszukiwań, których celem będzie wdrożenie w praktykę zasad przedstawionych w Magisterium Nauczycielskim Kościoła. Pozwoli to także lekarzom z chrześcijańskim światopoglądem żyć w zgodzie z własnym sumieniem, a tym samym realizować swoje powołanie. Będzie to także znakiem dla współczesnego świata, że człowiek z Bożą pomocą jest w stanie realizować zasady moralne zawarte w Dekalogu.

Obok przedstawionych już dokumentów Magisterium Kościoła jest szereg innych, które podejmują interesujący nas temat. Zostały one opublikowane przez narodowe Konferencje Episkopatów lub pojedynczych biskupów⁶², co powoduje, że są obowiązujące na terenie konkretnego Kościoła lokalnego. Ich analiza może jednak dostarczyć wyraźnych wskazówek dla postępowania lekarskiego.

1.2 Terminalnie chory w dokumentach Kościołów lokalnych

W poprzednim paragrafie zostało przedstawione stanowisko Magisterium Nauczycielskiego Kościoła w aspekcie odżywiania i nawadniania terminalnie chorych. Są to

⁶¹ Zobacz dyskusję kończącą sympozjum „Kiedy lekarz może pozwolić choremu umrzeć?”, a zwłaszcza zarzuty T. Biesagi wobec P. S. Muellera. Zob. P. S. Mueller, *Historia TerrySchiano – aspekty etyczne i prawne oraz wnioski dla lekarzy*, dz. cyt., ss. 135–143; T. Biesaga, W. Galewicz, R. Krajewski, J. Łuczak, K. Marczewski, K. Radziwiłł, J. Umiastowski, A. Dymna, *Kiedy lekarz może pozwolić choremu umrzeć? Głosy w dyskusji*, dz. cyt., ss. 167–177.

⁶² Por. J. Brusilo, *Lekarz wobec kresu ludzkiego życia w nauczaniu Kościoła i w dokumentach świeckich*, dz. cyt., ss. 254–255. Przykłady dokumentów w przypisach.

zasady bardzo ogólne, których implikacja w poszczególnych krajach może się różnić, co wynika z odmienności ekonomicznych oraz rozwoju medycyny. Dlatego też kolejny paragraf zostanie poświęcony dokumentom opublikowanym przez narodowe Konferencje Episkopatów⁶³, co powoduje, że są obowiązujące na terenie konkretnego Kościoła lokalnego. Będzie to w pierwszej części stanowisko biskupów polskich (O terapii daremnej/uporczywej chorych poddawanych intensywnej terapii) a w drugiej amerykańskich (Odżywianie i nawadnianie: refleksje moralne i pastoralne Konferencji Biskupów Katolickich USA). Ich analiza może dostarczyć konkretnych wskazówek dla postępowania lekarskiego.

1.2.1 O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii Zespołu Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych

W związku z coraz częstszymi dylematami moralnymi dotyczącymi leczenia chorych w oddziałach intensywnej terapii, w czerwcu 2018 roku Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych wydał dokument *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii*. Jak wyjaśnia jeden z jego twórców „powstał zarówno na zapotrzebowanie pracowników służby zdrowia, jak i wiernych. Wyjaśnia wiele kwestii, które zwłaszcza z punktu widzenia pacjenta i jego najbliższych mogą być niezrozumiałe albo błędnie interpretowane”⁶⁴. I choć nominalnie nie dotyczy on terminalnie chorych, ponieważ nie powinni być leczeni na oddziałach intensywnej terapii, to wydaje się zasadna jego analiza pod kątem uporczywej terapii.

Autorzy tekstu rozpoczynają swoje rozważania od wielokrotnie pojawiającego się w dokumentach Magisterium Kościoła stwierdzenia, że „niezależnie od okresu i jakości życia człowieka domaga się ono bezwzględnej ochrony od początków procesów życiowych aż do naturalnej śmierci”⁶⁵. Jednocześnie zauważają, że postęp medycyny może powodować nieuzasadnione opóźnianie momentu śmierci, co jest sprzeczne z przynależnym każdemu człowiekowi prawem do godnego umierania. Stąd rodzi się pytanie, które procedury i zabiegi

⁶³ Por. J. Brusilo, *Lekarz wobec kresu ludzkiego życia w nauczaniu Kościoła i w dokumentach święckich*, dz. cyt., ss. 254–255. Przykłady dokumentów w przypisach.

⁶⁴ K. Matuszewicz, *Kiedy najlepszą decyzją lekarza jest odstąpienie od terapii [opinie]*, <https://pulsmedycyny.pl/kiedy-najlepsza-decyzja-lekarza-jest-odstapienie-od-terapii-opinie-1112273> (dostęp 08.12.2022).

⁶⁵ Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych, *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii 1*, <https://episkopat.pl/zespol-ekspertow-kep-ds-bioetycznych-zaprzestanie-terapii-daremnej-nie-moze-byc-utozsamiane-z-eutanazja/>, 08.11.2022.

medyczne (technicznie możliwe) nie przynoszą korzyści terapeutycznych, a tym samym stają się **uporczywą terapią**⁶⁶.

Godnym uwagi jest fakt wyjaśnienia przez autorów tekstu **terminu braku korzyści**. Określają ją jako brak „korzyści medycznej w postaci klinicznej poprawy stanu zdrowia, ocenianej obiektywnie w badaniu i opartej na doświadczeniu lekarskim lub też w postaci uwolnienia od cierpienia doświadczanego przez pacjenta”⁶⁷. Taka definicja podkreśla rolę lekarza jako doświadczonego specjalisty w procesie podejmowania decyzji. Ponadto uświadamia ogromną rolę procesu formowania jego sumienia, dzięki czemu będzie możliwe uniknięcie relatywizacji pojęcia korzyści lub jego utylitarystycznego rozumienia.

Naturalną konsekwencją takiego określenia terminu uporczywej terapii staje się ukazanie **sposobów jej uniknięcia**. Pierwszą możliwością jest niewdrażanie kolejnych metod leczenia, następną zaprzestanie intensyfikacji stosowanej terapii i wreszcie na końcu odstępianie od dotychczas prowadzonego postępowania⁶⁸. Zawsze jednak przy podejmowaniu decyzji, w jaki sposób uniknąć uporczywej terapii, lekarz winien posługiwać się **zasadą proporcjonalności**⁶⁹.

Kolejne fragmenty tekstu są opisem postępowania z pacjentem przyjmowanym do szpitala w stanie zagrożenia życia. Krytyczny stan większości z nich powoduje, że zostają umieszczeni w oddziale intensywnej terapii medycznej, gdzie ich funkcje życiowe dzięki umiejętnościom personelu oraz zgromadzonej tam aparaturze, takiej jak respirator, sztuczna nerka, różnego rodzaju endoskopy, ECMO, mogą być podtrzymywane przez długi czas. Rodzi to jednak **niebezpieczeństwo zaistnienia uporczywej terapii** przez samo umieszczenie pacjenta w takim oddziale. Presja czasu przy podejmowaniu takiej decyzji dotyczącej krytycznie chorego potęgowana przez imperatyw etyczny ratowania życia na każdym jego etapie oraz obawy przed oskarżeniami o zaniechanie zastosowania dostępnych metod leczenia, może skutkować zaistnieniem błędnej decyzji o umieszczeniu go w oddziale intensywnej opieki medycznej, a tym samym podjęcia uporczywej terapii. Jest to błąd postępowania medycznego, który nie przynosi korzyści pacjentowi. Z takim błędem w sztuce nierozdzielnie jest związana odpowiedzialność moralna, ponieważ może zadać dodatkowe

⁶⁶ Por. Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych, *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii* 2.

⁶⁷ Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych, *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii* 2.

⁶⁸ Por. Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych, *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii* 3.

⁶⁹ Por. Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych, *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii* 8.

cierpienie lub wydłużyć czas trwania już istniejącego⁷⁰. „Stwierdzenie błędu uzasadnia działania dla jego eliminacji w postaci podjęcia decyzji o wycofaniu się z terapii daremnej”⁷¹.

Dokument przytacza jedną sytuację, w której zaordynowane postępowanie staje się uporczywą terapią. To moment, w którym lekarz stwierdza, „że nie jest w stanie przywrócić funkcji, doprowadzić do poprawy zdrowia i uratować życia”⁷². By tego uniknąć, zobowiązany jest wówczas do zwołania **konsylium**, także z udziałem chorego, gdy jest to możliwe, które kolegiально podejmie decyzję o odstępnienu od dotychczasowych form leczenia⁷³. Jednocześnie musi rozpocząć stosowanie, o ile wcześniej tego nie uczyniono, podstawowych form opieki ,wśród których dokument wymienia przeciwdziałanie odleżynom oraz podawanie leków analgetycznych i przeciwzapalnych, a przede wszystkim musi podtrzymywać procesy życiowe a więc odżywanie i nawadnianie⁷⁴.

Ostatnie fragmenty omawianego dokumentu przestrzegają przed **skutkami uporczywej terapii**. Przede wszystkim krytycznie chory umieszczony w oddziale intensywnej terapii zostaje pozbawiony swojego człowieczeństwa z przynależną mu godnością umierania. Stosowanie wobec niego wszelkich dostępnych procedur medycznych powoduje, że ciało i życie stają się najważniejsze z pominięciem wymiaru osobowego. Zapomina się o jego cierpieniu a uśmierza jedynie ból, często za pomocą środków zmniejszających jego świadomość. Zaistniała sytuacja nader często jest niezrozumiała dla rodziny, która poprzez roszczenia, stara się okazać błędnie rozumiane współczucie. Wszystko to stwarza wrażenie, że lekarz jest „panem życia i śmierci”, a umieranie i cierpienie tracą swoje chrześcijańskie znaczenie⁷⁵. Dlatego tak ważna jest prawidłowa formacja sumienia „w materii kontynuowania albo ograniczenia czy przerwania terapii daremnej”⁷⁶.

Przedstawiony dokument nie dotyczy terminalnie chorych, wydaje się jednak, że jego treść pozwala wyciągnąć pewne wnioski, które ich dotyczą. Przede wszystkim przestrzega przed umieszczaniem ich w oddziałach intensywnej terapii medycznej. Z definicji choroby ci

⁷⁰ Por. Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych, *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii* 4-7.

⁷¹ Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych, *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii* 7.

⁷² Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych, *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii* 7.

⁷³ Por. Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych, *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii* 7.

⁷⁴ Por. Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych, *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii* 9-10.

⁷⁵ Por. Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych, *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii* 11.

⁷⁶ Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych, *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii* 13.

posiadają niekorzystne rokowanie, z czym wiąże się brak leczenia przyczynowego. Ich hospitalizacja – jeśli już musi nastąpić – powinna służyć podniesieniu komfortu ich życia. Tymczasem zadaniem oddziału intensywnej terapii medycznej jest postępowanie, którego celem jest podtrzymywanie funkcji życiowych a w rezultacie powrót do zdrowia. Niestety presja rodziny oraz szeroko rozumianego otoczenia powoduje, że lekarz przyjmujący terminalnie chorych w szpitalnym oddziale ratunkowym za wszelką cenę próbuje umieścić ich w takim oddziale, choć zdaje sobie sprawę, że nie przyniesie mu to korzyści a bardzo często pozbawi bliskości najbliższych w momencie śmierci. By zapobiegać takim sytuacjom należałoby przede wszystkim właściwie informować najbliższych chorego o jego stanie zdrowia i rokowaniu już od początku choroby. Często bowiem zostają oni pozbawieni elementarnej informacji, że stan terminalny, który wynika z niekorzystnego rokowania, prowadzi do nieuchronnej śmierci. Ogromną rolę powinien tu odegrać początkowo lekarz rodzinny i pielęgniarka środowiskowa, którzy z czasem zostaliby wsparci personelem hospicjum domowego. Jego opieka nie ograniczałaby się jednak jedynie do terminalnie chorego, ale również powinna oferować wsparcie psychologiczne dla najbliższych.

Pomocą w zapobieganiu takiej sytuacji byłyby także zmiana systemowa w opiece zdrowotnej polegającej na stworzeniu większej ilości miejsc zajmujących się opieką paliatywną. Dzięki temu terminalnie chorzy często wcześniej mieliby zapewniony komfort umierania, co jednocześnie dałoby najbliższym poczucie zagwarantowania odpowiedniej opieki, a tym samym można byłoby uniknąć wzywania do nich zespołów ratownictwa medycznego, które niejako są zmuszone w ostatnich godzinach ich życia transportować do szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Powyższe rozwiązania nie będą miały jednak większego znaczenia, jeśli wcześniej nie przeprowadzi się odpowiedniej kampanii społecznej, która uświadomi, czym jest stan terminalny i ryzyko zaistnienia w nim uporczywej terapii. Niebagatelną rolę może odegrać tutaj Kościół ze swoimi pasterzami, którzy winni tłumaczyć stanowisko Magisterium w tej kwestii.

Omawiany dokument wydaje się potwierdzać wcześniejsze wnioski dotyczące przerwania odżywiania i nawadniania terminalnie chorych. Stwierdza on, że „rezygnacja z uporczywej terapii nie może też oznaczać opuszczenia pacjenta w zakresie (...) podtrzymywania procesów życiowych (odżywiania, nawadniania)”⁷⁷. Jednocześnie jednak stwierdza, że „wobec nieodwracalnie postępującego zanikania procesów życiowych pacjenta

⁷⁷ Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych, *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii* 9.

to ani on sam, ani otoczenie nie może uznać za niemoralną decyzji o zaprzestaniu dalszej terapii”⁷⁸. Co prawda przytoczony fragment dotyczy środków nieproporcjonalnych, ale wydaje się, że w momencie, gdy organizm nie jest już w stanie przyswajać substancji odżywczych oraz wody, można zrezygnować z ich podaży, gdyż taka procedura w opisanych warunkach staje się uporczywą terapią – „terapią daremną, której przerwanie nie może być zakwalifikowane jako eutanazja”⁷⁹. I tak jak we wcześniejszych dokumentach, ocenę funkcjonowania przewodu pokarmowego pozostawia lekarzowi⁸⁰.

1.2.2 Odżywianie i nawadnianie: refleksje moralne i pastoralne Konferencji Biskupów Katolickich USA

Ponad ćwierć wieku wcześniej episkopat amerykański wydał oświadczenie *Odżywianie i nawadnianie: refleksje moralne i pastoralne*⁸¹, który podejmuje zagadnienie opieki nad umierającymi, zwłaszcza w aspekcie ich odżywiania i nawadniania. Jest to najprawdopodobniej jeden z pierwszych dokumentów, który w tak szczegółowy sposób zajmuje się tym tematem. Wynika to przede wszystkim z pozycji technologicznej Stanów Zjednoczonych. Jest to kraj, w którym można zaobserwować najszybszy rozwój przemysłu medycznego. Tym samym personel medyczny otrzymuje do dyspozycji technologie, którymi do tej pory się nie posługiwał. Ich zastosowanie niejednokrotnie musi rodzić dylematy moralne zarówno u pacjenta, który może wyrazić zgodę na ich zastosowanie (wymiar subiektywny), jak i u lekarza proponującego konkretne procedury (wymiar medyczny). Wahania sumienia obydwu są potęgowane przez społeczność prawników, których rola w amerykańskim systemie zdrowia cały czas wzrasta. Taka sytuacja musiała zmusić episkopat do reakcji i wydania stosownego oświadczenia.

Podjęta refleksja nabiera jednak znaczenia w wymiarze światowym, ponieważ postępująca globalizacja ułatwia przepływ informacji na całym świecie. Nie dotyczy to jedynie upowszechniania myśli medycznej, ale także odpowiedzi na rodzące się dylematy moralne, które wraz z nowymi technologiami pojawiają się na pozostałych kontynentach.

⁷⁸ Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych, *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii* 10.

⁷⁹ Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych, *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii* 10.

⁸⁰ Por. Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych, *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii* 7.

⁸¹ Tekst w języku angielskim jest dostępny w publikacji: Committee for Pro-Life Activities, National Conference of Catholic Bishops, April 1992 (1992) "Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections," *The Linacre Quarterly*: Vol. 59: No. 4, Article 5.

Strona: <https://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1993&context=lnq> (dostęp 08.12.2022).

Stąd poznanie wskazań moralnych przeznaczonych dla obywateli amerykańskich, pozwoli najpewniej uniknąć niepewności sumienia personelowi medycznemu i pacjentom poza Stanami Zjednoczonymi.

Część powyższych argumentów przytaczają autorzy wspomnianego dokumentu w jego *Wstępie*. Opisując najpierw szybko postępujący rozwój, a zwłaszcza technologii medycznych, zauważają, że nie nadąża za tym współczesna refleksja moralna. Dlatego wśród ludzi chorych, zwłaszcza niepełnosprawnych oraz przewlekle chorych, którzy to obserwują, dochodzi do napięcia wywołanego obawami z jednej strony przed ewentualnym zastosowaniem wobec nich agresywnych procedur wbrew ich woli, a z drugiej strony pozbawienia ich opieki, która im się przynależy jako osobom ludzkim z wrodzoną godnością. Obawy te są potęgowane przez nieustanne spory pomiędzy moralistami, którzy pomimo posługiwania się tymi samymi zasadami, różnią się pomiędzy sobą w sposobie ich zastosowania w konkretnym przypadku⁸².

Ta trudna sytuacja powoduje, że episkopat amerykański postawił sobie za cel **potwierdzić główne zasady moralne**, którymi przy podejmowaniu decyzji o zastosowaniu konkretnego rozwiązania w aspekcie stosowanej terapii ludzi terminalnie chorych powinni kierować się lekarze, sami pacjenci oraz ich najbliżsi. Konsekwencją takiego postępowania jest **wytlumaczenie niektórych kwestii moralnych** dotyczących odżywiania i nawadniania osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych oraz trwale nieprzytomnych. Biskupi są jednak świadomi, że przedstawione w dokumencie wskazówki nie mogą pretendować do ostatecznego rozwiązania problemu, ponieważ ciągły rozwój technologii medycznych powoduje nieustanny rozwój medycyny, a tym samym muszą pojawiać się kolejne dylematy moralne i etyczne⁸³.

Na zakończenie tego fragmentu biskupi przypominają nauczanie Magisterium Kościoła dotyczące obowiązku ochrony ludzkiego życia od poczęcia do naturalnej śmierci – w tych granicach każdy z nas jest zobowiązany do podejmowania konkretnych działań sprzeciwu wobec cywilizacji śmierci⁸⁴.

Zasady moralne, które autorzy przywołują w kolejnej części, są powieleniem treści *Deklaracji Iura et bona* Kongregacji Nauki Wiary. Ich założenia tworzą chrześcijańską antropologię, która zakłada, że człowiek, stworzony przez Boga, jest jednocześnie Jego

⁸² Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Introduction, Introduction*.

⁸³ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Introduction, Moral Principles*.

⁸⁴ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Introduction, Moral Principles*.

obrazem i podobieństwem. Życie jest więc darem od Stwórcy, tym bardziej, że odkupiło je paschalne wydarzenie Jezusa Chrystusa. Oznacza to, że zostało ono człowiekowi powierzone – nie jest on jego właścicielem a jedynie zarządcą, i dlatego za swoje postępowanie, zwłaszcza w aspekcie jego ochrony, poniesie odpowiedzialność przed Stwórcą⁸⁵.

Pierwszym i podstawowym prawem każdej osoby ludzkiej, z którego wypływają wszystkie pozostałe prawa oraz przynależne jej dobra, **jest dar życia**. Implikacją faktu, iż dar ten pochodzi od Boga i Stwórcy, jest nakaz bezwzględnego karania każdego przestępstwa przeciw życiu. W aspekcie końca życia oznacza to bezwzględny sprzeciw wobec eutanazji, której definicja zostaje powtórzona za *Deklaracją Iura et bona*. Jednocześnie biskupi wyraźnie rozgraniczają pomiędzy jej aspektem obiektywnym i subiektywnym. Cierpienie i emocje (wymiar subiektywny) mogą zmniejszyć winę moralną lub całkowicie ją wykluczyć, co jednak nie zmienia obiektywnej oceny samej eutanazji. W rzeczywistości prośba o nią jest zawsze wołaniem o miłość i pomoc, które należą się każdemu cierpiącemu. Mimo iż taki chory jest wezwany do uczestnictwa w męce Chrystusa, zadaniem każdego człowieka jest łagodzenie bólu doświadczanego przez chorych. Jednym z powodów podejmowania takich prób jest umożliwienie pacjentowi spełnienia w pełnej świadomości obowiązków religijnych i moralnych⁸⁶.

Biskupi przypominają także nauczanie Kościoła odnośnie środków zwyczajnych/proporcjonalnych oraz nadzwyczajnych/nieproporcjonalnych. Ponownie przywołują tutaj *Deklarację Iura et bona*. Przestrzegają, że **nikt nie może nakazać użycia środka nadzwyczajnego lub nieproporcjonalnego**. Jednocześnie są świadomi ogromnych wątpliwości w stosowaniu takiego podziału. Dlatego też proponują, by w sposób konsyliarny podejmować decyzję o zakwalifikowaniu konkretnej procedury jako środka nadzwyczajnego/nieproporcjonalnego. Uczestnikiem takiego gremium winien być sam pacjent, jego rodzina, lekarz oraz kapelan⁸⁷. Niezmiernie ważne jest przypomnienie, że w końcowym okresie życia zarówno pacjent jak i lekarz mają prawo do odstąpienia od

⁸⁵ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Moral Principles*; por IB 1.

⁸⁶ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Moral Principles* 1-2.

⁸⁷ W Stanach Zjednoczonych kapelan odgrywa zupełnie inną rolę aniżeli jest ona rozumiana w Polsce. Próbą zmiany myślenia było powołanie ośrodka naukowo – formacyjno – szkoleniowego przez konwent Ojców Bonifratrów w Krakowie, którzy prowadzą Szpital św. Jana Bożego. Rozpoczęli oni pracę na utworzeniem „ośrodka (...), który służyłby zarówno księżom posłanym dziś do łóżek chorych, jak i tym którzy w takiej właśnie służbie odnajdowaliby realizację swego powołania”. M. Krobicki, *Centrum „Bracia czyńcie dobro”. Szkoła Kapelanii Szpitalnej św. Jana Bożego* [w:] *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym. Zapis konferencji. Łagiewniki, 14 marca 2009 roku*, K. Moćko (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, s. 107; J. Dziedzic, *Kościół wobec współczesnych działań propagujących eutanazję*, [w:] *Trosce o godność człowieka*, red. J. Dziedzic, Wydawnictwo Naukowe UPJPII, Kraków 2019, ss. 277-279.

farmaceutyków i innych procedur, które jedynie przedłużą ból. Nigdy im jednak nie wolno przyspieszyć spodziewanej śmierci oraz nigdy nie można pozbawić umierającego zwyczajnej opieki⁸⁸.

Każde postępowanie medyczne winno przebiegać zgodnie z przytoczonymi zasadami ponieważ dotyczą one osoby, niezależnie od stopnia jej upośledzenia, niepełnosprawności, zaawansowania choroby. Są one podmiotem postępowania, który posiada te same prawa jak osoba w pełni zdrowa. Przestrzeganie tych reguł będzie skutkowało zbudowaniem sprawiedliwego porządku społecznego⁸⁹.

Hierarchowie są świadomi ogromu trudności w stosowaniu przytoczonych zasad w codziennym postępowaniu z chorym. Stąd niejako zmuszeni okolicznościami podejmują trud ich wytłumaczenia w taki sposób, by stały się zrozumiałe dla każdego wierzącego. Dlatego też w kolejnej części dokumentu zatytułowanej „Pytanie o medyczne wspomagane odżywianie i nawadnianie” starają się udzielić odpowiedzi na konkretne zapytania.

Obszar ich refleksji stanowi odpowiedź na pierwsze pytanie „Czy powstrzymanie od zastosowania medycznie wspomaganego odżywiania i nawadniania lub rezygnacja z niego jest zawsze bezpośrednim zabójstwem?”⁹⁰. Z jednej strony ogranicza go **akt eutanazji**, którego zgodnie z *Deklaracją Iura et bona*, nie można rozumieć jedynie w sposób pozytywny, to jest zaistnienie czynu, którego celem jest śmierć, ale także konkretne zaniechanie z podobną intencją. Drugim ograniczeniem jest **moment śmierci**, o którym zawsze decyduje Bóg. Jak pokazuje praktyka medyczna proces umierania ma przebieg asymptotyczny, co oznacza, że w pewnym momencie jej przebieg staje się nieodwracalny – terminalnie chory nieuchronnie zbliża się do granicy życia. W takiej chwili istnieje możliwość rezygnacji lub powstrzymania medycznie wspomaganego odżywiania pomimo tego, że może to przyspieszyć moment śmierci. Nie jest to jednak bezpośrednie zabójstwo chorego. Argumentem za podjęciem takiej decyzji jest każda procedura związana ze sztucznym odżywianiem, która przysparza choremu dodatkowego bólu lub cierpienia oraz nie daje szans na poprawę stanu ogólnego terminalnie chorego. Takie rozumowanie może być wzmocnione odczuciem nadmiernego obciążenia rodziny⁹¹.

⁸⁸ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Moral Principles* 4 – 6.

⁸⁹ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Moral Principles*, 7 – 8.

⁹⁰ National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Questoins About Medically-Assisted Nutrition and Hydration* 1.

⁹¹ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Questoins About Medically-Assisted Nutrition and Hydration* 1.

Każde postępowanie, które w swoich skutkach zmierza do opisanych granic, zmusza podejmującego ten akt o zadanie sobie **pytania o jego cel**. Czy chory odniesie jakiegokolwiek korzyści? Uzasadnieniem tak sformułowanego pytania są przekonania części społeczeństwa, która domaga się eutanazji z powodu niskiej jakości życia umierającego lub wynikających z opieki nad nim nadmiernych obciążeń otoczenia⁹².

W momencie, gdy nauczanie pasterzy Kościoła pozwala zrezygnować z medycznie wspomaganego odżywiania i nawadniania, to znaczy wtedy, gdy stan pacjenta wskazuje na nieuchronne zbliżanie się śmierci, pojawia się pytanie: „czy medycznie wspomagane odżywianie i nawadnianie jest formą „leczenia” czy „opieki”?”⁹³. Pytanie to jest o tyle ważne, że Magisterium Kościoła wyraźnie mówi, że terminalnie chory, mimo iż jego moralnym obowiązkiem jest poddanie się leczeniu, może z niego zrezygnować, gdy nie przynosi ono realnej korzyści, ale jednocześnie w takiej sytuacji musi mieć zapewnioną normalną opiekę⁹⁴.

Udzielając odpowiedzi na tak zadane pytanie, dokument podpira się doświadczeniem środowiska lekarskiego, które uważa, że **do czasu akceptowania i przyswajania żywienia i nawadniania w formie doustnej, należy je zaliczać do normalnej opieki**. Może to jednak doprowadzić do zaistnienia określonych problemów. Pierwszy dotyczy personelu, który nawet do tak podstawowych procedur musi zostać w odpowiedni sposób przeszkolony. Kolejny dotyczy zastosowania określonych technik medycznych, które umożliwią stosowanie doustnej podaży substancji medycznych. Skutkiem tego jest powstanie podziałów wśród procedur odżywczych oraz wśród samych pacjentów. Implikacją tego są trudności w sklasyfikowaniu form odżywiania na te, które należy zaliczyć do opieki i te, które stają się procesem leczenia⁹⁵.

Zaproponowane przez biskupów rozwiązanie zakłada, że medyczne wspomaganie **odżywiania i nawadniania należy zawsze traktować jako formę leczenia**, do którego zgodnie z twierdzeniami Urzędu Nauczycielskiego Kościoła każdy człowiek ma prawo ale jedynie do momentu, gdy proponowane postępowanie lub środki mają charakter zwyczajny. Praktycznie ich zastosowanie oznacza odniesienie korzyści fizycznych lub duchowych na przykład poprzez odczucie nadziei na poprawę zdrowia. Logicznym następstwem takiego

⁹² Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Questoins About Medically-Assisted Nutrition and Hydration 1*.

⁹³ National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Questoins About Medically-Assisted Nutrition and Hydration 2*.

⁹⁴ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Questoins About Medically-Assisted Nutrition and Hydration 2*.

⁹⁵ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Questoins About Medically-Assisted Nutrition and Hydration 1-2*.

zakwalifikowania medycznych procedur wspomaganego odżywiania i nawadniania musi być medyczna analiza obciążeń i korzyści w momencie zastosowania⁹⁶.

Przy prawidłowo funkcjonującym przewodzie pokarmowym **największą korzyścią z prowadzenia wspomaganego odżywiania i nawadniania** jest wykorzystanie pasażu treści jelitowej do wchłaniania niezbędnych substancji odżywczych oraz wody wraz z zawartymi w niej elektrolitami oraz mikroelementami, które umożliwiają trwanie wszystkich procesów metabolicznych. Dlatego w tym okresie ordynowanie takiego postępowania jest wyrazem prawidłowo prowadzonej opieki medycznej, jak również empatii personelu medycznego w stosunku do umierającego pacjenta. Jednocześnie takie postępowanie zapobiega odwodnieniu oraz narastającemu uczuciu głodu, które mogą być źródłem dodatkowego cierpienia u chorych pozbawionych takiej opieki przy wydolnym przewodzie pokarmowym⁹⁷.

Należy jednak pamiętać, o czym przypominają autorzy dokumentu, że w chwili rozpoczęcia ostatnich etapów życia to jest agonii, kiedy to ustają funkcje poszczególnych układów i narządów, dostarczanie jakichkolwiek substancji odżywczych oraz wody **nie przedłuża trwania życia**. Zastosowanie wówczas medycznie wspomaganego odżywiania i nawadniania, w tym także w formie dożylniej, może jedynie przysporzyć dodatkowego bólu i cierpienia. Jedynym obowiązkiem staje się wtedy zapewnienie opieki pielęgniarskiej oraz umożliwienie przebywania w pobliżu najbliższej rodziny oraz kapelana. Podaż płynów można wówczas zastąpić pojedynczymi łykami wody lub podawanymi do ust kawałkami lodu⁹⁸.

Biskupi znaczną część kolejnej części dokumentu poświęcają **obciążeniom**, które mogą się pojawiać w czasie zabiegów wspomaganego odżywiania i nawadniania. Najprawdopodobniej wynika to z lęku wywołanego w społeczeństwie nieznanymi tymi procedurami⁹⁹. Obawę może wywoływać przede wszystkim **aspekt techniczny**, któremu został poświęcony *Dodatek* omawianego dokumentu. Ryzyko wywołane zastosowanym sprzętem w czasie medycznie wspomaganego odżywiania i nawadniania, w zależności od stanu pacjenta i rodzaju urządzenia, **może nawet zagrażać życiu**. Pomimo tego lekarz, który chciałby odstąpić od tak ryzykownej procedury, powinien przede wszystkim zadać sobie pytanie, czy w jej miejsce może zaordynować inną, mniej ryzykowną dla chorego. Pytanie to tym bardziej staje się naglące, gdy uświadomi sobie, że odwodnienie organizmu, którego

⁹⁶ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Questions About Medically-Assisted Nutrition and Hydration* 2.

⁹⁷ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Questions About Medically-Assisted Nutrition and Hydration* 3.

⁹⁸ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Questions About Medically-Assisted Nutrition and Hydration* 3.

⁹⁹ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Questions About Medically-Assisted Nutrition and Hydration* 4.

może doświadczyć taki chory, często w skutkach może być o wiele poważniejsze aniżeli sam dyskomfort fizyczny wywołany zastosowaną procedurą sztucznego odżywiania¹⁰⁰.

Obok zagrożeń fizycznych mogą pojawiać się także **obciążenia natury psychicznej**. Ich źródłem, zarówno u samych chorych jak i ich najbliższych, jest poczucie bezradności wobec procedur medycznie wspomaganego odżywiania i nawadniania. Uważają się wówczas za niepotrzebnych i całkowicie zależnych od otoczenia, co w dzisiejszym świecie może skutkować nastrojami depresyjnymi. Jeśli w takim momencie chory wyraża sprzeciw wobec takiego postępowania, jest to zwykle niechęć wobec specyficznej procedury a nie niechęć do życia. Pomocne wówczas może być **wsparcie psychologa i kapelana szpitalnego**, którzy jako specjaliści mogą pomóc zaakceptować sytuację i tym samym uzyskać zgodę na zaproponowany sposób postępowania¹⁰¹.

Psycholog i kapelan współpracują także z lekarzem na innej płaszczyźnie. Trzeba pamiętać, że lekarz może realizować tylko słuszne pragnienia chorego oraz jego rodziny. Tylko dzięki pracy psychologa oraz posłudze kapelana¹⁰² niektóre z nich mogą się stać naprawdę słuszne, a tym samym mogą zostać zrealizowane przez lekarza i personel medyczny. Tym samym zostają odrzucone **tendencje socjologiczne**, które coraz częściej dochodzą do głosu w opiece nad chorymi terminalnie. Mianowicie liczne badania ukazują sprzeciw społeczeństwa wobec medycznie wspomaganego odżywiania i nawadniania, co

¹⁰⁰ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Questions About Medically-Assisted Nutrition and Hydration 4, Physical Risks and Burdens*.

¹⁰¹ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Questions About Medically-Assisted Nutrition and Hydration 4, Psychological Burdens on the patient*.

¹⁰² „Kapelan szpitala kroczy pomiędzy dwoma światami: religijnym i medycznym. Powinien on być jednocześnie duszpasterzem i klinicystą, przygotowanym teologicznie i przeszkolonym klinicznie, popieranym zarówno przez wspólnotę Kościoła, jak i przez swój szpital. (...) Poruszanie się pomiędzy tymi dwoma światami, które są tak różne, ale jednocześnie zjednoczone pod wieloma względami, rodzi napięcia i problemy. Napięcia mogą być bolesne, przynoszące niepokój, ale także fascynujące i prowadzące do wzrostu kreatywności po obu stronach. (...) Każdy ze światów potrzebuje wsparcia, zachowując jednocześnie niezależność od innych. (...) Kapelan porusza się pomiędzy światami religii i medycyny. Mając uprawnienia do poruszania się w tych dwóch wymiarach, staje się osobą strategiczną w próbie pojednania obu światów: religijnego i medycznego. Duszpasterz może wnieść dużo, a także otrzymać wiele w tym dialogu pomiędzy dwoma przestrzeniami, ale pod warunkiem, że to swoiste poszukiwanie nie zmieni najważniejszej funkcji, przy której oba te światy się spotykają: przy łóżku cierpiącego i umierającego człowieka!”. P. Krakowiak, *Szkolenia kapelanów służby zdrowia w Stanach Zjednoczonych metodą Clinical Pastoral Education i zarys możliwości adaptacji tej metody w Polsce* [w:] *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym. Zapis konferencji. Łągowniki, 14 marca 2009 roku*, K. Moćko (red.), dz. cyt., ss. 44–45 [za:] L. E. Holst, *The hospital chaplain beetwen Word [w:] Management of the pastoral care department*, E. A. Behrman, R. A. Patterson (red.), St. Louis, CHA, ss. 13–14.

pozostaje w sprzeczności z pozytywnym doświadczeniem tych, których te procedury dotyczyły¹⁰³.

Jednak najważniejszym aspektem, który może odgrywać rolę w dzisiejszej kalkulacji o wdrożeniu lub rezygnacji z konkretnej procedury dotyczącej odżywiania lub nawadniania terminalnie chorego są **koszty ekonomiczne**. Autorzy dokumentu jednak kategorycznie odrzucają jakiegokolwiek formy działania, które mogą doprowadzić do śmierci, także wówczas, gdy przyświeca im altruistyczna motywacja. Jednakże jest możliwe zaakceptowanie wcześniejszej śmierci zarówno przez lekarza, jak i samego pacjenta, jeśli odmowa zastosowania konkretnej formy podaży żywienia i nawodnienia jest związana z nieracjonalnie wysokimi kosztami. W tym wypadku jednak zasadniczą rolę odgrywa intencja czynu a nie koszt procedury¹⁰⁴.

Kwestie kosztów ekonomicznych odgrywają także coraz większy wpływ na decyzje **władzy ustawodawczej oraz wykonawczej**. Tworzone i realizowane przez nich ustawy budżetowe, określone w nich cele ekonomiczne oraz wskaźniki gospodarcze nie mogą pozbawiać chorego opieki, tym bardziej, że medycznie wspomagane odżywianie, zwłaszcza za pomocą zwykłych zgłębników, mimo iż jawi się jako drogie, to w rzeczywistości takie nie jest. Zadaniem władzy jest raczej takie zorganizowanie pomocy socjalnej dla rodzin pacjentów, by ich uszczuplone w wyniku długotrwałej choroby budżety domowe nie pozbawiały chorego normalnej opieki¹⁰⁵.

Po omówieniu korzyści oraz obciążeń wynikających z zastosowania medycznie wspomaganego odżywiania i nawadniania, hierarchowie podejmują **kwestie jakości życia**, która przez zwolenników eutanazji jest nader często wykorzystywana w toczącej się aktualnie dyskusji. Decyzja lekarza o wdrożeniu lub rezygnacji z konkretnych form sztucznego odżywiania niewątpliwie wpływa na jakość życia terminalnie chorego, gdyż może mu przysporzyć dodatkowego bólu i cierpienia. Stąd jest on zobowiązany zastosować jedynie te procedury, które poprawią lub nie pogorszą jakości życia pacjenta. Szczególne znaczenie ma to u ludzi z zaburzeniami świadomości lub z otępieniem. Niemożność komunikacji z nimi czyni niemożliwym wyjaśnienie im istoty wdrażanej procedury, co często skutkuje

¹⁰³ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Questions About Medically-Assisted Nutrition and Hydration 4, Psychological Burdens on the patient.*

¹⁰⁴ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Questions About Medically-Assisted Nutrition and Hydration 4, Economic and Other Burdens on Caregivers.*

¹⁰⁵ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Questions About Medically-Assisted Nutrition and Hydration 4, Economic and Other Burdens on Caregivers.*

usunięciem założonego zgłębnika przez samego chorego. By tego uniknąć wdrażany jest wobec nich przymus bezpośredni, co dodatkowo obniża ich jakość życia. Rozwiązaniem takiej sytuacji nie jest jednak rezygnacja z medycznie wspomaganego odżywiania i nawadniania ale poszukanie możliwości zmniejszenia obciążenia zaistniałego w wyniku zastosowania przymusu bezpośredniego. Dzięki temu chorzy splątani i z otępieniem w dalszym ciągu będą traktowani jako osoba ludzka, której przynależą te same prawa co osobie zdrowej. Implikacją takiego rozumowania jest także imperatyw moralny podtrzymywania życia takich osób w wcześniej opisanych granicach a nie pozbawianie ich życia tylko dlatego, że są postrzegani jako niewarci życia¹⁰⁶.

Kolejnym dylematem poruszonym w omawianym dokumencie są **chorzy trwale nieprzytomni**, czyli **w stałej śpiączce** lub **w przetrwałym stanie wegetatywnym**¹⁰⁷. Wnioskiem jest sprzeciw wobec rezygnacji z medycznie wspomaganego odżywiania i nawadniania pacjentów, którzy nie rokują pełnego odzyskania świadomości. Można tutaj zaliczyć terminalnie chorych, ponieważ ich świadomość w znacznym stopniu zostaje ograniczona lub nawet zostają jej całkowicie pozbawieni w wyniku zastosowania analgezji¹⁰⁸.

Zasadnicza rola w decyzji o podjęciu lub zaniechaniu konkretnej procedury medycznie wspomaganego odżywiania i nawadniania należy zawsze do lekarza i to on ponosi za to największą odpowiedzialność. Nawet wówczas, gdy taką decyzję podejmuje sam chory lub w przypadku jego nieświadomości najbliżsi lub ustanowiony opiekun, to lekarz przedstawia konkretną formę podaży oraz argumenty przemawiające za jej zastosowaniem. Prestiż zawodowy oraz zaufanie, jakim jest obdarzony, powodują, że jego propozycja jest przyjmowana wówczas bez większego sprzeciwu. W swoim postępowaniu lekarz musi jednak pamiętać i kierować się słusznymi żądaniami pacjenta, które zostały wyrażone w czasie pełni jego władz umysłowych. Sam nie może zdecydować o działaniu, którego bezpośrednim skutkiem będzie śmierć. Nie może także odmówić zaordynowania środka zwyczajnego nawet wówczas, gdy jest przekonany, że takie odstępstwo byłoby życzeniem terminalnie chorego. Jest to implikacją przekonania, że jako odpowiedzialny może podejmować jedynie te akty, które uważa w swoim sumieniu za moralne. Jednocześnie odpowiednie akty prawne

¹⁰⁶ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Questions About Medically-Assisted Nutrition and Hydration* 5.

¹⁰⁷ Stany te nie są objęte tematem tej pracy. Zob. A. Prusiński, *Neurologia praktyczna*, dz. cyt., ss. 121-131.

¹⁰⁸ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Questions About Medically-Assisted Nutrition and Hydration* 6.

ustanowione przez władze powinny zagwarantować mu możliwość uzasadnienia odstąpienia od czynności, które uważa za niemoralne¹⁰⁹.

We *Wnioskach* dokument **odrzuca liberalną politykę** i każde zaniechanie, które ma doprowadzić do śmierci osób kwalifikowanych do zastosowania procedur medycznie wspomaganego odżywiania i nawadniania. Jedynymi przesłankami, które umożliwiają odstąpienie od nich jest nadmierne ryzyko, obciążenie terminalnie chorych lub brak nadziei na podtrzymanie życia. W każdym innym przypadku procedury te powinny zostać wdrożone. Nie bez znaczenia jest także wola samego chorego. Należy jednak pamiętać, że jego ocena korzyści i obciążeń wynikających z zastosowanej procedury jest zawsze subiektywna, tym bardziej, że nie jest on osobą kompetentną. Dlatego też wpływ na taką decyzję powinni posiadać także najbliżsi oraz opiekunowie prawni. Sam personel medyczny jest zobowiązany do postępowania etycznego nie tylko wobec terminalnie chorych ale wobec całego społeczeństwa, które powierzyło mu ochronę swego życia i zdrowia¹¹⁰.

Zakończenie stanowi **Dodatek**, który zawiera **Techniczne aspekty medycznie wspomaganego odżywiania**¹¹¹.

Warto dodać, iż cała debata na temat medycznie wspomaganego odżywiania i nawadniania – jak zauważają biskupi – skupia się przede wszystkim na żywieniu enteralnym i to głównie ten temat porusza oświadczenie.

Analiza dokumentu pozwala stwierdzić, że biskupi amerykańscy w przeciwieństwie do Urzędu Nauczycielskiego Kościoła podchodzą do omawianego problemu w sposób praktyczny i **poszukują konkretnego rozwiązania**. Najprawdopodobniej różnica ta wynika z faktu, iż swoje rozważania opierają na ogólnych zasadach formułowanych przez watykańskie dykasterie. Wypracowanie konkretnego rozwiązania spoczywa na wszystkich zainteresowanych dobrem chorego, czyli na samym chorym, jego najbliższych, kapelanie i lekarzu, który jako specjalista odgrywa zasadniczą rolę w tym procesie. Każdy z nich ponosi odpowiedzialność przed Bogiem za wypracowaną decyzję, a w konsekwencji podjęte działanie i dlatego muszą nieustannie zadawać pytanie, czy jego celem nie jest eutanazja. Taka postawa wymaga jednak nieustannej formacji duchowej, zwłaszcza lekarza oraz kapelana.

¹⁰⁹ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Questions About Medically-Assisted Nutrition and Hydration* 7.

¹¹⁰ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Conclusion*.

¹¹¹ Por. National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections. Appendix: Technical Aspects of Medically-Assisted Nutrition and Hydration*.

Podstawą wypracowywania konkretnego rozwiązania pozostaje zgodnie z nauczaniem Magisterium Kościoła **zasada proporcjonalności oraz zasada podwójnego skutku**. Należy je odnosić do zmian w stanie ogólnym chorego, zwłaszcza funkcjonowania przewodu pokarmowego, ale także obciążenia go dodatkowym cierpieniem; ponadto należy je odnieść do jego najbliższych i zbyt dużego ich obciążenia psychicznego a także do społeczeństwa obciążonego zbyt dużymi kosztami finansowymi. Błędne kalkulacje mogą prowadzić do wyrażenia przez każdą z wymienionych stron prośby o eutanazję. Dokument wydaje się to przewidywać i dlatego przedstawia konkretne sposoby postępowania, które mają temu zapobiegać. Oznacza to jednak, że odpowiedzialność za ochronę życia do naturalnej śmierci nie spoczywa jedynie na lekarzu ale na wszystkich osobach uczestniczących w procesie wypracowywania konkretnej decyzji. To postępowanie wymaga jednak nieustannej formacji ich sumienia.

Szczególne **rola** w procesie podejmowania decyzji należy do **lekarza**. Jest on **specjalistą w swojej dziedzinie** i dlatego jemu przypada ocena wszelkich aspektów medycznych. Jednak dokument biskupów amerykańskich pozwala mu na inne zaszeregowanie wszelkich sposobów medycznego odżywiania i nawadniania. **Oficjalne dokumenty Urzędu Nauczycielskiego Kościoła zaliczają odżywianie i nawadnianie do form opieki**, czyli środków zwyczajnych, z których zwykle nie można zrezygnować. Dopiero utrata czynności fizjologicznych przewodu pokarmowego, zbyt duże obciążenie chorego lub jego rodziny a także nadmierne koszty ponoszone przez społeczeństwo pozwalają zakwalifikować je do środków nadzwyczajnych, od stosowania których można odstąpić. Same sposoby odżywiania i nawadniania należy oceniać pod kątem wymienionych wcześniej czynników (fizyczne, psychiczne, ekonomiczne) i dzielić na te, które należą do środków zwyczajnych i nadzwyczajnych. Tymczasem **dokument biskupów amerykańskich** pozwala lekarzowi **zaliczyć każdą formę odżywiania i nawadniania do obligatoryjnych w stosowaniu środków zwyczajnych**. Tłumaczą to trudnościami w ocenie procedur nie tylko odżywiania parenteralnego i enteralnego, ale już w samym sposobie podawania pokarmu drogą doustną. Dopiero w późniejszym okresie przy zaistnieniu konkretnych warunków (utrata funkcji, zbyt duże obciążenie lub nadmierne koszty) należy je zakwalifikować do środków nadzwyczajnych, od stosowania których można odstąpić.

Eliminacja pojęcia opieki zwyczajnej jest zasadniczym sukcesem całego dokumentu. Inne konkretne wskazówki, które można znaleźć w jego analizie, to stwierdzenie, że sztuczne formy odżywiania i nawadniania w okresie agonii można zastąpić pojedynczymi łykami wody lub lodu. Pozostałe stwierdzenia są bardzo ogólne i tożsame z twierdzeniami

dokumentów Urzędu Nauczycielskiego Kościoła - to jest zezwalają na odstąpienie od sztucznego odżywiania i nawadniania po analizie korzyści i obciążeń oraz w momencie bezpowrotnego zbliżania się do końca życia.

W podsumowaniu treści dokumentu należy jeszcze podkreślić rolę **zespołu medycznego**, który w całości uczestniczy w podejmowaniu decyzji o odżywianiu i nawadnianiu terminalnie chorego. Nakłada to na jego członków obowiązek nieustannej formacji intelektualnej oraz duchowej. Podobne wnioski wypływały z dokumentów Magisterium, dlatego kolejnym i zarazem ostatnim etapem poszukiwań w jego obrębie, musi być określenie zasadniczych punktów formacji, którą Kościół proponuje pracownikom służby zdrowia, a zwłaszcza lekarzom.

1.3 Implikacje etyczne dla lekarza

By realizować wskazówki dotyczące postępowania z terminalnie chorym zawarte w Magisterium Kościoła, lekarz i zespół przez niego kierowany musi przyjąć pewną określoną hierarchię wartości i zasad moralnych, która w nauczaniu Kościoła jest określana jako **ewangelia życia**¹¹². Jej wybór „wypływa z wiary w Chrystusa, jest przez nią ukształtowany i z niej czerpie moc. (...) Ewangelia życia nie jest jedynie refleksją, choćby oryginalną i głęboką nad ludzkim życiem; nie jest też wyłącznie przykazaniem, które ma uwrażliwiać sumienie i wywoływać głębokie przemiany społeczne; tym bardziej nie jest też złudną obietnicą lepszej przyszłości. Ewangelia życia jest rzeczywistością konkretną i osobową, gdyż polega na głoszeniu osoby samego Jezusa”¹¹³. Ta wiara stoi na straży godności osoby ludzkiej, zwłaszcza wtedy, gdy współczesne trendy próbują jej pozbawić najsłabszych i bezbronnych¹¹⁴ przypominając, że „Bóg kocha każdą istotę ludzką w sposób niepowtarzalny i głęboki”¹¹⁵.

¹¹²Zob. I. Dec, *Życie czy śmierć – dramat naszego czasu* [w:] *Życie – dar nienaruszalny. Wokół encykliki Evangelium vitae* A. Młotek, T. Reroń (red.), Papieski Fakultet Teologiczny, Wrocław 1995, ss. 109–116; tamże J. Nagórny, „Ewangelia życia” w *o kulturze śmierci*, ss. 167–184; T. Reroń, *Kultura życia* [w:] *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, A. Muszala (red.), dz. cyt., ss. 320–326; P. Bortkiewicz, *Kultura śmierci* [w:] tamże, ss. 316–320.

¹¹³ EV 28-29.

¹¹⁴ Benedykt XVI, *Przemówienie do uczestników zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii Pro Vita. Bioetyka i naturalne prawo moralne*, L'Osservatore Romano wyd. pol., 5(2010), s. 19. „W dzisiejszym społeczeństwie, w którym panuje kult wydajności, pojawia się pokusa traktowania osób starszych jako bezużytecznego ciężaru. Istnieje niebezpieczeństwo, że współczesna kultura, która ceni rachunek ekonomiczny, efektywność, dobrobyt, piękno i siłę, może dostrzegać w osobach starszych niewygodne obciążenie i odsuwać je na margines życia rodzinnego i społecznego”. J. Dziedzic, *Kościół a ekologia ludzka*, Polonia sacra 23(2019), nr 1, s. 112.

¹¹⁵ Benedykt XVI, *Przemówienie do uczestników zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii Pro Vita. Bioetyka i naturalne prawo moralne*, dz. cyt., s. 19.

Ewangelia życia charakteryzuje się określonymi **założeniami antropologicznymi**¹¹⁶, których podstawą jest uznanie, że „Życie ludzkie, jako cenny dar Boży, jest święte i nienaruszalne, co oznacza w szczególności, że absolutnie niedopuszczalna jest (...) eutanazja”¹¹⁷. Pomiędzy terminalnie chorym a otaczającymi go najbliższymi, kapłanem i całym personelem medycznym, a zwłaszcza z lekarzem, powinna wytworzyć się **szczególna relacja interpersonalna** charakteryzująca się zaufaniem i uczciwością. Dzięki temu umierający będzie mógł bez obawy powierzyć się drugiemu człowiekowi, bo będzie miał świadomość, że wychodzi on naprzeciw jego potrzebom, które chce zaspokoić poprzez towarzyszenie, opiekę i możliwe leczenie¹¹⁸. Dopiero wtedy, gdy życie będzie chronione troskliwą pomocą i darzone miłością, terminalnie chory będzie mógł poznać wagę swojej sytuacji, gdyż „ta miłość nadaje sens także cierpieniu i śmierci, a choć pozostają one pokryte tajemnicą, mogą się stać wydarzeniami zbawczymi”¹¹⁹. Papież Benedykt XVI w swoim przemówieniu do uczestników zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii *Pro Vita* stwierdził, że momentu śmierci „nie należy postrzegać jedynie jako faktu biologicznego, który dobiegł kresu, lub biografii, która się kończy, ale raczej jako nowe narodzenie i odnowione istnienie, które proponuje Zmartwychwstały (...). Ziemskie doświadczenie kończy się śmiercią, ale przez śmierć otwiera się także przed każdym z nas życie pełne i ostateczne, poza czasem”¹²⁰.

By taka relacja mogła zaistnieć, lekarz musi podejść do terminalnie chorego **w sposób indywidualny**, „ze szczerą postawą «sympatii», w etymologicznym znaczeniu tego słowa”¹²¹. Nie wystarczy być tylko i wyłącznie specjalistą w swojej dziedzinie. Trzeba być

¹¹⁶ Kongregacja Nauki Wiary, *Donum vitae. Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania* 3.

¹¹⁷ EV 81; także NKPSZ 168-171.

¹¹⁸ „Dopiero wchodząc na korytarze i do sal szpitalnych, doświadczamy w dramatyczny sposób słabości i ułomności naszej ludzkiej natury. Tu ujawnia się z przemożną siłą tajemnica fizycznego bólu (...). Tu czekać na nas może bezmiar ludzkiego cierpienia i samotności. Ale to miejsce jest także miejscem nadziei. Nadziei samych chorych, odczuwających wolę życia, nadziei ich krewnych i przyjaciół, dzielących ich ufność w nadejście poprawy zapowiadającej powrót do zdrowia. W odzyskaniu tej nadziei mają, oczywiście, udział lekarze, pielęgniarki i cały personel szpitalny. Dążą oni do przywrócenia naruszonych, a nieraz wręcz zerwanych przez chorobę więzi z resztą zdrowego świata”. A. Szczeklik, *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, dz. cyt., ss. 91–92

¹¹⁹ EV 81. „Warto przypomnieć choremu, że zawsze jesteśmy czymś więcej niż to jedno znaczenie, jakie chce nam nadać otaczający świat, świat uproszczonych generalizacji i redukcji, świat topornych podziałów. Krótko mówiąc, trzeba nadać bólowi sens. Tylko tak można go znieść, nie zostać skazanym na jałowe tortury”. A. Szczeklik, *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, dz. cyt., s. 97.

¹²⁰ Benedykt XVI, *Przemówienie do uczestników zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii „Pro Vita”, 25.02.2008*, https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/benedykt_xvi/przemowienia/provita_25022008 (dostęp 13.02.2024). Więcej o antropologii papieża Benedykta XVI zob. J. Warzeszak, *Antropologia Benedykta XVI na tle błędnych antropologii współczesnych*, *Studia Teologii Dogmatycznej* 1(2015), Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2015, ss. 257-290.

¹²¹ KPSZ 2.

najpierw człowiekiem, który staje się uczestnikiem sytuacji pacjenta. Lekarz musi posiadać czas, który może poświęcić swojemu pacjentowi, co jest jednoznaczne z jego pełną dyspozycyjnością¹²². Musi go także cechować umiejętność dialogu opartego nie tylko na wypowiedaniu informacji medycznych, ale przede wszystkim na cierpliwym słuchaniu słów wypowiedzianych przez umierającego i jego najbliższych. Taka postawa życzliwości względem pacjenta wymaga pełnego uczestnictwa w jego ostatnich chwilach i pozostawionej przez niego rodzinie¹²³. „Zaakceptować drugiego, który cierpi, oznacza bowiem przyjąć na siebie w jakiś sposób jego cierpienie, tak że staje się ono również moim. Właśnie dlatego jednak, że staje się ono teraz cierpieniem podzielanym, że jest w nim obecny ktoś inny, oznacza to, że światło miłości przenika moje cierpienie. Łacińskie słowo *con-solatio*, pocieszenie, wyraża to w piękny sposób, sugerując «bycie-razem» w samotności, która już nie jest samotnością”¹²⁴.

Taka obecność przy łóżku chorego wiąże się z **postawą kontemplacji**, „rodzi się z wiary w Boga życia, który stworzył każdego człowieka i cudownie go ukształtował. Jest to postawa tego, kto widzi życie w całej jego głębi, kto dostrzega jego bezinteresowność i piękno i przyjmuje je jako wezwanie do wolności i odpowiedzialności. Jest to postawa tego, kto nie próbuje zagarnąć dla siebie rzeczywistości, ale przyjmuje ją jako dar, odkrywając w każdej rzeczy odblask Stwórcy, a w każdej osobie Jego żywy obraz. Kto zachowuje taką postawę, nie poddaje się zniechęceniu, gdy widzi człowieka chorego, cierpiącego, odepchniętego albo na progu śmierci; wszystkie te sytuacje przyjmuje jako wezwanie do poszukiwania sensu i właśnie w takich okolicznościach otwiera się, aby w twarzy każdej osoby dostrzec zaproszenie do spotkania, do dialogu, do solidarności”¹²⁵.

Jednym z najlepszych fragmentów Pisma Świętego, które w czasie kontemplacji mogą pomóc lekarzowi w ukształtowaniu sumienia jest przypowieść o Miłosiernym Samarytaninie¹²⁶. Dzięki niej nie tylko lekarz ale każdy członek zespołu medycznego może

¹²² „Cierpienie jednak, choć cichsze, bezgłośnie, nie odeszło przecież na dobre. Są chwile, gdy przekracza miarę. Wtedy się spustoszenie. Zabija w chorym uczucie bliskości, sympatii. Więź rwie się. Brak odzewu. Jest tak, jakby cierpiący zamknął się gdzieś w innym świecie. Ciężar spadający na lekarza i pielęgniarki rośnie gwałtownie. Słowa stają się niewystarczające, nieadekwatne. Ręka cofa się przed klamką, gdy za drzwiami leży chory, któremu trudno jeszcze coś ofiarować. A przecież wtedy zostaje jedno: obecność. Obecność powodowana zwykłą solidarnością. Obecność, ostateczna powinność lekarska”. A. Szczeklik, *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, dz. cyt., s. 98.

¹²³ Por. NKPSZ 146.

¹²⁴ Benedykt XVI, *Encyklika Spe salvi. O nadziei chrześcijańskiej*, Rzym 2007, nr 38.

¹²⁵ EV 83. Zob. D. Cieślak, *Nienaruszalność ludzkiego życia w nauczaniu Benedykta XVI* [w:] *Studia Historyczno-Teologiczne Śląska Opolskiego* (2015), nr 35, ss. 210-212.

¹²⁶ Łk 10, 30-37.

uwrażliwić się na nienaruszalną i niewymierną wartość ludzkiego życia¹²⁷. „Należy [ona] do ewangelii cierpienia, wskazuje bowiem, jaki winien być stosunek każdego z nas do cierpiących bliźnich. Nie wolno nam ich «mijać», przechodzić mimo z obojętnością, ale winniśmy się przy nich «zatrzymać». Miłosiernym Samarytaninem jest każdy człowiek, który zatrzymuje się przy cierpieniu drugiego człowieka, jakiegokolwiek by ono było. Owo zatrzymanie się nie oznacza ciekawości, ale gotowość. Jest to otwarcie jakiejś wewnętrznej dyspozycji serca, który ma także swój wyraz uczuciowy. Miłosiernym Samarytaninem jest każdy człowiek wrażliwy na cudze cierpienie”¹²⁸.

Dzięki kontemplacji przypowieści o Miłosiernym Samarytaninie lekarz będzie miał możliwość odkrycia w swojej pracy czegoś **więcej niż tylko zawód**¹²⁹. Każdy człowiek jest obdarowany przez Boga, który jest kochającym Ojcem, miłością. On zawsze szuka człowieka i stara się zaspokoić wszystkie jego potrzeby. Postępuje tak zwłaszcza wtedy, gdy odnajduje człowieka cierpiącego, bo z takim człowiekiem utożsamia się Chrystus. Wymownym tego dowodem jest opis Sądu Ostatecznego, gdy Zbawca zwraca się do sprawiedliwych. „Pójdźcie błogosławić Ojca mego (...). Bo byłem głodny, a daliście Mi jeść; byłem spragniony, a daliście Mi pić (...); byłem chory, a odwiedziliście Mnie”¹³⁰. Pochylający się nad pobitym, Samarytanin jest ukazaniem współczucia Ojca i przejawem Jego miłości wobec każdego człowieka. Bóg powołując każdego człowieka, a zwłaszcza lekarza, do postawy Miłosiernego Samarytanina, czeka na odpowiedź, którą jest misja służby życiu. Jest ona „wyrazem głęboko ludzkiego i chrześcijańskiego zaangażowania, podejmowanego i spełnianego jako działalność nie tylko w technicznym rozumieniu słowa, ale jako oddanie się i miłość wobec bliźniego”¹³¹. Oznacza to, że lekarz „poświęca się zbawieniu człowieka, troszczy o jego zdrowie, wyzwolenie

¹²⁷ Por. EV 96.

¹²⁸ Jan Paweł II, *List apostolski Salvifici Dolores. O chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia* 28 [w:] *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, K. Szczygieł (red.), Wydawnictwo Biblos, Tarnów 1998, ss. 164-165. Komentarz do tej przypowieści w punktach 28–30.

¹²⁹ „Jakże bardzo samarytański jest zawód lekarza czy pielęgniarki, czy inne im podobne! Ze względu na «ewangeliczną» treść, jaka się w nich zawiera, skłonni jesteśmy myśleć tutaj bardziej o powołaniu, nie tylko o zawodzie”. Jan Paweł II, *List apostolski Salvifici Dolores. O chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia* 29. „Spójrzmy na esencjalną sytuację medycyny, która odsłania istotę tego zawodu. Jest nią spotkanie dwu ludzi. Chorego z lekarzem. Na wołanie chorego o pomoc lekarz odpowiada, zwykle nie głosem, lecz uśmiechem, gestem, mówiąc: «Stanę obok ciebie. Nie opuszczę cię. Razem spojrzymy w twarz śmiertelnemu niebezpieczeństwu». Wołanie chorego staje się lekarza powołaniem. Wówczas w to spotkanie dwu ludzi wchodzi mił. Lekarz i chory zaczynają śnić ten sam, pradawny sen. Razem ruszają na poszukiwanie eliksiru życia”. A. Szczeklik, *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, dz. cyt., s. 39.

¹³⁰ Mt 25, 34nn. Zob. także Jan Paweł II, *List apostolski Salvifici Dolores. O chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia* 30.

¹³¹ KPSZ 1. „Tak więc pełna miłości opieka nad chorym staje się spełnianiem Boskiej misji i to właśnie ta misja sama z siebie staje się podstawowym motywem ku temu, by było to zaangażowanie bezinteresowne, dyspozycyjne i wierne”. KPSZ 3.

go od zła, od cierpienia i śmierci, rozwijaniu w nim życia, dobra i szczęścia”¹³², a tym samym jego profesja, tak często określana powołaniem, nabiera charakteru kapłańskiego. Implikacją winno być **zespolecie zawodu, powołania i misji** w taki sposób, by inni patrząc na działania lekarza mogli być przekonani, że jest to wyraz miłości Boga a także dar Stworzyciela dla swego stworzenia¹³³.

Podobne zadanie Urząd Nauczycielski Kościoła stawia przed innymi członkami zespołu opiekującego się człowiekiem chorym i cierpiącym. Nieopisaną rolę pełnią tutaj pielęgniarki i opiekunowie. Papież Franciszek mówi do nich: „przebywając z chorymi (...) dotykacie chorych i bardziej niż ktokolwiek inny troszczycie się o ich ciało. Kiedy to czynicie, pamiętajcie, w jaki sposób Jezus dotknął trędowatego – (...) z uwagą i czułością, co sprawiło, że poczuł on, iż jest szanowany i że ktoś się o niego zatroszczył. (...) Właśnie *czułość* – czułość jest «kluczem» do zrozumienia człowieka chorego”¹³⁴.

Podstawowym zadaniem przed jakim staje lekarz ze swoim zespołem, ale także wspólnota, z której wyrastają, jest **kształtowanie prawego sumienia**, by podejmowane przez nich działania odzwierciedlały miłość Stworzyciela wobec jego dzieci, zwłaszcza chorych i cierpiących. „Powinno się ono odbywać od najmłodszych lat w rodzinach, wspólnotach parafialnych, podczas procesu formacyjnego młodzieży i dorosłych”¹³⁵. Pomimo tego, że główną rolę w formowaniu sumienia pełnią kapłani poprzez tłumaczenie Słowa Bożego oraz katechezę, to w proces ten powinni także zostać włączeni ludzie świeccy jako specjaliści w naukach dotyczących biologii człowieka. Stosowana przez nich argumentacja oparta na faktach fizjologicznych może zostać także zastosowana przez lekarza, w którego kształtowaniu sumienia będą uczestniczyć¹³⁶.

Przedstawiona wizja postawy lekarza niejednokrotnie będzie się wiązała w dzisiejszej rzeczywistości z heroizmem. Będzie musiał on być obrońcą ludzkiego życia, który posiada szacunek dla jego świętości. By zrealizować taką heroiczną postawę lekarz musi mieć prawo do działania **w zgodzie z własnym sumieniem**. Każdorazowo, gdy będzie musiał on odmówić prośbom pacjenta lub ustawodawstwu państwowemu domagającego się eutanazji terminalnie chorych, będzie musiał skorzystać z klauzuli sumienia, co pozwoli mu wobec

¹³² Giovanni Paolo II, *Messa per il 120 di fondazione dell'ospedale «Bambino Gesù». Il medico, come il sacerdote, ha la missione di provvedere alla cura e alla salvezza dell'uomo 2* [w:] *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, XII/1 (1989), Libreria Editrice Vaticana 1991, s. 606.

¹³³ Por. NKPSZ 8.

¹³⁴ Franciszek, *Przemówienie do członków włoskiej Krajowej Federacji Izb Pielęgniarskich. Czułość jest «kluczem» do zrozumienia człowieka chorego*, L'Osservatore Romano wyd. pol., 3-4(2018), s. 22.

¹³⁵ D. Cieślík, *Nienaruszalność ludzkiego życia w nauczaniu Benedykta XVI*, dz. cyt., s. 216.

¹³⁶ Por. Benedykt XVI, *Życie jest pierwszym darem, jakie otrzymujemy od Boga, i podstawą wszystkich innych*, L'Osservatore Romano 28(2007), nr 5, s. 45-46.

świata podjąć heroiczny bój obrońcy życia¹³⁷. Taka postawa zmusza jednak do **refleksji nad rolą szpitala** czy innych instytucji, takich jak ośrodki opiekuńcze, które nie powinny być tylko instytucjami sprawującymi opiekę nad terminalnie chorymi, ale powinny stać się pomocą swoim pacjentom odnaleźć sens choroby, cierpienia a nawet śmierci¹³⁸. „Osoby odpowiedzialne za opiekę zdrowotną powinny dołożyć wszelkich starań, aby w trosce o człowieka chronić, promować i dbać o zdrowie. Fundusze i zasoby kadrowe przeznaczone na realizację tych zadań powinny być wystarczające dla wszystkich potrzebujących¹³⁹.

Tak rozumiane powołanie lekarza, który dostrzega w chorym jego składową psychofizyczną oraz duchową, jak również stały rozwój nauk medycznych, wiąże się z permanentnym obowiązkiem formacji jego sumienia, zdobywania nowych umiejętności oraz pogłębiania wiedzy¹⁴⁰. Zadaniem formacji chrześcijańskiej będzie integracja wiary i aktywności lekarza w dzisiejszej rzeczywistości. Powinna także uwrażliwiać na wartości ludzkie i chrześcijańskie. Nieocenioną pomocą w jej realizacji będzie życie sakramentalne, modlitwa oraz kontemplacja Słowa Bożego¹⁴¹. Wszystko po to, aby lekarze „stojąc wobec trudnych problemów etycznych (...), umieli znajdować te trudne rozwiązania, które odpowiadają godności życia i osoby człowieka chorego”¹⁴². Tylko dzięki wierności wobec norm moralnych, których gwarantem jest Bóg, będą mogli pozostać wiernymi do końca terminalnie choremu¹⁴³.

Niejednokrotnie jednak lekarze zostaną „obciążeni przekraczającą ich możliwości odpowiedzialnością wobec coraz bardziej złożonych i dyskusyjnych przypadków klinicznych, zrodzonych zarówno z możliwości biotechnologicznych, których wiele jest jeszcze w fazie

¹³⁷ Por. EV 89.

¹³⁸ Por. EV 88. „Dążą oni [lekarze, pielęgniarki i cały personel szpitalny] do przywrócenia naruszonych, a nieraz wręcz zerwanych przez chorobę więzi z resztą zdrowego świata. I jeśli w tym dążeniu potrafią zespolić umiejętność i talent, wytrwałość i życzliwość – to są na najlepszej drodze, by zbudować wspólnotę ludzi chorych i tych, którzy przychodzą, by ulżyć im w cierpieniach, wyzwolić z choroby do zdrowia. Klinika lub oddział szpitalny może oznaczać taką wspólnotę”. A. Szczeklik, *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, dz. cyt., s. 92.

¹³⁹ D. Cieślak, *Nienaruszalność ludzkiego życia w nauczaniu Benedykta XVI*, dz. cyt., s. 217.

¹⁴⁰ Por. NKPSZ 5-6; Jan Paweł II, *List apostolski motu proprio Dolentium hominum. Ustanawiający Papieską Komisję ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia* 5 [w:] *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, K. Szczygieł (red.), dz. cyt., s. 172. Zob. także A. Młotek, *Służba zdrowia – służbą ewangelii życia* [w:] *Życie – dar nienaruszalny. Wokół encykliki Evangelium vitae* A. Młotek, T. Reroń (red.), dz. cyt., ss. 153–165; K. Olbrycht, *Rola katolickiego wychowawcy w kształtowaniu sumienia. Refleksje w świetle encykliki Jana Pawła II Evangelium vitae* [w:] *Ewangelia życia. Materiały z sesji naukowej na temat encykliki Evangelium vitae*, E. Burzyk (red.), Wydział Duszpasterstwa Kurii Diecezjalnej Bielsko–Żywieckiej, Bielsko–Biała 1996, ss. 47–57

¹⁴¹ Por. Jan Paweł II, *Kultura uznająca człowieka jako pana drugiego człowieka stanowi zagrożenie dla przyszłości ludzkości* 4 [w:] Jan Paweł II, *Nauczanie papieskie*, E. Weroch, A. Jaroch (red.), IX/2 (1986), Pallottinum, Poznań 2007, s. 604.

¹⁴² Jan Paweł II, *Tajemnica przeżywanego próby. 5 października – Lyon. Spotkanie z chorymi* [w:] „L’Osservatore Romano” wyd. pol., 84(1986), nr 10, s. 26.

¹⁴³ Por. NKPSZ 10.

eksperymentalnej, jak i z wagi społeczno-leczniczej niektórych zagadnień”¹⁴⁴. By przyjąć z pomocą w rozwiązywaniu najtrudniejszych problemów, winno się stać regułą istnienie **komitetów etycznych**¹⁴⁵, w których „kompetencja i ocena lekarza konfrontują się i integrują z innymi formami obecności przy chorym. Ma to służyć zarówno godności chorego, jak i sprawie samej odpowiedzialności medycznej”¹⁴⁶.

Nieocenioną pomocą w rozwiązywaniu istotnych problemów etycznych będzie **znajomość deontologii lekarskiej**¹⁴⁷. Dziedzina ta powstała dla ochrony interesów chorego, który zawsze winien znajdować się w centrum zainteresowania wszystkich członków zespołu medycznego. Stąd „nauczanie etyki i kodeksów deontologicznych winno (...) stanowić integralną część formacji personelu medycznego”¹⁴⁸.

Tak przedstawione zadania wobec lekarza papież Franciszek określa mianem **globalnej bioetyki**, której punktem wyjścia nie będzie już choroba i śmierć a przymierze pomiędzy Bogiem i człowiekiem, który nieustannie jest obdarzany łaską przez swego Stworzyciela. Ciało, które jest nośnikiem godności człowieka, niezależnie od jego aktualnej kondycji fizycznej, zawsze jest powiązane mnogością relacji z otaczającym go światem i innymi podmiotami¹⁴⁹. Często opisują one różnice pomiędzy konkretnymi osobami, a tym

¹⁴⁴ KPSZ 8. „Jest rzeczą oczywistą, że nie jest łatwo oddzielić aspektów naukowych zawodu lekarza od jego wymiarów etycznych. Jeżeli postęp nauk dostarcza lekarzowi nowych instrumentów i nowych środków terapeutycznych, to w rezultacie jest często tak, że stawia on lekarza wobec problemów etycznych coraz bardziej złożonych”. Papieska Rada *Cor Unum, Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających* 7.1. Zob. także J. Kałuża, *Problemy współczesnej medycyny w świetle encykliki Evangelium vitae* [w:] *Evangelium vitae. Dobra Nowina o życiu ludzkim. Materiały na temat encykliki Jana Pawła II Evangelium vitae oraz dyskusja panelowa o karze śmierci*, J. Brusilo (red.), Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 1995, ss. 19–28; tamże T. Ślipko, *Wolność i postęp, a etyka lekarska. Rozważania na marginesie encykliki Evangelium vitae*, ss. 29–53.

¹⁴⁵ Zob. W. Galewicz, *W sprawie szpitalnych komisji bioetycznych*, „Medycyna Praktyczna”, 225(2009), nr 11, ss. 120–125; także, S. Kornas, *Komitety bioetyczne* [w:] *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, A. Muszala (red.), dz. cyt., ss. 298–302.

¹⁴⁶ KPSZ 8. Zob. NKPSZ 140. EV 98 zobowiązuje przede wszystkim intelektualistów do angażowania się „w służbę na rzecz nowej kultury życia poprzez swoje dokonania – poważne i udokumentowane, zasługujące na szacunek i zainteresowanie wszystkich”. W tym celu też Jan Paweł II powołał do życia Papieską Akademię „Pro Vita”. Jej zadaniem jest „studiowanie podstawowych problemów medycyny i prawa, mających znaczenie dla promocji i ochrony życia, zwłaszcza w ich bezpośrednim powiązaniu z chrześcijańską moralnością i wskazaniem Magisterium Kościoła, a także szerzenie wiedzy o nich i formacja w tej dziedzinie”. Jan Paweł II, *List Apostolski motu proprio, w którym Jan Paweł II ustanawia Papieską Akademię Obrony Życia* 4 [w:] „L'Osservatore Romano” (Wyd. polskie) 162(1994), nr 4, s. 10.

¹⁴⁷ „W użyciu potocznym zbiór zasad etycznych regulujących obowiązki w pewnej szczególnej dziedzinie działalności, głównie związanej z zawodem, np. deontologia lekarza”. S. Blackburn, *Deontologia*, tłum. J. Woleński [w:] tenże, *Oksfordzki słownik filozoficzny*, J. Woleński (red. pol.), Książka i Wiedza, Warszawa 2004, s. 81. Zob. także T. Biesaga, *Uzasadnienie norm moralnych w bioetyce* [w:] tenże, *Elementy etyki lekarskiej*, K. Moćko (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2006, ss. 49–56.

¹⁴⁸ Papieska Rada *Cor Unum, Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających* 7.1.

¹⁴⁹ „Kościół, podejmując w swoim nauczaniu problematykę ekologiczną, wyraźnie podkreśla, że szacunek do przyrody ściśle wiąże się z szacunkiem do człowieka. Zaangażowanie się w ochronę środowiska przyrodniczego jest niepełne bez okazywania szacunku do środowiska ludzkiego. Obowiązki względem

samym suponują różne poczynania względem nich. W praktyce lekarskiej będzie to oznaczało odmienne postępowanie względem terminalnie chorych¹⁵⁰. W dzisiejszej rzeczywistości nie będą to tylko chorzy na nowotwory, ale też często ludzie starsi wyniszczeni schorzeniami typowymi dla ich wieku. Integralne podejście względem nich będzie oznaczało nie tylko zastosowanie odpowiednich procedur medycznych ale przede wszystkim opiekę i troskę najbliższej rodziny¹⁵¹.

Globalna bioetyka jest szczególnym rozwinięciem **ekologii integralnej**, którą cechuje „ścisły związek między ubogimi a kruchością naszej planety; przekonanie, że wszystko na świecie jest ściśle ze sobą powiązane; krytyka nowego paradygmatu i form władzy, które wywodzą się z technologii; zachęta do poszukiwania innych sposobów rozumienia ekonomii i postępu; wartość właściwa każdemu stworzeniu”¹⁵². Jej częścią jest ekologia ludzka określana jako „szacunek wobec każdego człowieka od samego jego początku, poprzez cały jego przebieg, także w sytuacjach dla niego trudnych (choroba, starość, ubóstwo, migracja) aż do naturalnej śmierci”¹⁵³. Zadaniem każdego człowieka jest w tym kontekście poznanie swojej natury, a zwłaszcza swego ciała ze wszystkimi jego ograniczeniami a następnie ich zaakceptowanie, co w aspekcie terminalnie chorych będzie oznaczało pogodzenie się z nadchodzącym momentem śmierci¹⁵⁴.

Tak przygotowany, zarówno pod względem naukowych jak i moralnym, lekarz będzie umiał podjąć decyzję odnośnie odżywiania i nawadniania chorego w końcowej odsłonie dramatu jego życia. Będzie w tym uwzględniał wiele czynników, zarówno wskazań jak i przeciwwskazań medycznych zastosowania danej procedury, ale także innych, którym może być selekcja pacjentów w tym samym stanie, dobro innych chorych czy wreszcie koszty

przyrody ściśle wiążą się z obowiązkami wobec osoby ludzkiej. Można więc powiedzieć, że między ekologią środowiska i ekologią ludzką istnieje ścisły związek”. J. Dziedzic, *Kościół a ekologia ludzka*, dz. cyt. s. 103.

¹⁵⁰ Por. Franciszek, *Przemówienie do uczestników zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii «Pro Vita». Fundamentalne różnice życia ludzkiego*, L'Osservatore Romano wyd. pol., 7(2018), s. 36. Zob. także Franciszek, *Przemówienie do uczestniczek kapituły małych siostr Jezusa. Wasze serca nie znajdują barier*, L'Osservatore Romano wyd. pol., 11(2017), ss. 8-12.

¹⁵¹ Por. Franciszek, *Przemówienie do uczestników zgromadzenia generalnego Papieskiej Akademii «Pro Vita». Najcięższą chorobą jest opuszczenie*, L'Osservatore Romano wyd. pol., 3-4(2015), s. 28. Zob. także Franciszek, *Przesłanie z okazji 20-lecia Papieskiej Akademii «Pro Vita». Najcięższą chorobą, na jaką są narażone osoby starsze, jest opuszczenie*, L'Osservatore Romano wyd. pol., 3-4(2014), s. 20-21.

¹⁵² Franciszek, *Encyklika Laudato si' . W trosce o wspólny dom*, Rzym 2015, nr 16.

¹⁵³ J. Dziedzic, *Kościół a ekologia ludzka*, dz. cyt. 108.

¹⁵⁴ Por. J. Dziedzic, *Kościół a ekologia ludzka*, dz. cyt. s. 109. W aspekcie osób starszych J. Dziedzic pisze: „Życie ludzkie pozostaje cenne w każdym wieku i w każdym stanie, dlatego też należy sprzeciwić się wszelkim praktykom skracania życia. Życie bowiem jest darem Bożym i jego ochrona należy do każdego z nas. Szacunek, jaki winniśmy okazywać starszym, wyklucza wszelkie praktyki skracania życia. Życie człowieka jest bowiem cennym darem, które należy kochać, i którego należy bronić w wszelkiej fazie”. J. Dziedzic, *Kościół a ekologia ludzka*, dz. cyt., s. 113.

stosowanego zabiegu medycznego¹⁵⁵. To samo przygotowanie lekarza umożliwi także pacjentowi terminalnie choremu przeżycie śmierci w otoczeniu najbliższych i w poczuciu własnej godności, bez stosowania uporczywej terapii¹⁵⁶. Lekarz nie pozostawi go samego wobec bólu i cierpienia przerastających jego ludzkie możliwości i, zgodnie z zasadami moralnymi, będzie im przeciwdziałał stosując środki przeciwbólowe i znieczulające, czego skutkiem ubocznym może być utrata świadomości¹⁵⁷. O tym jednak pacjent będzie informowany zgodnie ze stanem faktycznym z jednoczesnym zachowaniem umiaru i taktu, ale w taki sposób, by sam mógł podjąć decyzję o ich zastosowaniu¹⁵⁸. Takie postępowanie lekarza wobec pacjenta może być rezultatem ich relacji pojmującej pacjenta jako integralną całość. Implikacją takiego spojrzenia jest dopuszczenie do udziału w dramacie umierania nie tylko wspomnianych wcześniej głównych bohaterów w osobie umierającego i lekarza, ale także najbliższej rodziny i duszpasterza przeprowadzającego terminalnie chorego do domu Ojca¹⁵⁹.

¹⁵⁵ Por. Papieska Rada *Cor Unum*, *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających* 7.2–3.

¹⁵⁶ Por. NKPSZ 149–150.

¹⁵⁷ Por. NKPSZ 153–155. Papieska Rada *Cor Unum*, *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających* 4.

¹⁵⁸ Por. NKPSZ 156–158. Papieska Rada *Cor Unum*, *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających* 6.

¹⁵⁹ Por. NKPSZ 159–164. Papieska Rada *Cor Unum*, *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających* 6.1.3. „To zamknięcie się i milczenie, które zbyt często otacza osoby w środowisku, w którym świadczy się pomoc. W tym kontekście chciałby zwrócić uwagę na istotne znaczenie wymiaru i duchowego. Jest to wręcz wymiar zasadniczy, który pozostaje nawet wtedy, kiedy zdolności poznawcze są ograniczone lub zostały utracone. Chodzi o zastosowanie specjalnego podejścia duszpasterskiego, zróżnicowanego co do form i treści, aby towarzyszyć w życiu religijnym osobom w podeszłym wieku z poważnymi patologiami degeneracyjnymi, aby ich umysł i serce nie przerwały dialogu i relacji z Bogiem”. Franciszek, *Spotkanie z uczestnikami międzynarodowej konferencji Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia i Chorych. Przestrzeganie godności i wolności*, L’Osservatore Romano wyd. pol., 1(2014), s. 31.

ROZDZIAŁ II

STANOWISKA ETYCZNE O UPORCZYWEJ TERAPII I SZTUCZNYM ODŻYWIANIU I NAWADNIANIU

Po analizie dokumentów Kościoła katolickiego przedstawiających jego stanowisko w sprawie unikania uporczywej terapii, zwłaszcza w aspekcie odżywiania i nawadniania terminalnie chorych, postaram się w kolejnej części dysertacji zaprezentować poglądy trzech współczesnych etyków w tej materii. Radykalne poglądy pierwszego z nich Davida J. Bleicha, które przedstawię w pierwszej części, mają swoje korzenie w religii żydowskiej. Umiarkowane stanowisko Edmunda D. Pellegrino oparte na filozofii Arystotelesa, które stanowi niejako kontynuację stanowiska Kościoła katolickiego, zaprezentuję w części drugiej. Wreszcie w ostatnim paragrafie przedstawię próbę stworzenia przez Petra Singera nowego systemu etycznego opierającego się na filozofii empirycznej. Należy jednak pamiętać, że za podglądami każdego z nich kryje się pewna wizja człowieka, którą będę chciał zaprezentować po przedstawieniu poglądów każdego z nich dotyczących uporczywej terapii. Zakończenie będą stanowić powinności, jakie każdy z wymienionych etyków stawia wobec lekarza współczesnego świata.

2.1 Davida J. Bleicha stanowisko radykalne

Mogłoby się wydawać, że przedstawione w pierwszym rozdziale stanowisko Kościoła katolickiego dotyczące uporczywej terapii powinno być zbliżone z poglądami religii judaistycznej, ponieważ obie konfesje wyrastają z tego samego Objawienia Bożego. Jednak jego odczytanie w świetle wydarzenia paschalnego powoduje, że chrześcijaństwo ma odmienne spojrzenie na moralność pewnych zachowań. Wachlarz postaw ulega dodatkowo zwiększeniu po uwzględnieniu podziałów, które miały miejsce już wewnątrz konkretnego wyznania. Widać to zwłaszcza w religii judaistycznej, wewnątrz której można dziś wyodrębnić przynajmniej trzy frakcje o odmiennych poglądach i postawach¹⁶⁰ dotyczących uporczywej terapii. Najbardziej interesujące jest stanowisko **judaizmu ortodoksyjnego**.

Wiek XIX dla europejskich Żydów był czasem emancypacji oraz ogromnych zmian dotyczących sprawowanego kultu i przyjmowanej doktryny. Na tym gruncie powstał judaizm ortodoksyjny, który współcześnie dzieli się na dwa stronnictwa. Poglądy pierwszego, mniej

¹⁶⁰ Por. A. Unterman, *Żydzi. Wiara i życie*, tłum. J. Zabierowski, Książka i Wiedza, Warszawa 2002, s. 213–224. Pozostałe frakcje to judaizm konserwatywny oraz reformowany.

licznego, są radykalnym sprzeciwem wobec dzisiejszego świata. Przejawia się to w całkowitej rezygnacji ze zdobyczy współczesnej kultury, zakazie jakiegokolwiek udziału w życiu społecznym czy negacji potrzeby wykształcenia świeckiego. Drugie stronnictwo to **ortodoksja nowoczesna**, której poglądy postaram się przybliżyć w tym paragrafie. Jako mniej radykalna w swoim sprzeciwie, akceptuje drugorzędne elementy współczesnej kultury i zachęca do kształcenia¹⁶¹. Jej przedstawicielem jest **David J. Bleich**, który prowadził wykłady z teologii i Talmudu na Uniwersytecie Jesziwa w Nowym Jorku¹⁶².

Pomimo ciągłego postępu medycyny oraz rozwoju technologii stosowanych w procesie leczenia, kultura zachodnia wydaje się wciąż w pewien sposób respektować chrześcijańską wizję świętości życia. Dzięki temu istnieje możliwość wyznaczenia granicy między terapią a uporczywą terapią.¹⁶³ Taka postawa stawia żydowskie środowisko medyczne wobec konkretnych dylematów i pytań natury moralnej dotyczących podjęcia lub rezygnacji z konkretnych form postępowania medycznego. Przede wszystkim ortodoksyjny medyk musi postawić sobie pytanie dotyczące celowości leczenia. Szukając na nie odpowiedzi jest zobowiązany do uwzględnienia jakości życia, którą może osiągnąć po zaordynowaniu konkretnego postępowania. Gdy pewny moralnie uzna konkretne działanie za celowe, staje wobec kolejnego dylematu i pytania: jak długo aplikować agresywną terapię i czy chory jest zobowiązany się na nią zgodzić przy braku nadziei na pełny powrót do zdrowia¹⁶⁴.

Źródłem poznania odpowiedzi na powyższe pytania jest Pismo Święte oraz Talmud – księgi natchnione judaizmu. Pierwsza z nich jest zbiorem ksiąg napisanych pod natchnieniem Boga. Druga natomiast to spisana pozabiblijna tradycja, która dzieli się na Halachę czyli przepisy dotyczące postępowania oraz Hagadę, którą stanowią budujące opowiadania¹⁶⁵. Dla ortodoksyjnego judaizmu najważniejsza wydaje się być Halacha, której stara się dochować wierności¹⁶⁶ dzięki **specyficznemu metodzie**. Polega ona na przeniesieniu konkretnego rozwiązania precedensu zapisanego w Biblii lub Talmudzie na zaistniały dylemat etyczny.

¹⁶¹ Por. A. Unterman, *Żydzi. Wiara i życie*, dz. cyt., s. 220 – 224.

¹⁶² Por. P. Aszyk, *Granice leczenia*, Wydawnictwo Rhetos, Warszawa 2006, s. 67. W przedstawieniu stanowiska bioetycznego judaizmu ortodoksyjnego posłużę się w znacznej mierze pozycjami autorstwa tegoż rabina. Nota biograficzna: https://en.wikipedia.org/wiki/J._David_Bleich (dostęp 13.02.2023).

¹⁶³ Por. M. N. Staitman, *Withdrawing or Withholding Nutrition, Hydration or Oxygen from Patients* [w:] *Death and Euthanasia in Jewish Law. Essays and Response*, W. Jacob, M. Zemer (red.), Rodef Shalom Press, Pittsburg 1994, s. 1.

¹⁶⁴ Por. D. J. Bleich, *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, KTAV Publishing House, Hoboken 1998, s. 62.

¹⁶⁵ Por. K. Bukowski, *Religie świata wobec chrześcijaństwa*, Wydawnictwo M, Kraków 1999, s. 128–129. O formowaniu się świętych pism zobacz A. Unterman, *Żydzi. Wiara i życie*, dz. cyt., ss. 121–131.

¹⁶⁶ Por. A. Unterman, *Żydzi. Wiara i życie*, dz. cyt. s. 223.

Jednocześnie, pomimo braku nadrzędnego organu, który miałby zdolność osądu wysnutych wniosków przy zastosowaniu takiej metody przez konkretnego rabina, ogromna większość uczonych stronnictwa ortodoksyjnego jest jednomyślna i radykalna w kwestii leczenia i rezygnacji z uporczywej terapii¹⁶⁷.

Punktem wyjścia rozważań dotyczących celowości leczenia jest fragment Księgi Rodzaju. „Upomnę się o waszą krew przez wzgląd na wasze życie – upomnę się o nią u każdego zwierzęcia. Upomnę się też u człowieka o życie człowieka i u każdego – o życie brata”¹⁶⁸. Jego aplikacja w zgodzie z przedstawioną metodą oraz w powiązaniu z fragmentem Księgi Powtórzonego Prawa: „ale się wystrzegaj spożywania krwi, bo we krwi jest życie, i nie będziesz spożywał życia razem z ciałem”¹⁶⁹, pozwala stwierdzić o nakazie leczenia w każdym momencie ludzkiego życia. Innymi słowy **lekarz nigdy nie może zaprzestać leczenia i opieki**, a tym samym **żywienia i nawadniania** w sposób sztuczny pacjenta w stanie terminalnym, a każde takie postępowanie będzie rozumiane jako eutanazja. Bleich jako przedstawiciel stronnictwa ortodoksyjnego rozumie ten czyn jako „każdy planowany akt pozytywny, którego celem jest przyśpieszenie śmierci pacjenta, (...) w prawie żydowskim równoznaczny z morderstwem, nawet jeżeli przyspieszenie śmierci dotyczy kwestii chwili”¹⁷⁰.

Zdumiewającym jest fakt, że bezwzględny zakaz eutanazji nie wypływa z przykazania „Nie zabijaj”¹⁷¹. Wynika to z postrzegania tego imperatywu jako zasady regulującej relacje między bliźnimi, która zabrania morderstwa rozumianego jak zaprzeczenie lub brak miłości braterskiej. Pewne okoliczności jak na przykład przynależność do tego samego narodu mogłyby wywołać u lekarza nadmierne współodczuwanie cierpienia, co skutkowałoby chęcią przyśpieszenia śmierci bliźniego. Nie byłoby to wówczas morderstwo, ale szczególny przejaw miłości. Tym samym jego zaistnienie nie byłoby złamaniem piątego przykazania a realizacją miłosierdzia wobec cierpiących. Dlatego też bezwzględny zakaz eutanazji wynika z wcześniej przedstawionych przesłanek¹⁷².

Taki sposób rozumowania pozwolił ortodoksyjnym rabinom na wydanie oświadczenia, w którym podkreślają, że „zgodnie z Prawem Tory leczenie jest obowiązkowe, nawet pacjenta, który zgodnie z opinią lekarzy, jest w stanie terminalnym (...) za pomocą

¹⁶⁷ Por. P. Aszyk, *Granice leczenia*, dz. cyt., s. 67.

¹⁶⁸Rdz 9, 5.

¹⁶⁹Pwt 12,23.

¹⁷⁰ D. J. Bleich, *Biethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., s. 63. Zob. M. N. Staitman, *Withdrawing or Withholding Nutrition, Hydration or Oxygen from Patients* [w:] *Death and Euthanasia in Jewish Law. Essays and Response*, dz. cyt., s. 4.

¹⁷¹Wj 20, 13; Pwt 5, 17.

¹⁷² Por. D. J. Bleich, *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., s. 63–64.

wszystkich potrzebnych lekarstw i zwyczajnych procedur medycznych jakich potrzebuje(...). Wstrzymanie odżywiania lub leczenia w celu zmniejszenia cierpienia pacjenta przyspiesza jego śmierć¹⁷³. Wymieniają także **obligatoryjne zabiegi medyczne**, wśród których można znaleźć „żywienie dożylnie i za pomocą zgłębników do przewodu pokarmowego, dożylną wymianę płynów, iniekcje insuliny, kontrolowane dawkowanie morfiny, antybiotykoterapię i transfuzję krwi”¹⁷⁴. Niesie to konkretne implikacje dla pacjenta, który jest zobowiązany do wyrażenia zgody na każdą z wymienionych procedur, w tym sztuczne odżywianie i nawadnianie, gdyż dzięki temu jego organizm ulega wzmocnieniu. Natomiast lekarz pod żadnym pretekstem nie może od nich odstąpić, także wówczas gdy terminalnie chory znajduje się w śpiączce i nic nie odczuwa¹⁷⁵.

Konsekwencją takiego rozumowania jest brak możliwości podziału dostępnych środków na nadzwyczajne i zwyczajne lub proporcjonalne i nieproporcjonalne, a w tym także sposobów odżywiania i nawadniania terminalnie chorego. Wszystkie są darem Boga, który „jest stwórcą nieba i ziemi, (...), [a Jego] działania i opieka obejmują cały rodzaj ludzki”¹⁷⁶. Dzięki Bożej Opatrzności człowiek jako jedyne ze stworzeń został obdarzony zdolnością logicznego myślenia, co pozwoliło mu najpierw poznać właściwości lecznicze odpowiednich substancji a potem stworzyć linie technologiczne do ich masowej produkcji¹⁷⁷. Dzięki temu człowiek rozpoczął produkcję lekarstw w sposób sztuczny, które wcześniej otrzymywał jedynie w sposób naturalny z roślin lub zwierząt. Podobne działanie Boga można zauważyć w tworzeniu niezbędnych produktów i technologii potrzebnych do produkcji cewników i respiratorów. Tym samym **nie ma jakichkolwiek podstaw, by procedury medyczne dzielić nie tylko na nadzwyczajne i zwyczajne, proporcjonalne i nieproporcjonalne ale także na naturalne i sztuczne**¹⁷⁸. „Powszechne rozróżnienie na środki «zwyczajne» i «nadzwyczajne» i wykluczenie środków «heroicznych» nie ma paraleli w żydowskich źródłach. (...). Takie rozróżnienie wkroczyło wspólnie do moralnego dyskursu przez mediację całkowicie obcych tradycji religijnych. (...) [Lekarz] nie jest zobligowany do stosowania procedur, które w swojej naturze są niebezpieczne i które posiadają potencjalną

¹⁷³ D. J. Bleich, *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., s. 70.

¹⁷⁴ D. J. Bleich, *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., s. 71.

¹⁷⁵ Por. M. N. Staitman, *Withdrawing or Withholding Nutrition, Hydration or Oxygen from Patients* [w:] *Death and Euthanasia in Jewish Law. Essays and Response*, dz. cyt., s. 5.

¹⁷⁶ A. Unterman, *Żydzi. Wiara i życie*, dz. cyt., s. 27.

¹⁷⁷ „Judaizm jest – w przeciwieństwie do większości religii starożytnych – religią historii i opatrności. Niemalże każda strona Biblii mogłaby tu powiedzieć wiele. Bóg wybiera swój naród i wierny przymierzu strzeże go jako swojej własności. Bóg jest ostatecznym Panem historii i dlatego jest ona pomimo chwilowych aberracji zasadniczo pozytywna, postępująca w stronę większego dobra i doskonałości”. R. J. Woźniak, *Przyszłość, teologia, społeczeństwo*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2007, s. 160.

¹⁷⁸ Por. D. J. Bleich, *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., ss. 73–75.

możliwość skrócenia życia pacjenta. Żaden lekarz ani pacjent nie jest także zobligowany do stosowania terapii, która z natury jest eksperymentalna”¹⁷⁹.

Nakaz zastosowania wszelkiej dostępnej formy postępowania medycznego oraz obowiązek poddania się mu przez chorego, także w stanie terminalnym, oznacza, że „**Judaizm odmawia człowiekowi prawa do czynienia sądów w odniesieniu do jakości życia**”¹⁸⁰. By to uzasadnić Talmud powołuje się na zawarty w Księdze Liczb opis próby gorzkiej wody, której była poddawana kobieta posądzona o cudzołóstwo¹⁸¹. Spożycie zanieczyszczonej wody wywoływało w jej organizmie pewne negatywne reakcje, przez co kobieta doświadczała bólu i cierpienia, które – gdy posądzona okazywała się niewinną – stawały się dla niej największym zaszczytem. Podobnie dodatkowe cierpienie i ból zadawane terminalnie choremu w czasie procedur przedłużających jego życie jest w oczach ortodoksyjnego Żyda najlepszym sposobem postępowania, które pozwala zrozumieć słowa psalmu Dawida „Ciężko mnie Pan ukarał, ale na śmierć nie wydał”¹⁸².

Judaizm ortodoksyjny zna jednak **wyjątki, które pozwalają odstąpić od zasady leczenia do samego końca życia**. Pierwszym jest popełnienie jednego z trzech przestępstw: morderstwa, idolatrii i niektórych zabronionych czynów seksualnych takich jak kazirodztwo lub cudzołóstwo¹⁸³. Drugi wyjątek wynika z treści Talmudu i jest on konsekwencją podziału terminalnie chorych na dwie grupy¹⁸⁴.

Pierwszą grupę stanowią terminalnie chorzy określane mianem *goses*. Jest to „pacjent, którego śmierć jest blisko i który także utracił kontrolę nad funkcjami ciała, co manifestuje się przez jego niezdolność do wydalania wydzieliny z klatki piersiowej”¹⁸⁵. Alegorią jego życia jest migoczący płomyk, który w każdej chwili może zostać zgaszony najmniejszym podmuchem lub nawet dotykiem¹⁸⁶. Dlatego „osobie bliskiej śmierci nie wolno w żaden sposób dokuczać, aby nie przyspieszyć zgonu, a czyn taki traktuje się na równi z morderstwem. Zakaz ten rozciąga się na wykonywanie jeszcze za życia konającego takich czynności, jak namaszczenie i mycie albo kopanie grobu, gdy chory ma świadomość, co się

¹⁷⁹ D. J. Bleich, *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., s. 74. Zob. M. N. Staitman, *Withdrawing or Withholding Nutrition, Hydration or Oxygen from Patients [w:] Death and Euthanasia in Jewish Law. Essays and Response*, dz. cyt., ss. 1–2.

¹⁸⁰ D. J. Bleich, *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., s. 75.

¹⁸¹ Zob. Lb 5, 11–31.

¹⁸² Ps 118(117), 18. Por. D. J. Bleich, *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., s. 62.

¹⁸³ Por. D. J. Bleich, *Judaism and Healing: Halakhic Perspectives*, KTAV Publishing House, Jersey City 2003, s. 22. Tenże *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., s. 67.

¹⁸⁴ Por. D. J. Bleich, *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., ss. 76–77.

¹⁸⁵ D. J. Bleich, *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., s. 81.

¹⁸⁶ D. J. Bleich, *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., s. 72.

wokół niego dzieje”¹⁸⁷. Inne zakazy dotyczą dotykania jego szczęk, zabierania mu poduszki czy kładzenia go na podłodze. Nie wolno także zamknąć mu oczu, a ten, kto to zrobi, będzie winien jego śmierci¹⁸⁸. Wobec terminalnie chorych z tej grupy istnieje **bezwzględny zakaz jakichkolwiek pozytywnych i negatywnych działań, których wynikiem byłoby przyspieszenie śmierci**¹⁸⁹.

Druga grupa terminalnie chorych, którzy są „naprawdę w ramionach Anioła Śmierci, a proces umierania naprawdę się rozpoczął”¹⁹⁰, jest określana mianem *gesisah*. Wobec nich **Talmud zezwala na „usunięcie «wszystkiego, co stanowi przeszkodę w odejściu ducha, tak jak stukający hałas czy sól powyżej języka (...) odtąd takie czyny nie dotyczą aktywnego przyspieszania śmierci, ale tylko usunięcia przeszkody»”**¹⁹¹ na jej drodze. Oznacza to możliwość odstąpienia od wszelkich procedur medycznych a tym samym rezygnacji z uporczywej terapii. Największym jednak problemem jest **określenie kryteriów**, które pozwolą stwierdzić zaistnienie stanu *gesisah*. Według Talmudu proces umierania ma początek w chwili pojawienia się wydzieliny w gardle terminalnie chorego, która doprowadza do zwężenia dróg oddechowych w klatce piersiowej, jednak tylko wtedy, gdy stan ten jest nieodwracalny. Dlatego też rolą lekarza jest **ocena odwracalności**, to jest udrożnienia dróg oddechowych. Gdy jest to możliwe to dalsze postępowanie z terminalnie chorym musi być takie samo jak z chorym zakwalifikowanym do grupy *goses*. Gdy jednak zwężenie jest nieodwracalne, zadaniem tego samego lekarza jest **ocena długości czasu**, jaki pozostał terminalnie choremu wchodzącemu w stan *gesisah* do momentu śmierci. Gdy stwierdzi, że czas przeżycia takiego pacjenta nie wynosi więcej niż siedemdziesiąt dwie godziny, to może zrezygnować z wszelkich procedur, które utrudniają odejście ducha. Jednak, gdy uważa, że wdrożenie którejkolwiek procedury przedłuży ten czas, nie może stwierdzić, że rozpoczął się właściwy proces umierania, co ponownie oznacza zastosowanie wobec takiego chorego wszelkich procedur takich jak w stanie *goses*¹⁹².

Pobieżna analiza zasad postępowania u kresu życia formułowanych przez judaizm ortodoksyjny pozwala stwierdzić, że są to jedynie konstrukcje prawne, które próbują w określony sposób uporządkować występujące wówczas zjawiska¹⁹³. Za tę systematyzację

¹⁸⁷ A. Unterman, *Żydzi. Wiara i życie*, dz. cyt., s. 165.

¹⁸⁸ Por. D. J. Bleich, *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., s. 72.

¹⁸⁹ Por. D. J. Bleich, *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., s. 77.

¹⁹⁰ D. J. Bleich, *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., s. 77.

¹⁹¹ D. J. Bleich, *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., s. 77. Przedstawione tezy Bleich przytacza też w innych wypowiedziach, zob. D. J. Bleich, *May One Refuse Medical Treatment?*, Sh'ma. A Journal of Jewish Responsibility 443(1992), nr 23, ss. 17-21.

¹⁹² Por. D. J. Bleich, *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., ss. 77-78.

¹⁹³ Por. P. Aszyk, *Granice leczenia*, dz. cyt., s. 72.

jest odpowiedzialny lekarz, który z uwagi na swoje wykształcenie jest zdolny rozpoznać początek procesu umierania. Niestety, tylko w tym aspekcie jest wykorzystana jego specjalistyczna wiedza, gdyż każda kolejna decyzja dotycząca włączenia chorego w stan *goses* lub *gesisah* „a tym samym określonego postępowania lub jego zaniechania, jest uzależniona od stwierdzeń zawartych w Halasze¹⁹⁴.

Za takimi wskazówkami postępowania przy końcu życia jest ukryta konkretna **antropologia**. Jej podstawową tezą jest założenie, że „żaden człowiek nie ma własnego udziału w swoim życiu lub ciele. Ciało ludzkie i jego życie nie jest jego własnością, by go oddać. **Właścicielem ludzkiego życia jest nikt inny niż sam Bóg**”¹⁹⁵. Człowiek, który jest jedynie Bożym stworzeniem pragnącym mieć udział w stwórczym dziele Stwórcy, jest jedynie depozytariuszem swego życia i ciała. Nie ma prawa więc sam decydować o ich losie; zawsze musi się opierać na zasadach prawa, które zostało spisane na polecenie samego Boga¹⁹⁶. Konsekwencją tego jest rozumienie wolności, która staje się zaszczytem i odpowiedzialnością w ochronie przywilejów Boga, a nie niczym nieograniczoną możliwością postępowania¹⁹⁷. Na tym ma polegać przymierze zawarte przez Boga z każdym człowiekiem¹⁹⁸. „Życie fizyczne służy jako ziemskie pośrednictwo dla związku pomiędzy Bogiem a jednostką”¹⁹⁹, a jego pełnia jest możliwa jedynie wtedy, gdy będzie ono ukazywało właśnie tę relację²⁰⁰.

Oznacza to, że „wartość ludzkiego życia jest najwyższa i ma pierwszeństwo ponad wszystkimi faktycznymi względami”²⁰¹, czego implikacją jest stwierdzenie, że **wartość ludzkiego życia jest nieskończona**, zarówno w każdym momencie jego trwania, ale także pojmowanego całościowo, to jest od momentu poczęcia aż do naturalnej śmierci²⁰². Podstawą takiego myślenia jest wykorzystanie „analogii zaczerpniętej z matematyki. Nieskończoność jest praktycznie niepodzielna. Jeżeli spróbujemy to uczynić, każda jej część pozostanie tak samo nieskończona. Zatem każdy fragment życia jest wart tyle samo, ile całe życie. Nie ma

¹⁹⁴ Por. D. J. Bleich, *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., s. 83.

¹⁹⁵ D. J. Bleich, *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., s. 65.

¹⁹⁶ Por. E. N. Dorff, *Matters of Life and Death. A Jewish Approach to Modern Medical Ethics*, The Jewish Publication Society, Philadelphia 2003, s. 15.

¹⁹⁷ Por. D. J. Bleich, *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., s. 65.

¹⁹⁸ Por. M. N. Staitman, *Withdrawing or Withholding Nutrition, Hydration or Oxygen from Patients* [w:] *Death and Euthanasia in Jewish Law. Essays and Response*, dz. cyt., s. 3.

¹⁹⁹ M. N. Staitman, *Withdrawing or Withholding Nutrition, Hydration or Oxygen from Patients* [w:] *Death and Euthanasia in Jewish Law. Essays and Response*, dz. cyt., s. 3.

²⁰⁰ Por. M. N. Staitman, *Withdrawing or Withholding Nutrition, Hydration or Oxygen from Patients* [w:] *Death and Euthanasia in Jewish Law. Essays and Response*, dz. cyt., s. 3.

²⁰¹ D. J. Bleich, *Judaism and Healing: Halakhic Perspectives*, dz. cyt., s. 1.

²⁰² Por. D. J. Bleich, *Judaism and Healing: Halakhic Perspectives*, dz. cyt., ss. 22-23. Tenże *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspectives*, dz. cyt., ss. 62 i 69.

znaczenia, czy komuś pozostała godzina, miesiąc czy rok. Dłuższa perspektywa nie czyni życia bardziej wartościowym”²⁰³.

Bóg jako właściciel ludzkiego życia i ciała ma prawo do ingerencji w jego historię oraz ciało. Czyni to poprzez **posługę lekarza**, który staje się jego posłańcem, odpowiedzialnym za życie i zdrowie potrzebującego człowieka. **Pomoc** ta winna być okazana **w każdym momencie życia**, co jest rozwinięciem zakazu z Księgi Kapłańskiej: „Nie będziesz czyhał na życie bliźniego”²⁰⁴. Obowiązek pomocy lekarza nie jest więc ograniczony, tak jak w obowiązującej w świecie zachodnim przysiędze Hipokratesa, jedynie do momentu zagrożenia życia²⁰⁵.

Lekarz w swojej posłudze jest zobowiązany – podobnie jak w kulturze zachodniej – do wykorzystania wiedzy i umiejętności zdobytych w trakcie kształcenia w stosunku do każdego potrzebującego, niezależnie od jego pochodzenia, narodowości czy też wiary, ponieważ nikt w społeczeństwie poza lekarzem nie posiada takich zdolności²⁰⁶. Nakaz ten nie wygasa, nawet wtedy, gdy medyk „nie jest zdolny przywrócić swojemu pacjentowi utraconego zdrowia”²⁰⁷. Wynika to z zastosowania wcześniej wspomianej metody, dzięki której judaizm ortodoksyjny stara się zachować wierność świętym tekstom. Dlatego interpretując w kontekście działalności lekarza fragment Księgi Powtórzonego Prawa: „Jeśli brat twój nie jest blisko ciebie i jeśli go nie znasz, zaprowadzisz [wołu albo sztukę drobnego bydła] do swego domu, będą u ciebie, aż przyjdzie ich szukać twój brat, wtedy mu je oddasz”²⁰⁸, powie, że jego posługa nie jest jedynie „prostym przywróceniem zdrowia, ale przywróceniem nawet pojedynczej chwili życia. Więcej, szabat i inne prawa są zawieszane nawet wtedy, kiedy z pewnością wiadomo, że ludzka medycyna nie daje nadziei na uleczenie lub przywrócenie zdrowia. Zwyczaj obliuguje a ograniczenia są zawieszane tak długo ,jak jest możliwe, że życie może być przedłużone nawet o chwilę”²⁰⁹.

²⁰³ P. Aszyk, *Granice leczenia*, dz. cyt., s. 69.

²⁰⁴ Kpł 19, 16.

²⁰⁵ Por. D. J. Bleich, *Judaism and Healing: Halakhic Perspectives*, dz. cyt., ss. 11–12. Kpł 19, 16. Taki sposób interpretacji wynika z rozumienia przymierza jako „umowy społecznej zawartej pomiędzy Bogiem a Izraelem oraz wzajemnych praw i obowiązków samych Izraelitów”. J. H. Walton, V. H. Matthews, M. W. Chavalas, *Komentarz historyczno-kulturowy do Biblii Hebrajskiej*, W. Chrostowski (red. nauk. wyd. polskiego), tłum. Z. Kościuk, Oficyna Wydawnicza „Vocatio”, Warszawa 2005, s. 131.

²⁰⁶ Por. D. J. Bleich, *Judaism and Healing: Halakhic Perspectives*, dz. cyt., s. 14.

²⁰⁷ D. J. Bleich, *Judaism and Healing: Halakhic Perspectives*, dz. cyt., s. 23; tenże, *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., s. 69.

²⁰⁸ Pwt 22, 2.

²⁰⁹ D. J. Bleich, *Judaism and Healing: Halakhic Perspectives*, dz. cyt., s. 23. Żydowska tradycja zawieszka zakaz wykonywania pracy w dzień szabat na rzecz ochrony życia. Jej celem jest maksymalizacja w przestrzeganiu praw. Przywrócenie życia umożliwi pacjentowi przestrzeganie kolejnych szabatów i pozostałych nakazów prawa. Tamże s. 22; tenże, *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., s. 69. Życie należy ratować do samego końca, nawet w szabat. Talmud mówi, że postępowanie takie jest słuszne jeśli

Podobnie, tak jak w świecie zachodnim, ortodoksyjnego lekarza żydowskiego obowiązuje **holistyczne podejście** do chorego. „Lekarz ponosi odpowiedzialność nie tylko za fizyczne dobro pacjenta, ale równie dobrze, za jego dobro duchowe”²¹⁰. W przeciwieństwie jednak do kultury zachodniej, gdzie ciało i dusza są sobie przeciwstawiane a zadaniem lekarza jest wykazywanie ich wzajemnej zależności, **człowiek** w judaizmie jest pojmowany **jako jedność**. Oznacza to, że ciało jest zewnętrznym sposobem przedstawienia osoby otaczającej go rzeczywistości, a duch jest jej życiem wewnętrznym tożsamym z obrazem zewnętrznym. Tylko razem tworzą żywą osobę²¹¹. Oznacza to, że lekarz, który jest odpowiedzialny z Bożego nadania za całą osobę potrzebującą pomocy, nie może zatrzymać się jedynie na jej zewnętrznym przejawie i ograniczyć się jedynie do pomocy ciału. Jest także odpowiedzialny za wnętrze osoby ludzkiej, co przejawia się w **modlitwie za chorego**²¹².

Judaizm ortodoksyjny jawi się jako radykalne stanowisko, które ludzkiemu życiu nadaje najwyższą wartość. Wypływające z tego nakazy moralne i prawne nie tylko nakazują walkę o każdą, nawet najkrótszą jego chwilę, ale kategorycznie zabraniają jakiegokolwiek działania mogącego skutkować jego skróceniem. Wynika to z faktu, że ludzkie życie i ciało są przekazane człowiekowi w użytkowanie a ich jedynym prawowitym właścicielem jest sam Bóg. Dlatego też przed lekarzem, który jest posłańcem Boga, jest stawiane ogromne zadanie ochrony życia od naturalnego poczęcia do śmierci, za co odpowiada przed samym Stwórcą. W konsekwencji takiego myślenia nie można mówić o granicach uporczywej terapii – postępowanie medyczne należy zawsze kontynuować, a terminalnie chory nie może z niego zrezygnować.

2.2 Edmunda D. Pellegrino stanowisko umiarkowane

Niejako rozwinięciem przedstawionego w pierwszym rozdziale stanowiska Kościoła katolickiego w sprawie odstąpienia od uporczywej terapii są poglądy amerykańskiego lekarza **Edmunda D. Pellegrino**²¹³. Dopuszcza on możliwość „odstąpienia od interwencji

nawet uratowanie ofiary spod gruzów zwanego domu, przedłuży jej życie o kilka chwil. Tenże, *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, dz. cyt., s. 62.

²¹⁰ D. J. Bleich, *Judaism and Healing: Halakhic Perspectives*, dz. cyt., s. 16.

²¹¹ Por. E. N. Dorff, *Matters of Life and Death. A Jewish Approach to Modern Medical Ethics*, dz. cyt., s. 21.

²¹² Por. D. J. Bleich, *Judaism and Healing: Halakhic Perspectives*, dz. cyt., s. 16.

²¹³ Nota biograficzna zob. T. Biesaga, *Edmunda D. Pellegrino filozofia medycyny* [w:] *Systemy bioetyki*, T. Biesaga (red.), WN PAT, Kraków 2009, ss. 9–11. O jego systemie bioetycznym zob. T. Kraj, *Katolik wobec pluralizmu etycznego na przykładzie bioetyki*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2023, ss. 38 – 41.

medycznej w szczególnych przypadkach i jednocześnie zabrania jakichkolwiek form działań samobójczych lub zabójczych zmierzających do skrócenia życia osoby chorej”²¹⁴.

Swoje rozważania Pellegrino rozpoczyna w fenomenologicznym opisie²¹⁵ **indywidualnego spotkania terminalnie chorego pacjenta z lekarzem**. Bez tego spotkania nie można w ogóle mówić o medycynie klinicznej, gdyż jest ono jej podstawą i jednocześnie jej *locus ethicus*²¹⁶. Jest to rzeczywistość realna i egzystencjalna, „stanowiąca o tym, że ktoś staje się pacjentem, osobą potrzebującą profesjonalnej pomocy, zwracającą się do lekarza, który zgodnie ze swoim powołaniem i przygotowaniem ma tej pomocy udzielić”²¹⁷. Pomiędzy uczestnikami takiego spotkania wytwarza się charakterystyczna więź, „osobista interakcja pomiędzy kimś, kto jest chory, a kimś, kto podaje się za uzdrowiciela”²¹⁸. Wszelkie poczynania lekarza zmierzają wówczas do dobra, które staje się celem takiej indywidualnej relacji²¹⁹. Jest nim przywrócenie zdrowia osobie chorej, a w przypadku, gdy nie jest to możliwe, staje się nim uzyskanie harmonii oraz przywrócenie utraconych funkcji psychologicznych i fizjologicznych. Realizuje się to poprzez zwyczajną obecność przy chorym, opiekę, pomoc, łagodzenie bólu i cierpienia. Dzięki temu opieka paliatywna staje się także formą przywracania zdrowia osobie terminalnie chorej²²⁰.

W trakcie takiego indywidualnego spotkania pacjenta z lekarzem, ten drugi, jako specjalista w swojej dziedzinie, ma możliwość przedstawienia w trakcie swobodnej rozmowy ewentualnych sposobów leczenia z wszelkimi korzyściami i ryzykiem z niego wypływającymi. Problem pojawia się jednak w momencie, gdy u terminalnie chorego występują zaburzenia świadomości lub jest jej całkowicie pozbawiony, gdyż stan ten uniemożliwia właściwą percepcję bodźców płynących z otoczenia. Sam chory jest także wówczas pozbawiony możliwości komunikowania o jego subiektywnym poczuciu dobra, hierarchii wartości oraz konfesji²²¹. W konsekwencji terminalnie chorzy „stają się podmiotami przedłużania życia, nawracających epizodów ostrych komplikacji i nowych naddanych chorób. (...) Nowoczesna wiedza medyczna doskonali, podtrzymuje i odracza

²¹⁴ P. Aszyk, *Granice leczenia*, dz. cyt., s. 66.

²¹⁵ Por. E. D. Pellegrino, *Bioethics at Century's Turn: Can Normative Ethics Be Retrieved?*, „Journal of Medicine and Philosophy” 25(2000), nr 6, ss. 664–665.

²¹⁶ Por. E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine: A Paradigm for the Ethics of the Helping and Healing Professions*, „Journal of Medicine and Philosophy” 26(2001), nr 6, s. 563–564.

²¹⁷ T. Biesaga, *Edmunda D. Pellegrino filozofia medycyny* [w:] *Systemy bioetyki*, dz. cyt., s. 16.

²¹⁸ E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine*, dz. cyt., s. 568.

²¹⁹ Por. Arystoteles, *Etyka nikomachejska*, tłum. D. Gromska, 1094a; tenże, *Etyka eudemejska*, tłum. W. Wróblewski, 1219a. [w:] Arystoteles, *Dzieła wszystkie*, t.5, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002. Zob. T. Biesaga, *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny* [w:] tenże, *Elementy etyki lekarskiej*, dz. cyt., ss. 62–64.

²²⁰ Por. E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine*, dz. cyt., s. 568.

²²¹ Por. E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine*, dz. cyt., s. 571.

naturalny proces umierania tych pacjentów, którzy w ubiegłych latach umarliby w krótkim okresie czasu”²²². Oznacza to także, że stosowane przez Kościół Katolicki **terminy zwyczajny/niezwyczajny lub proporcjonalny/nieproporcjonalny**, których użycie miało w zamiarze pomóc ocenić korzyści i ryzyko związane z konkretną procedurą medyczną proponowaną terminalnie choremu, stają się **niewystarczające**. Zmusza to do poszukiwania nowych rozwiązań, nowych środków, które umożliwią wydanie rozsądnego sądu klinicznego²²³.

Edmund Pellegrino proponuje, by nowym terminem, który zastąpiłby dotychczas stosowane, było **pojęcie daremności**, które powszechnie oznacza **niezdolność osiągnięcia zamierzonego celu**²²⁴. Skoro indywidualne spotkanie pacjenta z lekarzem zawsze zmierza do dobra pacjenta, należałoby przez to pojęcie daremności rozumieć stan chorego, gdzie „objawy chorobowe lub sam proces choroby osiągnął punkt, w którym proponowana interwencja medyczna nie może dłużej służyć dobru pacjenta”²²⁵, czyli „życiu i zdrowiu pacjenta”²²⁶. Oznacza to zaniechanie wdrożenia rozważanej procedury medycznej lub jej wstrzymanie, jeśli jest już stosowana. W przeciwnym wypadku dojdzie do szkodliwego działania dla chorego²²⁷.

Tak rozumiana daremność staje się „**empiryczną oceną prawdopodobnego rezultatu klinicznego, korzyści i szkód**”²²⁸. Do niedawna jej kalkulacją zajmował się jedynie lekarz, ale ostanie lata przyznają coraz większe znaczenie pozostałym uczestnikom spotkania, czyli samemu pacjentowi oraz jego najbliższemu. Jest to przejawem wzrastającej autonomii chorego, co niestety naraża także kalkulację na większy błąd, gdy jest zależna od ludzkiego rozumu i jego omylności. Zmiany te wymuszają redefinicję pojęcia daremności. Nie może bowiem być już rozumiana jako dobro medyczne, ale należy ją pojmować w kategoriach określających sens życia terminalnie chorego pacjenta. Dlatego należy tutaj zaliczyć jego życiowe cele (dobro przeżywane przez pacjenta), hierarchię wartości (dobro osoby ludzkiej)

²²² E. D. Pellegrino, *Decision at the end of life: the use and abuse of the concept of futility* [w]: *The Dignity of the Dying Person. Proceeding of the Fifth Assembly of The Pontifical Academy for Life*, J. de Dios Vial Correa, E. Sgreccia (red.), Libreria Editrice Vaticana, Citta del Vaticano 2000, s. 219.

²²³Zob. E. D. Pellegrino, *Decision at the end of life* [w]: *The Dignity of the Dying Person. Proceeding of the Fifth Assembly of The Pontifical Academy for Life*, dz. cyt., ss. 219–220.

²²⁴Zob. E. D. Pellegrino, *Decision at the end of life* [w]: *The Dignity of the Dying Person. Proceeding of the Fifth Assembly of The Pontifical Academy for Life*, dz. cyt., s. 220.

²²⁵ E. D. Pellegrino, *Decision at the end of life* [w]: *The Dignity of the Dying Person. Proceeding of the Fifth Assembly of The Pontifical Academy for Life*, dz. cyt., s. 220.

²²⁶ A. Nawrocka, *Etos w zawodach medycznych*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2008, s. 24.

²²⁷Zob. E. D. Pellegrino, *Decision at the end of life* [w]: *The Dignity of the Dying Person. Proceeding of the Fifth Assembly of The Pontifical Academy for Life*, dz. cyt., s. 224.

²²⁸ E. D. Pellegrino, *Decision at the end of life* [w]: *The Dignity of the Dying Person. Proceeding of the Fifth Assembly of The Pontifical Academy for Life*, dz. cyt., s. 225.

i wiarę (dobro duchowe)²²⁹. Ponadto wzrost ilości osób, które uczestniczą w podjęciu decyzji dotyczącej dobra pacjenta skutkuje podziałem odpowiedzialności na konkretnych uczestników spotkania, co może doprowadzać do powstania konfliktów pomiędzy stanowiskiem chorego lub jego najbliższych a proponowaną przez lekarza procedurą służącą dobru pacjenta. Zapobiegać temu ma stosowanie **kryterium skuteczności, korzyści i obciążeń**, co jednocześnie czyni z daremności rozumianej w kategoriach empirycznych **moralną kalkulację**. Jej fundamentem pozostaje ocena medyczna, która nadaje wagi pozostałym kryteriom w relacji do pozostałych wymiarów dobra, a w rezultacie do całkowitego dobra chorego²³⁰.

Domeną lekarza jest **kryterium skuteczności**, któremu podlegają wszystkie procedury medyczne. Nadaje ono każdej z nich konkretną wartość w potencji poprawy stanu terminalnie chorego. Jego zastosowanie wynika z umiejętności lekarza, który dokonując każdego dnia rzetelnego badania fizykalnego, oceny skutków wcześniej podjętego leczenia, analizy wyników badań dodatkowych oraz wymiernych korzyści i ewentualnego ryzyka wdrożenia kolejnej procedury medycznej, szacuje **dobro medyczne**²³¹, do którego zmierza każde indywidualne spotkanie pacjenta z lekarzem i które jest podstawowym jego dobrem. „Dąży [ono] do powrotu funkcji fizjologicznych ciała, uśmierza ból i cierpienia dzięki lekarstwu, interwencjom chirurgicznym, psychoterapii etc.”²³², a jego podstawą jest natura sztuki lekarskiej.

Choremu oraz jego najbliższym jest przypisane **kryterium korzyści**, które wartościuje proponowaną interwencję medyczną w horyzoncie subiektywnych ocen dotyczących aktualnych celów życiowych chorego oraz jego hierarchii wartości, która w czasie choroby ulega zmianie²³³.

Wreszcie osąd obu stron spotkania, to jest pacjenta i jego lekarza, jest weryfikowany przez **kryterium obciążeń**. Lekarz, który do tej pory starał się przedstawić zalety proponowanej interwencji, winien stosując to kryterium przewidzieć jej koszty finansowe oraz przede wszystkim przedstawić w sposób jasny wszystkie skutki uboczne i niekorzystne działania wynikające z jej wdrożenia dla stanu chorego. Innymi słowy, lekarz w dalszym

²²⁹Zob. E. D. Pellegrino, *Decision at the end of life* [w]: *The Dignity of the Dying Person. Proceeding of the Fifth Assembly of The Pontifical Academy for Life*, dz. cyt., ss. 229–230.

²³⁰Zob. E. D. Pellegrino, *Decision at the end of life* [w]: *The Dignity of the Dying Person. Proceeding of the Fifth Assembly of The Pontifical Academy for Life*, dz. cyt., ss. 225–227.

²³¹Zob. E. D. Pellegrino, *Decision at the end of life*[w]: *The Dignity of the Dying Person. Proceeding of the Fifth Assembly of The Pontifical Academy for Life*, dz. cyt., s. 227.

²³² E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine*, dz. cyt., s. 569.

²³³Zob. E. D. Pellegrino, *Decision at the end of life* [w]: *The Dignity of the Dying Person. Proceeding of the Fifth Assembly of The Pontifical Academy for Life*, dz. cyt., s. 228.

ciągu stara się określić dobro medyczne pacjenta, ale - w przeciwieństwie do kryterium skuteczności – uwzględnia negatywne skutki proponowanej procedury medycznej. Pacjent natomiast ocenia, czy nie przysporzą mu one dodatkowego cierpienia i bólu²³⁴.

Zaprezentowane kryteria umożliwiają określenie **dobra pacjenta przynależnego osobom pozbawionym świadomości lub posiadającym ją w ograniczonym stopniu**, co nader często charakteryzuje chorych w stanie terminalnym. Na dobro to składają się co najmniej cztery składowe. Pierwszą jest **dobro medyczne**, którego określenie w dalszym ciągu pozostaje w kompetencjach lekarza. Chociaż jest ono podstawą każdej decyzji odnośnie postępowania z chorym, nie posiada charakteru absolutnego, ponieważ jest powiązane z pozostałymi składowymi dobra chorego, a zwłaszcza z **przeżywaniem dobra przez samego chorego**²³⁵. Składowa ta uwzględnia „osobiste preferencje pacjenta, [jego] wybory, wartości, rodzaj życia, jakim chce żyć, równowagę pomiędzy korzyściami a obciążeniami proponowanej interwencji na jaką zezwoli”²³⁶. W sytuacji ograniczenia lub całkowitego braku świadomości składowa ta jest określana z pomocą kryterium korzyści i obciążeń. Podobne postępowanie dotyczy składowej dobra chorego jakim jest określenie jego **dobra jako osoby ludzkiej**²³⁷ i jego **dobra jako istoty duchowej**²³⁸. Pierwsze wiąże przeżycie dobra przez pacjenta i jego rozumienie przez lekarza z fundamentalnymi źródłami, z których wypływa. Dzięki temu naprzeciw siebie stają dwa podmioty posiadające tę samą godność, darzące się wzajemnym szacunkiem i uznające się wzajemnie za samookreślające się istoty rozumne, których wartość nie jest wynikiem zamożności, posiadania określonej pozycji społecznej czy wykształcenia ale jest przynależna dzięki aktowi narodzin²³⁹. Jednak najważniejszą komponentą jest „dobro pacjenta jako istoty duchowej, to znaczy jako istoty, która na swojej drodze dopuszcza istnienie takiego celu życia, który przekracza wymiar materialny”²⁴⁰. Jego waga powoduje, że pacjent jest w stanie poświęcić mu wszystko, ponieważ jawi mu się ono jako najwyższe i ostateczne dobro. Wcześniejsze poziomy dobra muszą zostać podporządkowane tej najwyższej wartości, która ukazuje pacjentowi prawdziwy sens jego

²³⁴Zob. E. D. Pellegrino, *Decision at the end of life* [w]: *The Dignity of the Dying Person. Proceeding of the Fifth Assembly of The Pontifical Academy for Life*, dz. cyt., s. 228.

²³⁵Zob. E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine*, dz. cyt., s. 569.

²³⁶E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine*, dz. cyt., s. 569.

²³⁷Zob. E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine*, dz. cyt., ss. 569–570.

²³⁸Zob. E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine*, dz. cyt., ss. 570–571.

²³⁹Zob. E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine*, dz. cyt., ss. 570–572.

²⁴⁰E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine*, dz. cyt., s. 570.

życia. Dla wielu osób ta sfera ducha jest wyznawaną religią, której doktryna nadaje podjętej decyzji dotyczącej leczenia mocy ostatecznej i niepodważalnej²⁴¹.

Powyższe kryteria skuteczności, korzyści oraz obciążeń weryfikują także dostępność i stopień zaawansowania technologii niezbędnych do wdrożenia proponowanej interwencji²⁴². Natomiast związany z nią aspekt ponoszonych kosztów finansowych, a także zmiany jakości życia, muszą być rozpatrywane w zgodzie z Magisterium Kościoła²⁴³.

System etyczny stworzony przez Edmunda Pellegrino pozwala podjąć decyzję dotyczącą wdrożenia konkretnej procedury medycznej przy jednoczesnym zapewnieniu terminalnie choremu opieki, komfortu, uśmierzenia bólu i cierpienia²⁴⁴. Gdy ocena danej interwencji medycznej sprzyja dobru pacjenta lub jest równa innemu rodzajowi interwencji, to procedura **jest moralnie dopuszczalna**; jeśli natomiast jest niekorzystna, staje się **moralnie nieuzasadniona**, czyli **daremna**. Interwencja moralnie dopuszczalna jest także **środkiem zwyczajnym/proporcjonalnym**, którego nie można pozbawić osoby terminalnie chorej, gdyż przynosi on jej wymierną korzyść. Leczenie daremne jest związane z zastosowaniem **środka nadzwyczajnego/nieproporcjonalnego**, który nie pomnaża dobra chorego. Zarazem kwalifikacja określonej procedury medycznej jest niezależna od kryterium zaawansowania czy dostępności potrzebnej technologii, ponieważ już wcześniej została ona poddana kryterium leczenia daremnego²⁴⁵. „Nie ma znaczenia jak bardzo zaawansowana jest technologia, czy jest dostępna czy też nie, ponieważ *per se* nie jest wyznacznikiem, co jest środkiem zwyczajnym lub nadzwyczajnym”²⁴⁶.

Trzeba podkreślić, że w systemie etycznym stworzonym przez Edmunda Pellegrino lekarz nie jest jedynie specjalistą w swojej dziedzinie, który posiada pewien zasób wiedzy oraz konkretne umiejętności. Lekarz musi być przede wszystkim doskonały w byciu osobą ludzką²⁴⁷. Jest to swoisty cel jego aktywności – **telos**²⁴⁸ – który stara się osiągnąć każdego

²⁴¹Zob. E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine*, dz. cyt., s. 570. Zob. L. Szczepaniak, *Etyczne aspekty rezygnacji z przetaczania krwi ze względów religijnych*, „Medycyna Praktyczna”, 228(2010), nr 2, ss. 142–147; tamże, M. Żelichowski, *Brak zgody pacjenta na transfuzję krwi ze względów religijnych – aspekt prawny*, ss. 139 – 141 i 147.

²⁴²Zob. E. D. Pellegrino, *Decision at the end of life* [w]: *The Dignity of the Dying Person. Proceeding of the Fifth Assembly of The Pontifical Academy for Life*, dz. cyt., s. 228.

²⁴³Zob. E. D. Pellegrino, *Decision at the end of life* [w]: *The Dignity of the Dying Person. Proceeding of the Fifth Assembly of The Pontifical Academy for Life*, dz. cyt., ss. 231–234.

²⁴⁴Zob. E. D. Pellegrino, *Decision at the end of life* [w]: *The Dignity of the Dying Person. Proceeding of the Fifth Assembly of The Pontifical Academy for Life*, dz. cyt., s. 240.

²⁴⁵Zob. E. D. Pellegrino, *Decision at the end of life* [w]: *The Dignity of the Dying Person. Proceeding of the Fifth Assembly of The Pontifical Academy for Life*, dz. cyt., ss. 228–229.

²⁴⁶E. D. Pellegrino, *Decision at the end of life* [w]: *The Dignity of the Dying Person. Proceeding of the Fifth Assembly of The Pontifical Academy for Life*, dz. cyt. s. 228.

²⁴⁷Zob. E. D. Pellegrino, *Professionalism, Profession and the Virtues of the Good Physician*, „Mount Sinai Journal of Medicine”, 69(2002), nr 6, s. 378.

dnia, gdyż ma świadomość, że jego osiągnięcie uczyni go naprawdę szczęśliwym, bo wówczas osiągnie zamierzone dobro. Jego aktywność jest implikacją ludzkiej natury, gdyż każdy akt ludzki jest podejmowany ze względu na spodziewane dobro²⁴⁹. „Cel bowiem jest tym, ze względu na co wszyscy wszystko inne czynią. Jeśli więc istnieje jeden cel wspólny dla wszystkich możliwych czynności, to on chyba jest owym [najwyższym] dobrem, osiągalnym przez działanie. (...) Najwyższe jednak dobro zdaje się być czymś ostatecznym. (...) Temu określeniu odpowiada – wedle powszechnego mniemania – najbardziej szczęście; do szczęścia bowiem dążymy zawsze dla niego samego, a nigdy dla czegoś innego”²⁵⁰.

Fundamentem etyki amerykańskiego filozofa jest **antropologia chrześcijańska**. Zakłada ona, że ostatecznym celem i zarazem szczęściem, do którego zmierza każdy człowiek, jest spotkanie z Bogiem – Stwórcą w wieczności, bycie z Nim w jedynej i niepowtarzalnej relacji. Jest to realna rzeczywistość, ponieważ człowiek jest stworzony na obraz i podobieństwo Boga, co oznacza, że jego egzystencja nie ogranicza się jedynie do wymiaru materialnego, bo posiada także sferę ducha, której życie przekracza obserwowaną na co dzień rzeczywistość²⁵¹. Dzięki temu, że składową osoby ludzkiej jest duchowe wnętrze, posiada ona zdolność dążenia do największego dobra, a nawet jest dzięki niej zdeterminowana, by go osiągnąć²⁵². Bóg w tym dążeniu nie pozostawił człowieka samego sobie, ponieważ zesłał na świat swojego Syna, który przyjął ludzkie ciało, dzięki czemu, tak jak każdy człowiek, mógł bezpośrednio doświadczyć bólu i cierpienia. Jednocześnie dał przykład swoim życiem, że te negatywne odczucia obecne w egzystencji ludzi chorych i bezbronnych, razem ze śmiercią, otrzymują sens w Bożym porządku. Każdy patrząc na Wcielone Słowo może ujrzeć w Nim przykład właściwego postępowania w chwili bólu i cierpienia, a przede wszystkim wytrwania w nich do samego końca. Jednocześnie może w Nim dostrzec uzdrowiciela, który stara się pomóc choremu człowiekowi, co czyni Go wzorem postępowania względem potrzebujących, także dla lekarza²⁵³.

²⁴⁸ Zob. P. Gondek, *Cel* [w:] *Powszechna encyklopedia filozoficzna*, t. 3, A. Maryniarczyk (red.), Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu, Lublin 2001, s. 68-69.. Także tenże *celowość - Celowość w filozofii* [w:] *Powszechna encyklopedia filozoficzna*, dz. cyt., ss. 70-75.

²⁴⁹Zob. E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The Christian Virtues in Medical Practice*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1996, s. 8. Por. Arystoteles, *Etyka nikomachejska*, dz. cyt., 1097a–1098b; tenże, *Metafizyka*, tłum. T. Żeleźnik, oprac. M. A. Krąpiec, A. Maryniarczyk, Wydawnictwo KUL, Lublin 1996, 1032a 10–1034a 10.

²⁵⁰ Arystoteles, *Etyka nikomachejska*, dz. cyt., 1097a–b.

²⁵¹ Por. Tomasz z Akwinu, *Suma teologiczna*, I, q. 93.

²⁵² Por. E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The Christian Virtues in Medical Practice*, dz. cyt., s. 21.

²⁵³ Por. E. D. Pellegrino, *Decision at the end of life* [w:] *The Dignity of the Dying Person. Proceeding of the Fifth Assembly of The Pontifical Academy for Life*, dz. cyt s. 222.

Dzięki kategoriom antropologii chrześcijańskiej, którymi posłużył się Edmund Pellegrino w fenomenologicznym opisie indywidualnego spotkania pacjenta z lekarzem, sztuce medycznej zostały przywrócone znamiona moralności. Natomiast dzięki temu, że moralność ta wyrasta ze swoistego celu, telosu relacji pacjent – lekarz, a nie jest określona przez zewnętrzne względem niej nakazy i zakazy, staje się **moralnością wewnętrzną**²⁵⁴. Podkreśla to godność osoby ludzkiej oraz dobro pochodzące z działań medycznych²⁵⁵.

Przedstawione założenia etyczne stawiają przed lekarzem wysokie wymagania nie tylko w obszarze wiedzy i zdobytych umiejętności, ale przede wszystkim wymagania w byciu doskonałą istotą ludzką. To dzięki swojej osobowości i charakterowi lekarz przyjmuje pewną hierarchię priorytetów, co przejawia się w mniej lub bardziej doskonałej realizacji jego powinności, obowiązków, reguł, opinii czy interpretacji²⁵⁶. By lekarz osiągnął wystarczająco wysoki poziom życia moralnego, nie wystarczy by posługiwał się jedynie zasadami etycznymi. Może to osiągnąć, gdy w swoim działaniu będzie kierował się określonymi **cnotami**²⁵⁷. Pod tym pojęciem trzeba rozumieć „trwałą dyspozycję, dzięki której człowiek staje się dobry, i dzięki której spełniać będzie należycie właściwe sobie funkcje”²⁵⁸. Do najważniejszych należą zaufanie, życzliwość, uczciwość intelektualna, odwaga, współczucie, prawdomówność, trzymanie w ryzach odnoszonych korzyści, roztropność. Ich źródłem jest spotkanie pacjenta z lekarzem. Jednocześnie są one niezbędne, jeśli relacja pacjent – lekarz ma osiągnąć swój cel czyli dobro chorego²⁵⁹.

Niewątpliwym sukcesem systemu etycznego tworzonego przed Edmunda Pellegrino jest przede wszystkim podkreślenie relacyjnego charakteru spotkania chorego z lekarzem. Dzisiejszy świat, który w coraz większym wymiarze podlega technicyzacji, zapomina, że relacja pacjent – lekarz to spotkanie dwóch osób, z których jedna oczekuje pomocy, a druga stara się jej udzielić. Obie zmiierają do dobra, które jest swoistym celem tego spotkania. Towarzyszące temu procedury medyczne nie są priorytetem a jedynie narzędziem, dzięki któremu dobro staje się osiągalne.

²⁵⁴ Por. E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine*, dz. cyt., ss. 563–565.

²⁵⁵ Por. E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The Christian Virtues in Medical Practice*, dz. cyt., ss. 31–32.

²⁵⁶ Por. E. D. Pellegrino, *Professionalism, Profession and the Virtues of the Good Physician*, dz. cyt., s. 378.

²⁵⁷ Zob. Z. Pańpuch, *Cnoty i wady* [w]: *Powszechna encyklopedia filozoficzna*, dz. cyt., ss. 216 – 217. Także: tenże, *Aretologia* [w]: *Powszechna encyklopedia filozoficzna*, dz. cyt., s. 325–329.

²⁵⁸ Arystoteles, *Etyka nikomachejska*, dz. cyt., 1106a.

²⁵⁹ Por. E. D. Pellegrino, *Professionalism, Profession and the Virtues of the Good Physician*, dz. cyt., s. 378. Tenże *The Internal Morality of Clinical Medicine*, dz. cyt., s. 576; także E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The Christian Virtues in Medical Practice*, dz. cyt., ss. 17-22.

Kolejnym sukcesem amerykańskiego etyka jest porzucenie terminów zwyczajny/niezwyčajny oraz proporcjonalny/nieproporcjonalny, których stosowanie w praktyce medycznej zawsze wiązało się z ogromnymi trudnościami. By tego uniknąć, a także by określić, które procedury – narzędzia służą osiągnięciu dobra pacjenta – stosować lub odrzucić, wprowadza termin leczenia daremnego. Jednocześnie, by uniknąć kolejnych trudności jakimi są zaburzenia świadomości osób terminalnie chorych, definiuje on dodatkowe kryteria takie jak skuteczność, korzyści i obciążenia, co jego sukces czyni jeszcze większym.

2.3 Petera Singera stanowisko permissywne

Wynikiem analizy decyzji podejmowanych na oddziałach intensywnej terapii jest rewolucyjna próba stworzenia nowego systemu etycznego przez australijskiego filozofa **Petera Singera**²⁶⁰. Jako przykład podaje chorych, których zgon orzeczono po stwierdzeniu śmierci mózgowej. Zauważa, że za zmarłych uznano ich po przeprowadzeniu przepisanych prawem czynności, w rezultacie których stwierdzono śmierć pnia mózgu, ale jednocześnie dostrzega, że część personelu medycznego uważa za słuszne wcześniejsze uznanie ich za zmarłych ze względu na niską jakość życia lub rozpoczęcie nieodwracalnego procesu umierania. Zauważa także sprzeczności w wytycznych niektórych towarzystw medycznych, zezwalających wobec niektórych chorych na odstępianie od pewnych procedur medycznych, które w sztuczny sposób mogłyby przedłużać życie, ale jednocześnie podkreślają one, że działanie to nie może mieć w zamiarze spowodowania śmierci²⁶¹. Singer twierdzi, że przyczyną takich sprzeczności i braku przejrzystości przy podejmowaniu decyzji, co doprowadza do podziałów w społeczeństwie, jest zmiana w postawie człowieka wobec **zasady świętości życia**. Upadek tej naczelnej tezy etyki tradycyjnej powoduje, że staje się ona farsą a próby jej zastosowania do określonych sytuacji powodują ludzką tragedię²⁶². Liczni bioetycy podejmują walkę w obronie dotychczasowego systemu poprzez spotkania na licznych sympozjach i dyskusjach, w czasie których starają się nadać hierarchię istniejącym

²⁶⁰ Nota biograficzna zob. B. Wójcik, *Bioetyka praktyczna Petera Singera* [w]: *Systemy bioetyki*, T. Biesaga (red.), dz. cyt., ss. 72–75; także A. Bohdanowicz, *Peter Singer i jego Etyka praktyczna. Szansa czy zagrożenie* [w]: *Ad libertatem in veritate. Księga pamiątkowa dedykowana księdzu profesorowi Alojzemu Marcolowi w 65. rocznicę urodzin i 35-lecie pracy naukowej*, P. Morciniec (red.), Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1996, ss. 358–359.

²⁶¹ Zob. P. Singer, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1997, s. 11; tenże, *Philosophers are Back on the Job* [w:] P. Singer, *Unsanctifying Human Life. Essay on Ethics*, H. Kuhse (red.), Blackwell, Oxford 2002, ss. 62–63.

²⁶²Zob. P. Singer, *O życiu i śmierci.*, dz. cyt., s. 11.

zasadom lub próbują sformułować nowe, coraz bardziej szczegółowe zasady, które nie będą pozostawały ze sobą w sprzeczności²⁶³. Tymczasem w etyce „nadszedł czas na nową rewolucję kopernikańską. I tym razem będzie to rewolucja przeciwko ideom otrzymanym w spadku po epoce, w której świat myśli określała perspektywa religijna. (...) Początkowo borykać się będzie ze swymi własnymi problemami, będzie musiała ostrożnie poruszać się po nieznanym gruncie. Lecz przemiany w końcu nadejdą”²⁶⁴. I dlatego australijski filozof podejmuje trud stworzenia nowego systemu etycznego ze swoimi zasadami, które będą miały zastosowanie także wobec pacjentów terminalnie chorych.

Swoją rewolucję kopernikańską Singer rozpoczął najprawdopodobniej w młodości, gdy odrzucił Boga i zanegował chrześcijaństwo. Do tego momentu etyka była dla niego statycznym i niezmiennym zbiorem zasad i norm postępowania. Było to konsekwencją powiązania jej z Absolutem, który z definicji był nieruchomy i niezmienny. Ściśle związany z nim system etyczny także nie mógł ulegać ewolucji, co powodowało, że w wielu sytuacjach nie przystawał do szybko zmieniających się warunków współczesnego świata²⁶⁵. Przejawem tego było tworzenie kolejnych list określających, które procedury medyczne należy uznać za środki zwyczajne a które za nadzwyczajne. Tymczasem proces chorobowy, także w okresie terminalnym, jest stanem dynamicznym i złożonym, przez co niemożliwa jest aplikacja prostych reguł deontologicznych, ponieważ często pozostają one ze sobą w konflikcie, co może powodować realne zagrożenie do chorego człowieka²⁶⁶. Dlatego też to nie lekarz powinien być tym, który decyduje o zastosowaniu konkretnej procedury medycznej. Lekarz winien być jedynie wykonawcą decyzji podjętej w porozumieniu z pacjentem, albo przez samego pacjenta, albo nawet w pewnych przypadkach bez wiedzy chorego. Skutkiem takiego rozumowania jest **prawo do eutanazji**, o której może zadecydować każda ze stron dyskursu.

Najdoskonalszą emanacją autonomii człowieka jest według Singera **wybór momentu śmierci**. Najlepiej, by został on dokonany, gdy człowiek jest w pełni świadomy i zdolny do używania rozumu, a więc w momencie, gdy cieszy się pełnią zdrowia a żadne farmaceutyki nie ograniczają jego racjonalnego myślenia²⁶⁷. W takim stanie zainteresowana osoba winna wydać dyspozycję swemu lekarzowi oraz najbliższemu na wypadek choroby, a zwłaszcza jej okresu terminalnego. Odpowiednio wcześniej powinna wyrazić „pisemną prośbę o eutanazję, w razie gdyby z powodu wypadku czy choroby stała się niezdolna do wyrażenia decyzji

²⁶³ Zob. P. Singer, *Etyka praktyczna*, tłum. A. Sagan, Książka i Wiedza, Warszawa 2003, s. 18.

²⁶⁴ P. Singer, *O życiu i śmierci*, dz. cyt., s. 207.

²⁶⁵ Zob. H. Kuhse, *Introduction. The Practical Ethics of Peter Singer* [w:] P. Singer, *Unsanctifying Human Life*, dz. cyt., s. 9; P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., ss. 18–19.

²⁶⁶ Zob. P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., s. 18.

²⁶⁷ Zob. P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., s. 103.

o śmierci, cierpiała z bólu czy była nie w pełni władz umysłowych, i nie byłoby uzasadnionych nadziei na wyzdrowienie; (...) [i] potwierdziła ją kilkakrotnie”²⁶⁸. Powinnością lekarza jest natomiast jej realizacja, gdy zaistnieją odpowiednie okoliczności²⁶⁹.

Przedstawiona sytuacja opisuje **eutanazję dobrowolną**, której uzasadnieniem jest pragnienie śmierci osoby się jej poddającej, a tym samym rezygnującej z prawa do życia przynależnego istocie świadomej. Jedynym warunkiem jej zaistnienia jest pełna autonomia osoby decydującej się na nią, co jest jednoznaczne z brakiem stosowania leków ograniczających świadomość oraz nacisków innych osób²⁷⁰.

Prawa do eutanazji nie zostają pozbawieni chorzy, którzy z różnych przyczyn nie zdążyli odpowiednio wcześniej z niego skorzystać wydając odpowiednie dyspozycje, a ich aktualny stan lub stosowane leki upośledzają świadomość, w wyniku czego nie mogą samodzielnie podjąć decyzji. I choć „zabicie osoby, która nie wybiera śmierci, nie jest respektowaniem autonomii osoby i jako że wybór życia lub śmierci jest chyba najbardziej fundamentalnym wyborem, jakiego można dokonać, wyborem, od którego zależą wszystkie inne, zabicie osoby, która nie wybiera śmierci, jest najpoważniejszym z możliwych naruszeniem autonomii osoby”²⁷¹, to według Singera także względem niej można dokonać aktu eutanazji, którą określa **eutanazją adobrowolną**. Argumentem, który ma przemawiać za jej zastosowaniem, jest **utrata wewnętrznej wartości życia**. Dochodzi do niej, gdy człowiek traci samoświadomość, a tym samym możliwość przeżycia doświadczenia aktualnej chwili oraz przyszłości. W takiej sytuacji trudno mówić o jakichkolwiek preferencjach człowieka, w tym o akceptacji lub sprzeciwie wobec eutanazji. Argument ten staje się tym mocniejszy, im taki chory doświadcza więcej bólu niż przyjemności. Jego życie w sensie biograficznym uległo zakończeniu, a aktualny stan można określić jedynie jako życie w sensie biologicznym, którego utrzymanie nie ma sensu²⁷².

Eutanazji adobrowolnej powinni zostać poddani terminalnie lub nieuleczalnie chorzy, niemowlęta o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz ci, którzy z racji starszego wieku lub urazów powstałych w wyniku wypadków nie są w stanie dokonać wyboru między życiem a śmiercią²⁷³.

²⁶⁸ P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., s. 173.

²⁶⁹ Zob. P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., ss. 170–173.

²⁷⁰ Zob. P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., 187–188.

²⁷¹ P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., s. 103.

²⁷² Zob. P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., ss. 184–185.

²⁷³ Zob. P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., s. 174. Zob. tenże, *Is the Sanctity of Life Ethic Terminally Ill?* [w:] P. Singer, *Unsanctifying Human Life*, dz. cyt., ss. 246–261.

Każdy człowiek decyzję o eutanazji podejmuje **na płaszczyźnie intuicji**, to znaczy w określonych warunkach stara się zaaplikować konkretne zasady, by eutanazja mogła zostać zrealizowana. Płaszczyzna ta czyni godziwą eutanazję jedynie w dwóch przedstawionych przypadkach, to jest „jeśli zabijam: 1) albo brakuje zdolności do wyrażenia zgody na śmierć, ponieważ brakuje im zdolności do zrozumienia wyboru między kontynuacją ich własnej egzystencji a nieegzystencją; 2) albo mają zdolność wyboru między kontynuacją własnego życia lub śmierci i na podstawie dostępnej wiedzy podejmują dobrowolną i nieodwołalną decyzję, by umrzeć”²⁷⁴.

Obok intuicji istnieje także **płaszczyzna rozumowa**, którą zainteresowani są filozofowie. Rozważają hipotetyczne sytuacje, w których pacjent przed zaistnieniem stanu terminalnego rezygnuje z eutanazji z powodu problemów z poznaniem wszystkich skutków konkretnego postępowania medycznego lub towarzyszących okoliczności²⁷⁵. Hipotetycznie lekarz mógłby wówczas zdecydować o **eutanazji niedobrowolnej**, która miałaby miejsce „jeśli zabijana osoba jest zdolna do tego, by zgodzić się na własną śmierć, ale nie robi tego, bo albo nie została o to zapytana, albo została zapytana i wyraziła chęć kontynuowania życia. (...) Zabicie [wówczas] kogoś, kto nie zgodził się być zabity, może być właściwie uważane za eutanazję tylko wtedy, gdy motywem zabicia jest zaoszczędzenie nieznośnych cierpień tej osobie. Oczywiście jest dziwne, że ktoś kierujący się takim motywem mógłby nie wziąć pod uwagę życzenia osoby, na której rzecz jest ona dokonywana”²⁷⁶. Byłaby to jednak sytuacja niezwykle rzadka i w rzeczywistości nie może mieć ona miejsca.

Powierzenie choremu decyzji o wyborze momentu śmierci skutkuje **zanikiem granicy pomiędzy opieką paliatywną a uporczywą terapią**²⁷⁷. „Zamiast koncentrować się, czy intencją lekarza jest skrócenie życia pacjenta i czy skraca je usuwając sondę odżywiającą, czy podając letalną iniekcję, nowe przykazanie nakazuje lekarzom zadanie sobie pytania, czy decyzja, która według ich przewidywań skróci życie pacjenta, jest – biorąc pod uwagę wszystkie okoliczności – słuszna”²⁷⁸. Innymi słowy w systemie etycznym Singera nie istnieje istotna różnica pomiędzy rezygnacją z pewnych interwencji lekarskich z powodu nieuchronnie zbliżającej się śmierci a jej przyspieszeniem w wyniku zaordynowania śmiertelnej substancji skutkującej natychmiastowym zgonem. Zarówno zaniechanie jak

²⁷⁴ P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., s. 193.

²⁷⁵ Zob. P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., ss. 192–193.

²⁷⁶ P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., s. 173.

²⁷⁷ Zob. P. Singer, *O życiu i śmierci*, dz. cyt., ss. 211–213.

²⁷⁸ P. Singer, *O życiu i śmierci*, dz. cyt., s. 213.

i pozytywne działanie mają ten sam skutek²⁷⁹. Istotna różnica w ich wartości pojawi się dopiero wtedy, gdy jedna z nich okaże się łatwiejsza w realizacji i dlatego właśnie ją należy wówczas konsekwentnie promować²⁸⁰. „Właściwą reakcją [na wartości] jest ich propagowanie. Działający winien je respektować tylko o tyle, o ile przyczynia się do ich promowania. (...) Właściwy stosunek do uznawanych wartości polega na wcielaniu ich w życie: w każdym wyborze należy zdecydować się na tę opcję, która daje największe szanse ich realizacji”²⁸¹.

„Refleksja (...) prowadzi nas do wniosku, że nie ma wewnętrznej moralnej różnicy pomiędzy zabiciem i dopuszczeniem do śmierci. To znaczy, że nie ma różnicy, która zależy wyłącznie od rozróżnienia pomiędzy czynem a zaniechaniem. (...) Dopuszczenie do śmierci, niekiedy nazywane **eutanazją bierną** – jest już zaakceptowane jako humanitarne i właściwe postępowanie w pewnych przypadkach. Jeśli nie ma wewnętrznej różnicy między zabijaniem a dopuszczeniem do śmierci, **eutanazja czynna** powinna być także zaakceptowana jako humanitarna i właściwa w pewnych okolicznościach”²⁸².

Brak granicy pomiędzy opieką paliatywną a uporczywą terapią skutkuje zanikiem znaczenia intencji w moralnej ocenie czynu ludzkiego. Konsekwencją tego jest eliminacja w ocenie moralnej **zasady podwójnego skutku**, a tym samym rozróżnienia pomiędzy skutkiem zamierzonym i ubocznym. Lekarz ponosi konsekwencje zarówno za oba, gdyż proponując konkretne działanie lub jego zaniechanie wywołuje zaistnienie zarówno skutku zamierzonego jak i ubocznego. Kierowanie się w kierunku tylko jednego z nich zgodnie z intencją jest nienaturalne²⁸³.

Podobnie zanik „trudno uchwytnej granicy między przerwaniem czyjegoś życia przez zaprzestanie postępowanie lekarskiego i przerwaniem go przez podanie letalnej iniekcji”²⁸⁴ wyeliminuje termin **środków zwyczajnych i nadzwyczajnych**, a w konsekwencji nakaz ordynowania tych pierwszych wobec terminalnie chorych²⁸⁵. Uprości to pracę lekarzy, którzy

²⁷⁹ Zob. P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., ss. 197–198.

²⁸⁰ Zob. P. Pettit, *Konsekwencjalizm*, tłum. P. Łuków [w:] *Przewodnik po etyce*, P. Singer (red.), Książka i Wiedza, Warszawa 1998, ss. 273 i 275; zob. także S. Blackburn, *Konsekwencjalizm*, tłum. P. Dziliński [w:] S. Blackburn, *Oksfordzki słownik filozoficzny*, J. Woleński (red. pol.), dz. cyt., ss. 195–196.

²⁸¹ P. Pettit, *Konsekwencjalizm*, tłum. P. Łuków [w:] *Przewodnik po etyce*, P. Singer (red.), dz. cyt., s. 273. „Słuszność moralna czynu jest tym większa, im większy jest wzrost szczęścia ogółu w porównaniu z wielkością wzrostu, który zostałby osiągnięty, gdyby podjęto inne działania; czyn jest tym bardziej naganny, im mniejszy jest wzrost tego szczęścia w tym samym porównaniu”. S. Blackburn, *Utylitaryzm czynów*, tłum. P. Dziliński [w:] S. Blackburn, *Oksfordzki słownik filozoficzny*, J. Woleński (red. pol.), dz. cyt., s. 419. Zob. P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., ss. 19 i 97–99.

²⁸² P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., s. 200.

²⁸³ Zob. P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., ss. 200–201

²⁸⁴ P. Singer, *O życiu i śmierci*, dz. cyt., s. 212.

²⁸⁵ Zob. P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., ss. 201 – 202.

„mają różne wyobrażenia odnośnie tego, co można uznać za środki «zwyczajne», a co «nadzwyczajne»; (...) okazuje się, że to, co jest «zwyczajne» w jednej sytuacji, może być «nadzwyczajne» w innej”²⁸⁶.

Tym samym „nie jest (...) możliwe odwołanie się ani do doktryny podwójnego skutku, ani do rozróżnienia między środkami zwyczajnymi i nadzwyczajnymi po to, aby pokazać, że dopuszczenie do tego, by pacjent zmarł, jest moralnie różne od aktywnego przyczynienia się do jego zgonu. W rzeczywistości z racji zewnętrznych różnic – zwłaszcza różnic w czasie, jaki upłynie, zanim nastąpi śmierć – **eutanazja czynna** może być jedynym humanitarnym i moralnie właściwym działaniem”²⁸⁷, które skraca czas cierpienia pacjenta. Jednocześnie aktywność lekarska przestanie być odbierana jako pewnego rodzaju selekcja chorych, która ma opóźnić śmierć. Lekarz powinien przeprowadzić chorego przez nią w sposób szybki i bezbolesny, bo w stanie terminalnym jest nieuchronna²⁸⁸.

Za przedstawionym systemem etycznym kryje się **specyficzna antropologia**, której założenia wynikają z obserwacji społeczeństwa dokonanej przez Petera Singera. Zauważa, że społeczeństwo ma ogromne trudności w stosowaniu podstawowej zasady dotychczasowej etyki, która zobowiązywała traktować „wszelkie ludzkie życie jako mające taką samą wartość”²⁸⁹. Twierdzi, że początkowo prawo to zabraniało zabójstwa członka tego samego plemienia, ale z biegiem lat, dzięki rozwijającemu się chrześcijaństwu, nabrało szerszego znaczenia i aktualnie bierze w obronę życie człowieka od poczęcia aż do naturalnej śmierci niezależnie od rasy, wyznania, pochodzenia czy statusu ekonomicznego. Wyjątek stanowi tylko samoobrona, wojna i kara śmierci, co jest potwierdzone nawet prawem stanowionym przez państwo²⁹⁰. Tymczasem w obrębie społeczeństwa należy wyróżnić grupę charakteryzującą się niską jakością życia, do której można zaliczyć wszystkie noworodki²⁹¹, osoby w przetrwałym stanie wegetatywnym oraz chorych w stanie terminalnym²⁹². Według Singera trudno mówić, że ich życie ma taką samą wartość jak pozostałych i dlatego społeczeństwo winno zastanowić się, „co rozumiemy przez terminy takie jak «życie ludzkie» czy «istota ludzka», [gdyż] zajmują one centralne miejsce w dyskusjach”²⁹³ o postępowaniu medycznym.

²⁸⁶ P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., ss. 201–202; por. tenże, *O życiu i śmierci*, dz. cyt., ss. 81–85.

²⁸⁷ P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., s. 202.

²⁸⁸ Por. P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., ss. 203–204.

²⁸⁹ P. Singer, *O życiu i śmierci*, dz. cyt., s. 208.

²⁹⁰ Zob. P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., s. 90.

²⁹¹ Zob. P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., ss. 175–184.

²⁹² Zob. P. Singer, *O życiu i śmierci*, dz. cyt., ss. 68–76.

²⁹³ P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., s. 91.

Odpowiedzi na **pytanie o istotę człowieczeństwa** można według Singera udzielić na dwóch płaszczyznach. Pierwsza to współczesna **biologia i genetyka**, które każdego przedstawiciela gatunku *homo sapiens* określają mianem istoty ludzkiej, ponieważ wszystkie komórki ich ciała zawierają identyczną ilość jednakowych chromosomów. Na tę odpowiedź należy jednak nałożyć **płaszczyznę psychologiczną**, która pozwoli nazwać kogoś osobą tylko wtedy, gdy będzie posiadała konkretne cechy. Singer zapożycza je od protestanckiego teologa **Josepha Fletchera**²⁹⁴ i nazywa **wyznacznikami człowieczeństwa**. Wymienia wśród nich: samoświadomość, samokontrolę, poczucie przyszłości, zdolność odniesienia się do innych, troskę o innych, komunikację i ciekawość. Ponieważ nie charakteryzują one noworodków, osób w przetrwałym stanie wegetatywnym oraz chorych w stanie terminalnym, nie mogą one według Singera być istotami ludzkimi w pełnym tego słowa znaczeniu. Będzie ich określał mianem **przedstawiciela gatunku *homo sapiens***, ponieważ są istotami ludzkimi jedynie na płaszczyźnie biologii i genetyki. Natomiast pozostali członkowie społeczeństwa to prawdziwe istoty ludzkie, ponieważ spełniają kryterium biologii oraz posiadają wyznaczniki społeczeństwa – te istoty będzie określał mianem **osoby**²⁹⁵.

Konsekwencją tego współczesne społeczeństwo złożone jest z dwóch grup. Większość jego członków jako „istoty myślące i inteligentne, obdarzone rozumem i zdolnością do refleksji, istoty, która mogą ujmować siebie myślą jako samą siebie, to znaczy: jako tę samą w różnych okresach i miejscach myślącą rzeczą”²⁹⁶ stanowią osoby. Mniejszość stanowią niemowlęta, chorzy w stanie terminalnie i w przetrwałym stanie wegetatywnym, którzy są jedynie przedstawicielami gatunku *homo sapiens*. Przynależność do konkretnej grupy może jednak ulec zmianie. Dzieje się tak w trakcie wzrostu noworodka, który w pewnym okresie życia staje się samoświadomy i tym samym z przedstawiciela gatunku *homo sapiens* staje się osobą. Utrata **samoświadomości** w okresie terminalnym choroby lub w momencie zaistnienia przetrwałego stanu wegetatywny spowoduje odwrotną zmianę. Innymi kryteriami, które mogą zmienić przynależność do grup społecznych jest nawiązywanie kontaktów, wola życia i radowanie przeżywanymi chwilami. Pozostałe o mniejszym znaczeniu to odczucia krewnych i innych członków społeczności. Nie można więc absolutyzować okoliczności²⁹⁷, gdyż to ich zmiana powoduje, że pacjent terminalnie chory przestaje być osobą a staje się jedynie

²⁹⁴ Zob. G. Hołub, *Teolodzy chrześcijańscy u początków współczesnej bioetyki* [w:] *Podstawy i zastosowania bioetyki*, T. Biesaga (red.), Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2001, ss. 29–32.

²⁹⁵ Zob. P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., ss. 91–92. Singer podaje wyznaczniki człowieczeństwa za J. Fletcher – zob. J. Fletcher, *Indicators of Humanhood: A Tentative Profile of Man*, „Hastings Centers Report”, t.2, nr 5(1972), ss. 1-4.

²⁹⁶ J. Locke, *Rozważania dotyczące rozumu ludzkiego*, PWN, Warszawa 1955, s. 471.

²⁹⁷ Zob. P. Singer, *O życiu i śmierci*, dz. cyt., ss. 208–211.

przedstawicielem gatunku *homo sapiens*, o którym trudno mówić, że posiada jakiegokolwiek pragnienia czy preferencje, gdyż traci on jakiegokolwiek pojęcie o ciągłości swego istnienia, choć wcześniej je posiadał. Skoro ludzkim pragnieniom odpowiadają w rzeczywistości konkretne prawa, to utrata tych pierwszych implikuje brak drugich, w tym prawa do życia²⁹⁸. Dlatego też zasadna jest możliwość decydowania o uśmiercaniu pacjenta w stanie terminalnym, który dla Singera przestaje być osobą, a staje się jedynie przedstawicielem gatunku *homo sapiens*²⁹⁹.

W tekstach Singera brak konkretnych wskazówek odnoszących się do postawy lekarza. Tak jak pozostali ludzie jest zobowiązany do **życia zgodnie z określonymi standardami etycznymi**, co według etyka oznacza umiejętność logicznego uzasadniania stylu życia³⁰⁰ „przez podanie powodu, usprawiedliwienia. Tak więc ludzie mogą robić różne rzeczy, które uważamy za złe, ale mimo to nadal żyć zgodnie ze standardami etycznymi, jeśli są w stanie bronić i usprawiedliwić to, co robią. Możemy stwierdzić, że usprawiedliwienie jest nieadekwatne, i powiedzieć, że czyny są złe, ale próba usprawiedliwienia, bez względu na to, czy pomyślna, czy nie, jest wystarczająca, by wnieść zachowanie osoby w poczet zagadnień etycznych, w opozycji do nieetycznych. Kiedy zaś, z drugiej strony, ludzie nie są w stanie przedstawić żadnego usprawiedliwienia dla tego, co robią, możemy odrzucić ich mniemanie, że żyją zgodnie ze standardami etycznymi, nawet jeśli to, co robią, jest zgodne z konwencjonalnymi zasadami moralnymi”³⁰¹.

W centrum nowej etyki Singera stoi człowiek obdarzony niczym nieograniczoną wolnością. Jest autonomiczny w swoich decyzjach a największym przejawem tej autonomii jest prawo do decydowaniu o chwili swojej śmierci. Z prawa do eutanazji może skorzystać pod warunkiem, że potrafi uzasadnić swoją decyzję – głównym argumentem przemawiającym za nią jest jakość życia. W momencie gdy życie przestaje być warte życia, jak dzieje się w stanie terminalnym, eutanazja staje się jedynym zasadnym wyborem. Niestety osoba ludzka z tak ogromnymi prerogatywami może się czuć zagrożona, gdyż nie ma żadnego nadrzędnego podmiotu (Absolutu), który byłby gwarantem nienaruszalności jej praw. Może do tego dojść w momencie ograniczenia świadomości osoby – staje się wówczas jedynie przedstawicielem

²⁹⁸ Zob. P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., ss. 100–103.

²⁹⁹ Zob. P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., ss. 189–201.

³⁰⁰ Zob. P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt. ss. 23–25; tenże, *The Triviality of the Debate over "Is – ought" and the Definition of "Moral"* [w:] P. Singer, *Unsanctifying Human Life*, H. Kuhse (red.), dz.cyt., ss. 18–19.

³⁰¹ P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt., s. 25. Zob. także A. Alichniewicz, A. Szczęśna, *Posłowie* [w:] P. Singer, *O życiu i śmierci*, dz. cyt., ss. 267–269.

gatunku *homo sapiens*, który może być pozbawiony życia wbrew swojej woli, gdy przedstawiciele społeczeństwa zadecydują o eutanazji adobrowolnej lub niedobrowolnej³⁰².

2.4 Która etyka?

Niezależnie od tego, czy dramat uporczywej terapii rozgrywa się w rozważaniach filozofów czy w szpitalnych salach, to zawsze w jego centrum znajduje się oczekujący pomocy chory człowiek. To właśnie jego dotyczą decyzje o odstąpieniu od uporczywej terapii, którą lekarz podejmuje samodzielnie lub w porozumieniu z samym pacjentem albo jego najbliższymi. Za tą decyzją stoi jednak zawsze konkretna antropologia, która swoimi założeniami pomaga dokonać właściwego wyboru.

Założenia antropologiczne, które leżą u podstawy etyki Edmunda D. Pellegrino, są tożsamymi z filozofią człowieka zawartą w nauczaniu Kościoła. Pellegrino stawia naprzeciw siebie dwa autonomiczne podmioty, z których każdy jest zdolny do podjęcia stosownej decyzji o zaprzestaniu uporczywej terapii. Każdy z nich czyni to w określonym przedziale: lekarz w obszarze dobra medycznego, a pacjent w obszarze dobra przeżywanego przez niego samego. W przeciwieństwie do propozycji nowej etyki Singera, postrzega on jednak człowieka jako członka pewnej społeczności z określonymi prawami przysługującymi każdemu, a przede wszystkim jako osobę wierzącą, która pozostaje w relacji zależności od swojego Stwórcy. Te elementy dobra są dla pacjenta najważniejsze, a jednocześnie zabezpieczają go przed narzuceniem mu jednostronnej decyzji podejmowanej przez lekarza. Tymczasem Singer pomija te dwa poziomy dobra pacjenta i pozwala w pewnych przypadkach postąpić wbrew woli terminalnie chorego. Tym samym pozbawia go autonomii i niezależności. Pacjent przestaje wtedy być podmiotem, staje się przedmiotem postępowania lekarskiego. Podobnie dzieje się w koncepcji Davida J. Bleicha. W imię obrony życia pacjenta do samego końca, pozbawia się go prawa do jakiegokolwiek udziału w procesie podejmowania decyzji o zaprzestaniu uporczywej terapii. Życie dla niego jest największą wartością, o którą lekarz bezwzględnie ma walczyć, nie uwzględniając w tym woli samego pacjenta. Tym samym – podobnie jak w etyce Singera – staje się panem życia i śmierci. Bleich jednak uzasadnia to wyznawaną wiarą, podczas gdy dla Singera jest to przejaw najwyższej wolności człowieka. Pellegrino natomiast dając pacjentowi i lekarzowi wolność w podejmowaniu decyzji, dzięki odniesieniu do Stwórcy (dobro pacjenta jako istoty

³⁰² O etyce Petera Singera zob. także T. Kraj, *Katolik wobec pluralizmu etycznego na przykładzie bioetyki*, dz. cyt., ss. 27 – 30.

duchowej), nie zapomina, że każdy człowiek jest tylko stworzeniem, którego życie zależy jedynie od Boga.

Zaletą koncepcji Pellegrino jest także samo rozumienie powołania lekarza. Zdaje on sobie sprawę, że jest on tylko człowiekiem, który posiada pewne niedoskonałości. Z tego powodu przedstawia cały katalog cnót, które powinien doskonalić w trakcie całego życia. Czyni więc z niego „żywego” człowieka, który spotyka rzeczywiście chorego. Zapominają o tym pozostali etycy. Utylitarystyczne stanowisko Singera czyni z lekarza wykonawcę usługi zażądanej przez pacjenta. Z kolei Bleich w jego rękach umieszcza potencję wydawania wyroków zgodnych z prawem Tory. Żaden z nich nie pełni więc zadania, jakie stawia przed lekarzem jego powołanie.

Wreszcie Pellegrino, zdając sobie sprawę z niewystarczalności dotychczasowych sformułowań etycznych, nie porzuca ich na rzecz tworzenia nowych zasad dopuszczających eutanazję (Singer) lub powielania jej zakazów (Bleich). Dotychczasowe pojęcia środków zwyczajnych/proporcjonalnych redefiniuje poprzez terapię daremną. Także tutaj nie zapomina o podmiotowości pacjenta terminalnie chorego, którego świadomość jest ograniczona lub w ogóle jest jej pozbawiony. Jego wolę zabezpiecza poprzez wprowadzenie dodatkowych kryteriów korzyści oraz obciążeń.

Patrząc na koncepcje Edmunda D. Pellegrino jawi się ona jako próba holistycznego spojrzenia na człowieka, który oprócz wymiaru biologicznego, tak bardzo podkreślanego przez lekarzy, posiada także sferę duchową, o której niestety lekarze bardzo często zapominają. Propagowanie jej w środowiskach medycznych, zarówno w trakcie odczytów naukowych, jak również poprzez przedstawianie jej założeń w ramach duszpasterstwa specjalistycznego, może relację pacjent – lekarz uczynić prawdziwym spotkaniem dwóch osób, z których jedna – potrzebująca pomocy – oddaje się w ręce drugiej, która tej pomocy może udzielić.

ROZDZIAŁ III

UPORCZYWA TERAPIA I LECZENIE ŻYWIENIOWE W OPINIACH TOWARZYSTW MEDYCZNYCH

Problem granic uporczywej terapii jest obszarem zainteresowań nie tylko etyków ale także lekarzy, którzy z tym problemem mają styczność prawie każdego dnia. Najwcześniej został on zauważony na oddziałach intensywnej terapii medycznej, gdzie stosowanie najnowszych technik umożliwia przedłużanie życia. Z czasem problem zaczęli dostrzegać specjaliści chorób wewnętrznych z wszystkimi podspecjalizacjami, którzy musieli zacząć zajmować się chorymi bez nadziei na wyleczenie. Pewnie dlatego Towarzystwa zrzeszające lekarzy tych specjalności poświęcają najwięcej miejsca terapii daremnej³⁰³ i jej unikania w swoich wytycznych – ich stanowiska omówię w pierwszej części. Kolejna będzie prezentowała najnowsze spojrzenie na kwestie sztucznego odżywiania pacjentów terminalnie chorych. Wreszcie zaprezentuję rekomendację Towarzystw zajmujących się pacjentami objętymi opieką paliatywną dotyczącymi stosowania u nich procedur związanych z podażą substancji odżywczych i nawadniania.

3.1 Towarzystwo Internistów Polskich oraz Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Wiek XX był dynamicznym okresem rozwoju nauk medycznych. Dzięki coraz doskonalszym metodom badawczym człowiek mógł dokładniej poznać funkcjonowanie ludzkiego organizmu a tym samym patomechanizmy, które doprowadzają do ujawnienia się symptomów choroby. Jednocześnie rozwój techniki umożliwił wynalezienie nowych metod i sprzętu służących diagnostyce oraz leczeniu. Ogromny wysiłek włożono także w odkrycie nowych farmaceutyków, które nie oddziałują już jedynie na objawy ale właściwie zaordynowane przeciwstawiają się powstaniu samej choroby. Rozwój ten jest niewątpliwie sukcesem całej ludzkości, ale jednocześnie stworzył dla niej ogromne zagrożenie. Dzięki coraz większej wiedzy oraz doskonalszym technikom stosowanym w procesie opieki nad chorymi, lekarz wraz z personelem medycznym może znacznie przedłużać życie chorych, którym jeszcze nie tak dawno zaoferowano by jedynie opiekę z powodu braku oddziaływania przyczynowego. Jednak części z nich w schyłkowym okresie choroby służy to jedynie

³⁰³ W literaturze medycznej odchodzi się od stosowania terminu uporczywej terapii na rzecz terapii daremnej. Dokumenty Magisterium Kościoła w dalszym ciągu stosują pierwszy z tych terminów. O przyczynach, dla których doszło do zmian w nomenklaturze, w dalszej części tegoż paragrafu.

sztucznemu wydłużeniu ich egzystencji³⁰⁴. Stąd wśród personelu medycznego pojawiało się pytanie: jak długo można podtrzymywać życie bez nadziei na wyleczenie? I czy takie postępowanie jest etyczne?

Pierwszą próbą jakiegokolwiek odpowiedzi było sformułowanie w 1996 roku przez bioetyków i etyków w czasie międzynarodowego spotkania **celów medycyny**³⁰⁵. Wśród nich wymieniono „zapobieganie chorobom i urazom oraz promocja i podtrzymywanie zdrowia; przynoszenie ulgi w bólu i cierpieniu spowodowanych przebiegiem choroby; opieka nad chorymi z różnymi dolegliwościami i ich leczenie oraz opieka nad tymi, którzy nie mogą być wyleczeni; zapobieganie przedwczesnej śmierci i tworzenie warunków spokojnej śmierci”³⁰⁶. O ile zakres profilaktyki, analgezji i opieki na chorymi nie przysparzał większych trudności, o tyle opieka nad terminalnie chorymi (czyli tymi, którzy nie mogą być wyleczeni) oraz określenie warunków godziwej śmierci, a zwłaszcza jej momentu, napotkały się z wieloma trudnościami.

Odpowiedzią polskiego środowiska medycznego na zaistniały problem było powołanie **Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia**, która w 2008 roku opracowała definicję **uporczywej terapii**. „Jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiąże się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów, oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru

³⁰⁴ Por. J. Kapelak, *Troska o zdrowie i życie człowieka w sytuacjach granicznych. Studium teologicznomoralne*, <http://hdl.handle.net/20.500.12153/274> (dostęp 17.02.2023).

³⁰⁵ Por. T. Biesaga, *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, „Medycyna Praktyczna”, (159)2004, nr 5, s. 20.

³⁰⁶ T. Biesaga, *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, dz. cyt., s. 20.

pacjenta”³⁰⁷. Na jej kanwie powstały następnie dwa dokumenty w formie zaleceń³⁰⁸ dotyczących postępowania z terminalnie chorymi³⁰⁹.

Chronologicznie wcześniej, bo w 2014 roku zostały opublikowane przez Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*³¹⁰. W oddziałach tych „prowadzi się ciągłą obserwację czynności organizmu oraz stosuje metody i techniki terapeutyczne podtrzymujące czynność podstawowych dla organizmu narządów”³¹¹, których celem jest przywrócenie ich prawidłowego funkcjonowania a tym samym powrotu do pełnego zdrowia³¹². Jeśli jednak w czasie prowadzonej terapii zespół lekarzy dojdzie do wniosku, że „przedłużone podtrzymywanie funkcji narządów (...) nie prowadzi do uzyskania korzyści terapeutycznych, czyli przeżycia i wypisania pacjenta z oddziału intensywnej terapii

³⁰⁷ Definicja Uporczywej Terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia, W. Bołoz, M. Krajnik i in. (red.), „Advances in Palliative Medicine”, (7)2008, nr 3, ss. 91-91. O dyskusji w sprawie tej definicji zob. M. Ferdynus, *O uporczywej terapii oraz środkach zwyczajnych i nadzwyczajnych w polskim kontekście bioetycznym. Na marginesie dwóch debat Polskiego Towarzystwa Bioetycznego*, „Roczniki Filozoficzne” (79)2021, nr 2, ss. 65-81.

³⁰⁸ Większość takich dokumentów, przynajmniej w dziedzinie kardiologii, która przoduje w ich tworzeniu, rozpoczyna się podobnymi stwierdzeniami, które oddają istotę ich powstania oraz późniejszych rewizji: „Wytyczne są dokumentem podsumowującym i oceniającym dostępne dane naukowe, a ich celem jest wspomaganie personelu medycznego w oferowaniu najlepszej strategii postępowania indywidualnemu pacjentowi z konkretną jednostką chorobową. Wytyczne oraz zawarte w nich zalecenia powinny ułatwić podejmowanie decyzji przez personel medyczny w codziennej praktyce. Jednakże ostateczne decyzje dotyczące danego pacjenta powinny być podejmowane przez lekarza odpowiedzialnego za leczenie w porozumieniu z pacjentem lub jego opiekunem”. *Wytyczne ESC 2021 dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej*, F. Viseren, F. Mach i in. (red.), „Kardiologia Polska (PolishHearJournal)” (79)2021, suplement V.

³⁰⁹ „Niezbędne jest wypracowanie i wdrożenie zaleceń dotyczących chorych umierających w przebiegu zaawansowanych nieuleczalnych chorób w szpitalu, obejmujących całościową opiekę nad chorymi i jego bliskimi”. Zalecenie Grupy Roboczej nr 1. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu – stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych. Część 1: chory umierający nieubezpieczeni, niebędący w stanie podejmować świadomych decyzji co do leczenia w sytuacji daremności medycznej stosowanej terapii*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., „Medycyna Praktyczna”, 4(2023), s. 131.

³¹⁰ Pełny tekst dokumentu: *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, A. Kübler, J. Siewiera i in., „Anestezjologia Intensywna Terapii” (46)2014, nr 4, ss. 229-234.

³¹¹ *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, A. Kübler, J. Siewiera i in., dz. cyt., s. 229.

³¹² Definicja zdrowia zob. *Podstawy epidemiologii*, R. Beaglehole, R. Bonita, T. Kjellström (red), Oficyna Wydawnicza Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 2002, ss. 25-27. „Przyjęcie pacjenta na OIT jest oparte na ustalonych wskazaniach (niewydolność jednego lub wielu ważnych dla życia układów lub narządów, potrzeba ciągłego monitorowania funkcji życiowych, inne stany zagrożenia życia). Zasadniczym wskazaniem jest potencjalna odwracalność istniejących zaburzeń funkcji organizmu skutkująca możliwością przeżycia chorego i wypisania go z OIT. Przyjmowanie pacjenta na stanowisko intensywnej terapii, aby zmarł, jest nieuzasadnione medycznie i etycznie”. Wytyczna nr 1. *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, A. Kübler, J. Siewiera i in., dz. cyt., s. 230.

(...) może też przedłużać proces umierania, bez korzyści dla niego”³¹³ wówczas powinien odstąpić od uporczywej terapii poprzez wdrożenie konkretnych wskazówek zawartych w tym dokumencie. Zauważono jednak, że podobny problem istnieje także na innych oddziałach zachowawczych (internistyczne, gastroenterologiczne, kardiologiczne, pulmonologiczne, neurologiczne), gdy hospitalizowani tam terminalni pacjenci nie otrzymują już leczenia przyczynowego a jedynie objawowe oraz podstawową opiekę, co może prowadzić do nadmiernego bólu i cierpienia. W związku z tym Towarzystwo Internistów Polskich powołało specjalną grupę, której celem było przygotowanie wytycznych i zaleceń dla oddziałów zachowawczych o profilu internistyczny. Wypracowany dokument zatytułowano *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu – stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych. Część 1: chory umierający nieubezwłasnowolniony, niebędący w stanie podejmować decyzji co do leczenia w sytuacji daremności stosowanej terapii*³¹⁴. Z racji podobnej tematyki dokumenty te zostaną omówione razem.

Już na samym wstępie autorzy podkreślają, że podstawą ich rozważań jest przytoczony wcześniej konsensus osiągnięty przez Polską Grupę Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia dotyczący definicji uporczywej terapii. Uściślają, że można jej uniknąć poprzez „**niepodjęcie (withholding)**, czyli niewdrażanie nowej metody leczenia lub zwiększenie intensywności metody leczenia już stosowanej, albo (...) **odstąpienie** od stosowania określonej metody leczenia (**withdrawing**)”³¹⁵. Jest to konsekwencją braku możliwości osiągnięcia dobra pacjenta – leczenia - rozumianego jako usunięcie odwracalnej przyczyny niewydolności jednego lub kilku podstawowych narządów w oddziale intensywnej terapii a w rezultacie możliwość wypisania chorego z takiego oddziału³¹⁶ lub poprawy jego stanu w oddziale internistycznym. Jest to jednak jednoznaczne ze zmianą celu, jakim zawsze pozostanie dobro chorego, gdyż „oba rodzaje działania mają na celu dobro chorego i mają

³¹³ Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii, dz. cyt., ss. 229-230.

³¹⁴ Pełny tekst: „Medycyna Praktyczna” 4(2023), ss. 121-140.

³¹⁵ Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii, A. Kübler, J. Siewiera i in., dz. cyt., s. 230; *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. 122.

³¹⁶ Por. Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii, A. Kübler, J. Siewiera i in., dz. cyt., s. 229. Tamże s. 230: „Celem wytycznych jest określenie najlepszej praktyki klinicznej (...). Wytyczne mają na celu zapewnienie pacjentowi optymalnego komfortu oraz stworzenie formalnej, jednolitej procedury niepodejmowania lub odstąpienia od terapii prowadzonej daremnie wobec niedającego się powstrzymać procesu umierania”.

służyć poprawie jakości opieki nad pacjentem”³¹⁷. Od tego momentu „podstawowym celem terapeutycznym staje się **zapewnienie optymalnego komfortu** poprzez postępowanie obejmujące: specjalistyczną opiekę pielęgniarstwa, eliminację niekorzystnych doznań jak: ból, niepokój, duszność, drgawki, gorączka, itp., a także zapewnienie żywienia i nawodnienia stosowanie do potrzeb. Postępowanie takie określa się jako **leczenie paliatywne**. Jest ono utrzymywane zawsze, nawet gdy leczenie podtrzymujące funkcje narządów przestaje być skuteczne i uzasadnione”³¹⁸. „W szpitalach należy zadbać o przekaz, że akceptowanie naturalnej śmierci, gdy jest ona nieunikniona, nie jest wyrazem rezygnacji z leczenia, ale wdrożeniem czy też intensyfikacją działań ukierunkowanych na to, co jest najważniejsze dla chorego umierającego”³¹⁹

Dokument Towarzystwa Internistów Polskich jednoznacznie w tym miejscu stwierdza, że takie postępowanie **nie może być mylone z eutanazją**, której definicję przytacza i wobec której wyraża całkowity sprzeciw³²⁰.

Oba dokumenty starają się także w swojej wstępnej części wytłumaczyć, dlaczego coraz częściej stosowany jest termin **terapii daremnej**³²¹ w miejsce **uporczywej terapii**.

³¹⁷ *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. 122. „Wytyczne mają na celu zapewnienie pacjentowi optymalnego komfortu (...) wobec niedającego się powstrzymać procesu umierania”. *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, A. Kübler, J. Siewiera i in., dz. cyt., s. 230.

³¹⁸ *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, A. Kübler, J. Siewiera i in., dz. cyt., s. 230. „Decyzję o ograniczeniu określonych metod podtrzymywania funkcji narządów nie zmniejszają znaczenia leczenia paliatywnego zapewniającego eliminację cierpienia pacjenta i zapewnienia mu optymalnego komfortu (w tym pielęgnacji, nawadniania, żywienia, dostępu bliskich i osób wspierających, uśmierzenia niekorzystnych dolegliwości), a nawet wysuwają ten aspekt terapii na plan pierwszy. Stosowanie ograniczeń we wspomaganiu funkcji narządów nie zwalnia z leczenia paliatywnego. Zapewnienie leczenia paliatywnego zmierza do uśmierzenia cierpień przez najskuteczniejsze wykorzystanie leków przeciwbólowych, uspokajających lub nasennych. Celem takiego postępowania nie może być przyspieszenie naturalnego przebiegu procesu umierania”. Wytyczne nr 7 i 8. *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, A. Kübler, J. Siewiera i in., dz. cyt., s. 231.

³¹⁹ Zalecenie Grupy Roboczej nr 3. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. 131.

³²⁰ Por. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. s. 121. „Wszelkie działania zmierzające celowo do spowodowania lub przyspieszenia śmierci są niedopuszczalne zarówno medycznie jak i etycznie oraz prawnie”. Wytyczna nr 12. *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, A. Kübler, J. Siewiera i in., dz. cyt., s. 231.

³²¹ „Prowadzenie podtrzymywania funkcji narządów nieprzynoszące korzyści dla pacjenta, bez możliwości uzyskania założonych celów terapeutycznych, określa się terminem terapii daremnej i stanowi błąd postępowania medycznego”. Wytyczna nr 3. *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, dz. cyt., ss. 230-231.

Stwierdzają, że ten drugi jest używany głównie w literaturze polskiej, zwłaszcza w *Kodeksie Etyki Lekarskiej* oraz publikacjach z zakresu prawa³²². Natomiast coraz częściej stosowane pojęcie terapii daremnej „określa trafnie postępowanie, które nie przynosi założonych korzyści terapeutycznych. (...) Bardziej precyzyjnym i odpowiednim terminem określenia decyzji o niepodejmowaniu lub odstąpieniu od podtrzymywania funkcji narządów (...) jest termin «terapia daremna»”³²³.

Zasadnicza różnica omawianej wstępnej części obu dokumentów dotyczy **źródła formułowanych wytycznych** postępowania. Podczas gdy dla Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii jest to prawo stanowione oraz powszechne zasady etyczne, takie jak autonomia, tj. nieszkodzenie, dobroczynność i sprawiedliwość³²⁴, to Towarzystwo Internistów Polskich po przywołaniu prawnej definicji eutanazji stwierdza, że „wskazane wzorce postępowania są również aprobowane w etykach religijnych, w tym nauczaniu moralnym Kościoła katolickiego – stanowiącego w Polsce największą grupę wyznaniową”³²⁵. Dla potwierdzenia tego *locus ethicus* przywołuje w tym miejscu wydany w czerwcu 2018 roku przez Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych dokument *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii*³²⁶.

Niewątpliwym sukcesem wytycznych o *Zapobieganiu terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu* jest opisanie spotkanie pacjenta z lekarzem. Zawiera on konkretne wskazówki, które powinny zostać podjęte przez zespół terapeutyczny w celu zachowania godności terminalnie chorego pacjenta.

Punktem wyjścia opisu **modelowej relacji lekarz – pacjent** jest przedstawienie konkretnych funkcji pełnionych przez jej uczestników. Medyk jest oczywiście specjalistą w swojej dziedzinie, który powinien zawsze zaleźć czas, by porozmawiać z chorym. Jego zadaniem jest nie tylko przedstawienie najlepszych sposobów postępowania terapeutycznego

³²²Por. *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, A. Kübler, J. Siewiera i in., dz. cyt., s. 230.

³²³ *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, A. Kübler, J. Siewiera i in., dz. cyt., s. 230. „Daremnność akcentuje niemożność osiągnięcia celu działania, a uporczywość określa (pejoratywnie) postawę osoby stosującej nieskuteczne interwencje medyczne”. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. s. 122.

³²⁴Por. *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, A. Kübler, J. Siewiera i in., dz. cyt., s. 230.

³²⁵ *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. s. 123.

³²⁶Por. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. s. 123.

ale także zaspokojenie potrzeb psychospołecznych oraz duchowych chorego. Ich obecność jest wyrazem człowieczeństwa pacjenta, aktualnych celów oraz żywionych nadziei, które wnosi w spotkanie z przedstawicielami służby zdrowia³²⁷. „Taki model relacji lekarz – pacjent najlepiej służy przygotowaniu do okresu końca życia i umierania chorego. Pomaga w urealnieniu celów postępowania, sprzyja akceptacji tego, co nieuniknione, a przez to ułatwia dokonywania realistycznych wyborów, umożliwia choremu realizację ważnych dla niego spraw, które chce jeszcze zrealizować, a wreszcie buduje fundament wzajemnego zaufania i zrozumienia, tak ważny w okresie, w którym chory musi powierzyć siebie innym, zaufać, że będzie uszanowany, że jego wolność decyzyjna i godność znajdują się w centrum procesu opieki”³²⁸.

Przedstawiony model służy określeniu konkretnych celów zarówno dla zespołu terapeutycznego, jak i samego pacjenta. Jest to **planowanie opieki medycznej z wyprzedzeniem**. Niestety praktyka kliniczna pokazuje, że bardzo mała ilość lekarzy rodzinnych oraz innych specjalności przeprowadza odpowiednie rozmowy z pacjentami, w czasie których konkretyzują cele późniejszej opieki. Często, gdy terminalnie chorzy trafiają na szpitalne oddziały, ich świadomość jest ograniczona, co uniemożliwia wspólne zaplanowanie postępowania. By mimo wszystko uniknąć terapii daremnej, wytyczne proponują konkretne działania obejmujące samego chorego, jego najbliższych oraz personel szpitala³²⁹.

Jednym z pierwszych zadań lekarza w **działaniach ukierunkowanych na chorego** jest już przy przyjęciu na oddział chorego terminalnie z zaburzeniami świadomości wykonanie **przesiewowej oceny w kierunku potrzeby opieki paliatywnej**, która pozwoli ocenić ryzyko terapii daremnej³³⁰. Wzrasta ono, gdy chory wymaga stałej opieki osób trzecich lub jest pensjonariuszem zakładu opiekuńczo-leczniczego albo hospicjum; ponadto, gdy jego stan ogólny w ostatnich tygodniach uległ nieodwracalnemu pogorszeniu lub wymagał co najmniej jednokrotnej hospitalizacji w ostatnich miesiącach; wreszcie, gdy spodziewany czas

³²⁷Por. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. s. 123.

³²⁸*Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. s. 123.

³²⁹Por. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. ss. 123-124.

³³⁰Por. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. s. 125. „Należy dążyć do przesiewowej oceny potrzeb w zakresie opieki paliatywnej u każdego przyjmowanego do szpitala chorego na zaawansowaną nieuleczalną chorobę, co może pomóc w urealnieniu celów opieki nad nim oraz zapobiec wdrażaniu terapii daremnej”. Zalecenie Grupy Roboczej nr 2. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. s. 131.

przeżycia jest mniejszy niż rok, zwłaszcza u osób z co najmniej jednym ze schorzeń takich jak: zaawansowana niewydolność serca, aktywna lub rozsiana choroba nowotworowa, przewlekła choroba płuc w okresie domowej terapii tlenem, zaawansowane otępienie i inne choroby neurodegeneracyjne, marskość wątroby, żywienie za pomocą PEG lub inna poważna choroba o krótkim przewidywanym okresie przeżycia³³¹. Powyższa ocena w połączeniu z badaniem fizykalnym oraz analizą wyników badań powinny zawsze **uzasadniać dalsze postępowanie medyczne**³³². Jego kierunków nie powinien jednak określać sam lekarz prowadzący, ale **konsylium**, w skład którego obok lekarza bezpośrednio opiekującego się chorym wchodzi ordynator, specjaliści z dziedzin adekwatnych do stanu klinicznego chorego oraz, gdy jest to możliwe, konsultant medycyny paliatywnej³³³, a czasami także pielęgniarka³³⁴. Powinni oni „położyć nacisk na postępowanie ukierunkowane na jakość życia i przygotowanie do naturalnej śmierci, na które składają się: opieka paliatywna, pielęgnacja, zadbanie o komunikację z bliskimi (...), zadbanie o zrealizowanie ważnych spraw dla chorego (...), opieka duchowa³³⁵ (w tym religijna, jeśli chory sobie jej życzy), wdrożenie

³³¹Por. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. 137. O wymienionych schorzeniach zobacz: *Niewydolność serca*, A. Surdacki i inni [w]: *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red), dz. cyt., ss. 426-463; *Wybrane zagadnienia onkologii klinicznej*, M. Krzkowski, W. M. Wysocki (red.) [w]: *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red), dz. cyt., ss. 2333-2389; *Leczenie tlenem*, D. Górecka, F. Mejza i inni [w]: *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red), dz. cyt., ss. 912-916; M. Barcikowska, *Otępienie* [w]: *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red), dz. cyt., ss. 2319-2326; M. Wawrzynowicz-Syczewska, *Marskość wątroby* [w]: *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red), dz. cyt., ss. 1271-1285.

³³² „Każda decyzja o ograniczeniu terapii daremnej musi mieć swoje jasne, opisane uzasadnienie i nie może być uwarunkowana kosztami leczenia lub aspektami organizacyjnymi (np. zwolnienie stanowiska intensywnej terapii dla innego pacjenta)”. Wytyczna nr 10. *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, A. Kübler, J. Siewiera i in., dz. cyt., s. 231.

³³³ „Należy dążyć do zapewnienia chorym umierającym dostępu do konsultacji specjalistycznych z zakresu medycyny paliatywnej”. Zalecenie Grupy Roboczej nr 6. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. s. 131.

³³⁴Por. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. s. 125. „Ocenę medyczną procesu dotychczasowego leczenia i chorowania, stanowiącą początkowy etap uznania terapii za daremną, powinno przeprowadzić konsylium składające się z profesjonalistów medycznych”. Zalecenie Grupy Roboczej nr 4. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. s. 131. „Decyzję o ograniczeniu terapii daremnej podejmuje dwóch lekarzy z zespołu leczącego, specjalistów z anestezjologii i intensywnej terapii lub intensywnej terapii, w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem. Mogą oni zasięgnąć dodatkowej konsultacji innego specjalisty, spoza zespołu leczącego pacjenta, jeśli uznają to za uzasadnione”. Wytyczna nr 6. *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, A. Kübler, J. Siewiera i in., dz. cyt., s. 231.

³³⁵ „W szpitalach należy wdrażać programy ukierunkowane na potrzeby duchowe chorych (zwłaszcza u kresu życia) i ich bliskich”. Zalecenie Grupy Roboczej nr 7. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. s. 131.

interwencji będących wyrazem szczególnego poszanowania godności i szacunku dla chorego i jego bliskich”³³⁶.

Kolejnym etapem w **działaniach ukierunkowanych na chorego** jest **spotkanie lekarza z jego najbliższymi**, by przedstawić im podjęte cele postępowania. Jednym z problemów, które mogą się pojawić na tym etapie, jest ustalenie grona osób, które można określić tym mianem. Wyrazem aktualnej sytuacji społecznej i demograficznej jest coraz częstsza samotność osób starszych wynikająca nie tylko z przedwczesnej śmierci młodszych członków rodziny, ale także z braku ich zainteresowania losem schorowanych rodziców lub dalszych krewnych. Ogromnym problemem wydają się być także konflikty w rodzinach, których skutkiem może być wykluczenie przez samego chorego osoby lub grupy osób z prawa do informowania o jego stanie zdrowia. Wreszcie za bliskich mogą być uznane osoby w ogóle nie spokrewnione ale uznane za takich przez terminalnie chorego i jednocześnie upoważnione do informowania o przebiegającym procesie terapeutycznym³³⁷.

Po ustaleniu grona zainteresowanych³³⁸, w czasie ich spotkania z lekarzem, po otrzymaniu informacji o planowanym przebiegu postępowania oraz zamierzonych celach opieki, sami będą mogli przedstawić istotne sprawy dla chorego, które chciałby jeszcze w swoim życiu zrealizować. Obowiązkiem lekarza jest umożliwienie im obecności przy umierającym a także – w miarę możliwości – pomoc w poradzeniu sobie z własnymi emocjami. Ponadto medyk powinien także znaleźć dla nich odpowiednią ilość czasu, by mogli zadać nasuwające się im pytania i rozwiązać wszelkie wątpliwości. By uniknąć jednej z najczęstszych obaw należy jasno przedstawić **procedury, które nie wchodzą w zakres terapii daremnej**³³⁹. W tym aspekcie dokument wyraźnie wymienia, że „obok pielęgnacji

³³⁶ *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. 128. „Po przyjęciu na stanowisko intensywnej terapii należy ustalić plan postępowania uwzględniający cele i granice leczenia. Plan ten musi być systematycznie oceniany i aktualizowany. Cel leczenia powinien być uzależniony od możliwości uzyskania korzyści terapeutycznej, jaką na OIT jest przeżycie chorego i wypisanie go z oddziału. Stwierdzenie braku skuteczności stosowanej metody podtrzymywania funkcji narządów w stosunku do założonych celów jest uzasadnieniem do ograniczenia tego postępowania w formie niepodjęcia (niewdrożenia nowego postępowania lub niezwiększenia intensywności metody już stosowanej) albo odstąpienia od stosowanej dotychczas metody postępowania”. Wytyczna nr 2. *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, A. Kübler, J. Siewiera i in., dz. cyt., s. 230.

³³⁷Por. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., ss. 128-129.

³³⁸ „Warto jednak zawsze włożyć wysiłek w ustalenie, kto może mieć wiedzę na temat chorego, jego potrzeb i poglądów, gdyż wartość takich informacji dla zaplanowania optymalnego postępowania w procesie umierania chorego jest nieoceniona”. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. 128.

³³⁹Por. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. 128 i 130.

i interwencji z zakresu opieki paliatywnej do terapii nie zalicza się żywienia i nawadniania (także np. przez zgłębnik żołądkowy, o ile nie szkodzi) – są to interwencje z zakresu opieki podstawowej. W praktyce jedynie w okresie umierania (ostatnie dni i godziny życia), jeśli chory nie może przyjmować pokarmów drogą doustną ani przez zgłębnik, lekarz powinien rozważyć, czy istnieją medyczne wskazania do nawadniania pozajelitowego (...), czy też nawadnianie będzie raczej stanowić obciążenie dla umierającego organizmu³⁴⁰. Zawsze jednak musi pamiętać, że rezygnacja z tych procedur nie może przyspieszyć śmierci chorego a ewentualne ich kontynuowanie ma mu przynieść ulgę w cierpieniu³⁴¹.

„Spotkanie z bliskimi powinno prowadzić do **ustalenia optymalnego postępowania** opartego na najlepszej praktyce klinicznej i uszanowaniu tego, co jest ważne dla chorego³⁴² a następnie jej wdrożenie. Może się jednak zdarzyć, że krewni pacjenta będą wyrażać swoją **dezaprobatę wobec zaproponowanego postępowania**. Wydaje się, że słuszne byłoby wówczas powtórne przedstawienie zaistniałej sytuacji terminalnie chorego z uwzględnieniem opisu konkretnych procedur, które wdrożono oraz tych, od których odstąpiono. Warto to zrobić na kolejnym spotkaniu z udziałem już specjalisty medycyny paliatywnej i innych specjalności, po upływie pewnego okresu, w czasie którego będą mogli spokojnie zanalizować otrzymane wcześniej informacje. Jeśli jednak w dalszym ciągu będą odmawiali akceptacji przedstawionego sposobu postępowania, należy je mimo wszystko wdrożyć,³⁴³ ponieważ celem spotkania „ma być zebranie informacji o chorym i przygotowanie bliskich na proces jego umierania, aby mu zapewnić optymalne warunki życia, a nie uzyskanie od nich zgody na wdrażanie procedur medycznych ani na wycofanie się z nich, gdyż **z punktu widzenia prawa ich stanowisko w tym zakresie jest nieistotne**”³⁴⁴.

³⁴⁰ *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. 128.

³⁴¹Por. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. 128.

³⁴² *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. 129.

³⁴³Por. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., ss. 129-130.

³⁴⁴Por. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. 129. „W przypadku ograniczania działań daremnych u chorych niezdolnych do podejmowania świadomych decyzji konieczne jest, o ile to możliwe, przeprowadzenie rozmowy z bliskimi chorego w celu ustalenia optymalnego sposobu postępowania z uszanowaniem spraw i wartości dla niego ważnych, pod warunkiem że chory nie zabronił wcześniej w złożonym oświadczeniu kontaktowania się z blizniami i przekazywania im informacji”. Zalecenie Grupy Roboczej nr 5. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. 131. „Właściwa komunikacja z pacjentem i osobami mu bliskimi ma zasadnicze znaczenie dla prawidłowego procesu terapeutycznego w okresie umierania, w tym dla ograniczenia terapii daremnej. Rodzina powinna mieć pełną świadomość medycznego i etycznego uzasadnienia dla niepodjęcia lub odstąpienia od podtrzymywania czynności narządów, ale nie może być obciążana odpowiedzialnością za tę decyzję”. Wytyczna nr 9. *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów*

Z punktu widzenia prawa najważniejsze, co podkreśla dokument Towarzystwa Internistów Polskich oraz Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, jest szczegółowe dokumentowanie w historii choroby podjętych decyzji³⁴⁵. Pomocny w tym ma być *Protokół postępowania dotyczącego ograniczenia terapii daremnej*. Poza drobnymi różnicami dotyczącymi jak na przykład ilości specjalistów go podpisujących czy dodatkowych podpisów bliskich, są prawie identyczne³⁴⁶ w zasadniczej części, to znaczy zawierają spis konkretnych procedur, które będą stosowane lub od których odstąpiono uznając je za terapię daremną. Wymieniają tutaj: farmakologiczne wspomaganie układu krążenia, elektroterapię serca, mechanicznie wspomaganie układu krążenia, tlenoterapię wysokoprzepływową, nieinwazyjną mechaniczną wentylację płuc (NIV), intubację dotchawiczą, inwazyjną mechaniczną wentylację płuc, terapię nerkozastępczą, antybiotykoterapię, uzyskanie dostępu naczyniowego z użyciem cewnika centralnego, zabiegi operacyjne i inne procedury inwazyjne, żywienie parenteralne, przetaczanie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych, pozaustrojowe wspomaganie funkcji oddechowych (ECMO). Do tych, od których można jedynie odstąpić zaliczają resuscytację krążeniowo-oddechową, a dokument Towarzystwa Internistów Polskich dodatkowo mówi o przekazanie chorego na oddział intensywnej opieki medycznej³⁴⁷.

Poniżej protokół postępowania dotyczący terapii daremnej zaproponowany przez Towarzystwo Internistów Polskich.

pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii, A. Kübler, J. Siewiera i in., dz. cyt., s. 231.

³⁴⁵ „Decyzja o niepodjęciu lub odstąpieniu od podtrzymywania funkcji narządów stanowi formalną procedurę postępowania na stanowiskach intensywnej terapii. Musi zostać ona zarejestrowana w dokumentacji medycznej (najlepiej w postaci odrębnego protokołu) z dokładnym uzasadnieniem decyzji o niepodjęciu lub odstąpieniu od określonego rodzaju postępowania”. Wytyczna nr 4. *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, A. Kübler, J. Siewiera i in., dz. cyt., s. 231.

³⁴⁶ Różnice w wymienionych procedurach wynikają najprawdopodobniej z faktu, iż dokument Towarzystwa Internistów Polskich powstał po pandemii Covid-19, w czasie której upowszechniono stosowanie nieinwazyjnych procedur wspomaganie oddychania takich jak NIV czy tlenoterapia wysokoprzepływową. Wcześniej w zasadzie jedyną stosowaną procedurą wspomaganie oddychania była wentylacja mechaniczna wymieniona w dokumencie Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

³⁴⁷Por. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., ss. 137-139. *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, A. Kübler, J. Siewiera i in., dz. cyt., ss. 233-234. „Niepodjęcie lub odstąpienie od podtrzymywania czynności narządów może dotyczyć w szczególności takich metod jak: resuscytacja krążeniowo-oddechowa, wentylacja mechaniczna, leczenie nerkozastępcze, elektroterapia serca, mechaniczne wspomaganie krążenia, farmakologiczne wspomaganie krążenia, pozaustrojowe wspomaganie oddychania. Niewłaściwe wykorzystanie tych metod postępowania przedłuża jedynie proces umierania”. Wytyczna nr 5. *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, dz. cyt., s. 231.

► **Dodatek 3**

Protokół postępowania dotyczącego ograniczenia terapii daremnej u pacjenta pozbawionego możliwości świadomego wyrażenia woli, leczonego na oddziale o profilu internistycznym

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL/data urodzenia:

Z powodu swojego aktualnego stanu klinicznego Pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia swojej woli w zakresie świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej należy stwierdzić, że uwzględniając obecny stan kliniczny, po pełnym zapoznaniu się z dokumentacją medyczną i przedstawieniu aktualnej sytuacji zdrowotnej Pacjenta jego bliskim, zostaje podjęta decyzja o ukierunkowaniu terapii na leczenie o charakterze paliatywnym, które będzie postępowaniem najbardziej korzystnym dla Pacjenta.

Przy podejmowaniu tej decyzji wzięto pod uwagę aspekty kliniczne, etyczne i rodzinno-społeczne, a także ustalono listę procedur terapeutycznych, które nie zostaną podjęte.

Aspekty kliniczne

Rozpoznanie zasadnicze:

Aktualny stan kliniczny:

Dotychczasowy przebieg choroby / stan kliniczny w okresie poprzedzającym obecną hospitalizację:

Opinie konsultantów (w razie potrzeby):

Aspekty etyczne i rodzinno-społeczne

Pomimo ograniczenia terapii uznanej za daremną przez cały czas będzie prowadzone postępowanie paliatywne, służące zapewnieniu Pacjentowi jak największego komfortu. Kontynuowana będzie specjalistyczna opieka pielęgniarska oraz działania łagodzące dolegliwości, takie jak ból, niepokój, duszność, drgawki czy gorączka. Prowadzone będzie nawadnianie i żywienie Pacjenta stosownie do jego potrzeb. Pacjentowi zostanie zapewniony stały kontakt z najbliższymi mu osobami, a także z innymi osobami wspierającymi w zależności od potrzeb i możliwości organizacyjnych.

W celu określenia najbardziej korzystnego postępowania wobec Pacjenta w obecnym stanie przeprowadzono rozmowę z następującymi osobami (imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa/znajomości):

1) 3)

2) 4)

Omówiono następujące problemy:

- 1) aktualny stan kliniczny i stan świadomości Pacjenta oraz rokowanie co do przeżycia / poprawy klinicznej / wyleczenia
- 2) stosowane aktualnie metody leczenia, ich skuteczność i inwazyjność
- 3) przekonania światopoglądowe Pacjenta, w tym moralne i religijne, a także jego ewentualne wyrażone wcześniej życzenia co do postępowania w sytuacji zagrożenia/schyłku życia, które byłyby znane jego rodzinie lub innym bliskim mu osobom
- 4) plan dalszego postępowania, w tym ustalenie z bliskimi, jakie elementy opieki byłyby ważne dla Pacjenta (np. spełnienie potrzeb religijnych, pożegnanie się z kimś), a jakie dla nich, i zatroszczenie się o uwzględnienie tych potrzeb w miarę możliwości.

Lista procedur terapeutycznych, które nie zostaną podjęte albo zostaną wycofane

Rodzaj postępowania	Niepodjęcie	Wycofanie się
przekazanie do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii	<input type="checkbox"/>	
resuscytacja krążeniowo-oddechowa	<input type="checkbox"/>	
farmakologiczne wspomaganie układu krążenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elektroterapia serca (czasowa stymulacja serca, defibrylacja/kardiowersja elektryczna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mechaniczne wspomaganie układu krążenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tlenoterapia wysokoprzepływową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nieinwazyjna mechaniczna wentylacja płuc (NIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
intubacja dotchawicza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inwazyjna mechaniczna wentylacja płuc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terapia nerkozastępcza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
antybiotykoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uzyskanie dostępu naczyniowego z użyciem cewnika centralnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zabiegi operacyjne i inne procedury inwazyjne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
żywienie parenteralne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
przetaczanie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pozaustrojowe wspomaganie funkcji oddechowych (ECMO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OŚWIADCZENIE

Niepodejmowanie albo wycofanie się z wymienionych powyżej procedur jest w pełni medycznie i etycznie uzasadnione ze względu na ich daremność medyczną i dobro pacjenta.

Lekarz specjalista

Imię i nazwisko:

Pieczęć z nr PWZ:

Podpis Data

Lekarz kierujący oddziałem lub lekarz specjalista (gdy lekarz kierujący oddziałem nie jest osiągalny)

Imię i nazwisko:

Pieczęć z nr PWZ:

Podpis Data

Tekst protokołu za *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., ss.138-139.

Autorzy dokumentu *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...* zauważają, że stan chorego jest procesem dynamicznym, który w każdej chwili może ulec zmianie. Dlatego też „**decyzje podjęte przez zespół lekarski i udokumentowane w postaci protokołu ograniczenia terapii daremnej, mogą ulec zmianie na każdym etapie**

leczenia, jeżeli zaistnieją ku temu racjonalne przesłanki medyczne lub zmieni się stan pacjenta”³⁴⁸.

Przedstawiona treść nie wyczerpuje opisu spotkania chorego z lekarzem, ponieważ obok zaprezentowanych elementów działania na rzecz dobra chorego, dokument Internistów Polskich wspomina także o **działaniu ukierunkowanym na bliskich chorego** oraz **działaniu ukierunkowanym na zespół terapeutyczny**. Pierwsze są naturalnym przedłużeniem ustalania postępowania, którego celem jest wdrożenie określonego postępowania względem chorego. Jest to moment, kiedy lekarz informuje o nich najbliższych, poświęca im czas, a także próbuje pomóc im w radzeniu sobie z emocjami, zwłaszcza w chwili śmierci, przy której mają prawo być obecni. To działanie nie kończy się jednak w momencie stwierdzenia zgonu terminalnego pacjenta³⁴⁹. „Bardzo ważna jest rozmowa lekarza i innych członków zespołu z bliskimi po śmierci chorego, wyrażenie współczucia, szacunku, zauważenie ich zaangażowania, a także wskazanie możliwości wsparcia lub zaoferowanie wsparcia w żałobie, jeśli to możliwe”³⁵⁰.

Podobna pomoc w przeżyciu procesu umierania pacjenta w ramach **działań ukierunkowanych na zespół terapeutyczny** powinien mieć zapewniony cały personel, który sprawuje opiekę nad terminalnie chorym. Ich podstawą powinna być dobra komunikacja, w czasie której każdy będzie mógł wypowiedzieć swoje zdanie a przede wszystkim wyrazić swoje obawy dotyczące kierunków postępowania. Z jednej strony będzie to przejawem uszanowania chorego jako osoby, ale przede wszystkim da lekarzom i pielęgniarkom poczucie wartości podejmowanych przez nich czynności, poprzez które zapewniają umierającemu właściwą opiekę³⁵¹. Na każdym jej etapie „członkowie zespołu terapeutycznego powinni być przekonani, że zrobili to, co należało zrobić, że ograniczanie

³⁴⁸ *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. 130. „Po podjęciu decyzji o ograniczeniu podtrzymywaniu funkcji narządów zespół leczący dostosowuje się do przyjętego planu postępowania, który w uzasadnionych przypadkach może być modyfikowany”. Wytyczna nr 11. *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, Kübler, J. Siewiera i in., dz. cyt., s. 231.

³⁴⁹Por. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. 130.

³⁵⁰ *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. 130 „Należy zadbać o dostępność w szpitalach programów wsparcia dla osób osieroconych oraz o kształcenie lekarzy i pielęgniarek w zakresie komunikacji z osobami w żałobie i ich wspierania”. Zalecenie Grupy Roboczej nr 8. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. 131.

³⁵¹ Por. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. 130-131 „W szpitalach należy zadbać o zapewnienie wsparcia duchowego i psychicznego personelowi medycznemu, który opiekuje się chorymi umierającymi”. Zalecenie Grupy Roboczej nr 9. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. 131.

terapii daremnej pozwoliło skupić się na tym, co najważniejsze, najlepsze dla osoby umierającej³⁵². W swoich zaleceniach dokument sugeruje także, że „należy wprowadzić zagadnienia dotyczące terapii daremnej oraz opieki nad chorymi umierającymi w szpitalu i ich bliskimi do kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy i pielęgniarek, w wymiarze pozwalającym zapewnić taką opiekę na wysokim poziomie”³⁵³

Ostatnim elementem dokumentu Towarzystwa Internistów Polskich jest dodatek przedstawiającym elementy prawa polskiego regulujące relację chorego z pacjentem oraz zagadnienia dotyczące uporczywej terapii. Problem ten jednak będzie szczegółowo omówiony w kolejnym rozdziale niniejszej pracy.

Po analizie dokumentu Towarzystwa Internistów Polskich *Zapobieganie terapii daremnej chorych umierających w szpitalu* uzupełniony przez *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) w pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii* Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, odnosi się nieodparte wrażenie, że są one **praktycznym przeniesieniem etyki Edmunda D. Pellegrino, a nawet poszerzeniem zakresu jej obowiązywania**. Podczas gdy pierwsza starała się wskazać, które procedury można określić mianem uporczywej terapii, umieszczając w centrum swoich rozważań relację pacjenta z lekarzem, teksty wymienionych Towarzystw naukowych włączają w tę relację najbliższych umierającego. Nieobcy pozostaje im także personel szpitalny, który podobnie jak rodzina, musi pogodzić się ze śmiercią swego pacjenta i zrozumieć – podobnie jak oni – że końcowy etap ich postępowania ogniskuje się wyłącznie na opiece z pominięciem leczenia. Można powiedzieć, że Towarzystwa chcą zaproponować holistyczne podejście nie tylko wobec chorego, ale wobec wszystkich uczestniczących w ostatnich dniach egzystencji terminalnie chorego. Jest to niewątpliwie ich sukces, bo uświadamiają, że właściwe przeżycie tego trudnego okresu, należy zapewnić nie tylko pacjentowi, ale każdemu uczestnikowi tych wydarzeń.

Pewnym zaskoczeniem jest fakt, iż oba dokumenty poświęcają **bardzo mało miejsca próbie określenia kalkulacji terapii daremnej**. Można odnieść wrażenie, że w ogóle pomijają ten temat poza kilku zdaniem, w których odnoszą się do żywienia pozajelitowego a także w ogóle podaży płynów i substancji odżywczych w momencie agonii - stwierdzają, że istnieją momenty, w których można od nich odstąpić. Być może wynika to z tego, że decyzję

³⁵² *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. 125.

³⁵³ Zalecenie Grupy Roboczej nr 10. *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu...*, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., dz. cyt., s. 131.

o odstąpieniu od konkretnych procedur ma podjąć nie konkretny lekarz ale całe konsylium, w skład którego wchodzi specjaliści w swojej dziedzinie. To oni opierając się na swojej wiedzy i przede wszystkim na praktyce klinicznej, są zobowiązani do przeprowadzenia oceny konkretnych procedury medycznych. Kładzie to jednak na nich obowiązek kształcenia, w tym samokształcenia, które będzie podnosiło ich kwalifikacje naukowe. Dokument Towarzystwa Internistów Polskich sugeruje nawet w swoich zaleceniach wprowadzenie o odpowiedniej ilości zajęć obejmujących zagadnienie terapii daremnej w szkoleniu personelu medycznego.

Zadanie nieustannego kształcenia jest w zasadzie jedynym wymaganiem stawianym lekarzowi. Z opisu spotkania pacjenta i jego bliskich z lekarzem można wnioskować o określonych cechach charakteru, które powinien posiadać. Są to na pewno empatia, umiejętność dialogu, jasnego przedstawiania wniosków, współczucie innym. Wydaje się to wadą analizowanych tekstów, gdyż uniemożliwia przygotowanie odpowiedniej formacji, której celem byłoby przygotowanie przyszłych adeptów sztuki lekarskiej do spotkania z umierającym pacjentem. Można wnioskować, że jest to konsekwencją braku opowiedzenia się po stronie którejkolwiek **antropologii**. Co prawda dokument Towarzystwa Internistów Polskich wspomina, że przedstawiane założenia unikania terapii daremnej są aprobowane przez Kościół Katolicki, jednak nigdzie nie opowiada się za chrześcijańską wizją człowieka. Tym samym lekarz ze swoją wiedzą i nabytymi umiejętnościami staje się sędzią zdolnym zawyrokować, kiedy ludzkie życie zmierza nieuchronnie do śmierci. Złożenie tej prerogatywy w ręce człowieka oznacza brak Absolutu. Rodzi to **niebezpieczeństwo** przypisywania sobie jego cech omylnemu człowiekowi i **uczynienia go panem życia śmierci**.

3.2 Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu

Podczas gdy XX wiek był dla medycyny prawdziwą rewolucją przemysłową, dzięki której poszczególne jej dziedziny otrzymywały nowe urządzenia umożliwiające przedłużanie życia na poziomie makroskopowym, to początek XXI wieku jawi się jako rewolucja w zakresie odżywiania i nawadniania chorych, a tym samym przedłużania egzystencji na poziomie komórkowym. Ostatnie dziesięć lat to całkowita zmiana w podejściu sztucznej podaży składników odżywczych pacjentom. W Polsce wiodącą rolę w formułowaniu zaleceń dotyczących tej części sztuki medycznej podejmuje się Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu, które w 2019 roku po raz ostatni uaktualniło

swoje standardy zgodnie z ówczesną wiedzą³⁵⁴. „Określają [one] cele leczenia żywieniowego, determinują wskazania i przeciwwskazania do żywienia pozajelitowego i dojelitowego oraz omawiają zasady leczenia żywieniowego w szczególnych przypadkach klinicznych”³⁵⁵. Ich analiza pozwoli może pomóc określić, kiedy sztuczne żywienie oraz procedury z nim związane mogą stać się terapią daremną.

Przyjęcie każdego chorego na oddział szpitalny jest związane z badaniem podmiotowym i przedmiotowym. Ich nieodzowną częścią jest **przesiewowa ocena stanu odżywienia**, która powinna być wykonana rutynowo u każdego przyjmowanego. Jej celem jest jak najwcześniejsza identyfikacja chorych, którzy będą potrzebowali określonej interwencji żywieniowej³⁵⁶. W czasie jej przeprowadzania lekarz jest zobowiązany do wyznaczenia czterech wskaźników. Dwa pierwsze są określane kryteriami fenotypowymi i są to **procentowa utrata masy ciała** (>5% w ciągu 6 miesięcy lub >10% w okresie dłuższym niż 6 miesięcy – kryterium spełnione) oraz **wskaźnik masy ciała** (<20kg/m² u osób przed 70 rokiem życia i <22kg/m² po 70 roku życia – kryterium spełnione). Dwa kolejne są nazywane kryteriami etiologicznymi i są to **zmniejszenie przyjmowania lub wchłaniania pokarmów** (≤50% w okresie krótszym niż tydzień lub jakiegokolwiek w okresie dłuższym niż tydzień lub jakiegokolwiek choroba przewlekła upośledzająca wchłanianie – kryterium spełnione) oraz **obecność stanu zapalnego**, to jest nagłe zachorowanie lub uraz lub przewlekły stan związany z chorobą. Obecność przynajmniej jednego kryterium zobowiązuje do wykonania **pogłębionej oceny odżywienia**, do której zazwyczaj służy jedna z dwóch skal³⁵⁷: **Nutrition Risk Screening (NRS 2002)** oraz **Subjective Global Assessment (SGA)**. Obie są uszczegółowieniem kryteriów fenotypowych i etiologicznych³⁵⁸.

Poniżej przedstawienie skali NRS 2002 oraz SGA.

³⁵⁴ Por. *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., Krakowskie Wydawnictwo Scientifica, Kraków 2019, s. 10.

³⁵⁵ *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., s. 10.

³⁵⁶ Por. *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., s. 22.

³⁵⁷ Por. *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., s. 16.

³⁵⁸ Por. *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego. Aneks*, S. Kłęk (red.), Krakowskie Wydawnictwo Scientifica, Kraków 2020, s. 57-59. Zob. także M. Spodaryk, *Podstawy leczenia żywieniowego*, Krakowskie Wydawnictwo Scientifica, Kraków 2019, ss. 87-92.

Część pierwsza NRS 2002 – odpowiedź na pytania. Jeśli co najmniej jedna odpowiedź jest twierdząca – przejdź do części drugiej.

Wstępne badanie przesiewowe		TAK	NIE
1	BMI < 20,5		
2	Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy?		
3	Zmniejszone przyjmowanie posiłków w ciągu ostatniego tygodnia?		
4	Czy pacjent jest ciężko chory? Np. przebył na oddziale intensywnej opieki medycznej.		

Część druga NRS2002 (aktualnie obowiązująca w lecznictwie szpitalnym). Końcowa ocena przesiewowa

Pogorszenie stanu odżywienia		Nasilenie ciężkości choroby, zwiększenie zapotrzebowania na składniki odżywcze	
0 pkt – brak	stan odżywienia prawidłowy	0 pkt – brak	normalne zapotrzebowanie na składniki odżywcze
1 pkt – lekkie niedożywienie	utrata mc. >5% w ciągu 3 mies. lub przyjmowanie pożywienia < 50-75% zapotrzebowania w ciągu ostatniego tygodnia	1 pkt – lekkie niedożywienie	złamanie kości biodrowej choroby przewlekłe z ostrymi powikłaniami: marskość wątroby, POChP, przewlekła hemodializa, cukrzyca, choroby nowotworowe
2 pkt – średnie niedożywienie	utrata masy ciała >5% w ciągu 2 mies., lub BMI 18,5-20,5 z towarzyszącym pogorszeniem stanu ogólnego lub przyjmowanie pożywienia w granicach 25-60% normalnego zapotrzebowania w ciągu ostatniego tyg.	2 pkt – średnie niedożywienie	duże operacje brzuszne, udar mózgu, ciężkie zapalenie płuc, złośliwe choroby hematologiczne
3 pkt – ciężkie niedożywienie	utrata masy ciała >5% w ciągu 1 mies. (>15% w ciągu 3 mies.) lub BMI <18,5 z towarzyszącym pogorszeniem stanu ogólnego lub przyjmowanie pożywienia w granicach 0-25% normalnego zapotrzebowania w ciągu ostatniego tyg.	3 pkt – ciężkie niedożywienie	uraz głowy, przeszczep szpiku, kostnego, pacjenci wymagający intensywnej terapii (stan oceny w skali APACHE na >10 pkt)
Razem: pkt		Razem: pkt	

Wiek pacjenta – jeżeli chory ma >70 lat, dodaj 1 punkt do sumy punktów

Całkowita liczba punktów:

Skala NRS za *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*. Aneks, S. Klęk (red.), dz. cyt., ss. 58-59.

Skala SGA

I. Wywiad

1. Wiek (lata) wzrost (cm) masa ciała (kg) płeć K M
2. Zmiana masy ciała utrata masy w ostatnich 6 miesiącach (kg)(%)
zmiana masy ciała w ostatnich 2 tygodniach:
zwiększenie bez zmian zmniejszenie
3. Zmiany w przyjmowaniu pokarmów
bez zmian zmiany: czas trwania (tygodnie)
Rodzaj diety:
zbliżona do optymalnej dieta oparta na pokarmach stałych
dieta płynna kompletna
dieta płynna hipokaloryczna
głodzenie
4. Objawy ze strony przewodu pokarmowego (utrzymujące się ponad 2 tygodnie)
bez objawów Nudności Wymioty Biegunka Jadłowstręt
5. Wydolność fizyczna
bez zmian zmiany: czas trwania (tygodnie)
rodzaj: praca w ograniczonym zakresie
 chodzi
 leży
6. Choroba a zapotrzebowanie na składniki odżywcze:
wzrost zapotrzebowania metabolicznego wynikające z choroby
brak mały średni duży

II. Badania fizykalne

należy określić stopień zaawansowania:

0 – bez zmian, 1 – lekki, 2 – średni, 3 – ciężki)

utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniem trójgłowym i na klatce piersiowej
zanik mięśni (czworogłowy, naramienny)
obrzęk nad kością krzyżową
obrzęk kostek
wodobrzusze

III. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA):

prawidłowy stan odżywienia
podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia
wyniszczenie
duże ryzyko niedożywienia

podpis i pieczęć lekarza leczącego

podpis i pieczęć członka zespołu żywienia

Skala SGA za *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*. Aneks, S, Kłęk (red.),
dz. cyt., ss. 57-58.

W szczególnych wypadkach do pogłębionej oceny odżywienia należy także zaliczyć wykonanie badań dodatkowych, w tym biochemicznych: stężenia transferyny, prealbuminy, kwasu moczowego, amylazy, lipazy, witamin i pierwiastków śladowych w surowicy (witamina B₁₂, kwas foliowy, cynk, miedź, mangan, selen, żelazo), elektrolitów (sodu, potasu, wapnia, magnezu, chlorków, fosforanów) i stężenia sodu w moczu. Do badań diagnostycznych z tej grupy należą między innymi test wchłaniania jelitowego, badanie endoskopowe przewodu pokarmowego z pobraniem wycinków do badań histopatologicznych, badanie kontrastowe przelyku, ultrasonografia jamy brzusznej i densytometria³⁵⁹. Praktyka lekarska pokazuje jednak, że są one bardzo rzadko wykonywane w czasie sztucznego odżywiania.

Pogłębiona ocena stanu odżywienia pozwala wyodrębnić wśród hospitalizowanych grupę, u której należy **włączyć leczenie żywieniowe**. Są to chorzy zagrożeni niedożywieniem, niedożywieni, z dużym ryzykiem żywieniowym, oraz tacy, u których **przez ponad 7 dni nie będzie możliwości włączenia diety doustnej** (także wówczas, gdy w chwili badania jest prawidłowo odżywiony)³⁶⁰.

„**Pacjent zagrożony niedożywieniem** (...) [to ten], który nie był w stanie utrzymać dziennego spożycia pokarmów >60% zalecanej normy przez okres ponad 10 dni (...) [lub] pacjent z zespołem złego wchłaniania, zwiększoną utratą składników odżywczych bądź zwiększonym zapotrzebowaniem, a także chory, u którego stwierdza się przewagę procesów katabolicznych nad anabolicznymi”³⁶¹. Praktycznie są to chorzy, którzy w skali NRS 2002 otrzymują mniej niż 2 punkty a w skali SGA stopień B.

Chory niedożywiony otrzymuje w skali NRS 2002 co najmniej 3 punkty a w skali SGA stopień B. Praktyczniejsza w określeniu tych chorych wydaje się skala SGA, gdyż w zależności od procentowej utraty masy ciała w przeciągu czasu rozróżnia lekkie, średnie i ciężkie niedożywienie.

Duże ryzyko żywieniowe, z którym związane jest wysokie prawdopodobieństwo powikłań metabolicznych, można rozpoznać, „gdy u chorego stwierdza się spełnienie przynajmniej jednego z kryteriów: niezamierzone zmniejszenie masy ciała o 10-15% w ciągu poprzedzających 6 miesięcy; BMI<18,5kg/m² jeśli wcześniej wskaźnik był większy od

³⁵⁹Por. *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., s. 38.

³⁶⁰Por. *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., s. 18.

³⁶¹ *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., s. 18.

18,5kg/m²; stopień C w SGA lub wynik ≥ 5 punktów w NRS 2002; stężenie albumin w surowicy $<30\text{g/l}$ u chorych bez upośledzenia czynności wątroby lub nerek³⁶².

U tak określonych chorych należy włączyć **leczenie żywieniowe**. Nie oznacza to jednak automatyczne zaordynowanie sztucznego odżywiania. **W pierwszym etapie** powinno dojść do **modyfikacji diety doustnej** przez wzbogacenie jej za pomocą przemysłowych diet cząstkowych, które zawierają jeden składnik odżywczy - białko, tłuszcz lub węglowodany. Alternatywą może być zastosowanie uzupełnienia naturalnej diety przez żywność specjalnego przeznaczenia medycznego³⁶³. **Kolejnym krokiem** jest zaordynowanie żywienia **dietami przemysłowymi drogą przewodu pokarmowego** przez odpowiedni zgłębnik lub przetokę odżywczą. Jest to jednoznaczne z utrzymaniem funkcji przewodu pokarmowego. Dopiero gdy organizm zostaje jej pozbawiony, można włączyć **żywienie pozajelitowe**, co jest związane z podażą substancji odżywczych drogą żył obwodowych lub centralnych. Zawsze istnieje także możliwość łączenia żywienia dojelitowego z pozajelitowym³⁶⁴, „w którym część zaopatrzenia na energię i składniki odżywcze zostaje pokryta drogą dożylną, a pozostała część drogą dojelitową (doustnie lub przez zgłębnik)”³⁶⁵.

Praktyka kliniczna pokazuje, że większość z terminalnie chorych wymaga jakiejś interwencji żywieniowej. O ile dotyczy to jedynie modyfikacji diety doustnej, wydaje się to w pełni akceptowalne. Problem pojawia się, gdy należy zaordynować żywienie dojelitowe lub pozajelitowe – przedstawione wytyczne w żaden sposób nie formułują zaleceń, czy należy podejmować takie procedury. Aspekty etyczne takich decyzji są przedstawione dopiero w dodatku do wytycznych w rozdziale poświęconym *Wybranym zagadnieniom opieki*

³⁶² *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., s. 17.

³⁶³ „Żywność specjalnego przeznaczenia medycznego (ang. food for specialmedicalpurpose – FSMP): oznacza żywność specjalnie przetworzoną lub żywność o specjalnym składzie dietetycznego odżywiania pacjentów, w tym niemowląt, stosowaną pod nadzorem lekarza; służy ona wyłącznemu lub częściowemu żywieniu pacjentów z ograniczoną, upośledzoną lub zaburzoną zdolnością przyjmowania, trawienia, wchłaniania, metabolizowania lub wydalania zwykłej żywności lub niektórych składników odżywczych zawartych w tej żywności lub metabolitach oraz u pacjentów z innymi uzasadnionymi medycznie wymaganiami żywieniowymi, w przypadku których dietetyczne odżywianie nie może zostać osiągnięte jedynie przez zmianę normalnej diety”. *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., s. 13.

³⁶⁴ Por. *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., ss. 12 i 19, 40-41. „Założenia podstawowe: żywienie dojelitowe jest wskazane u chorych, którzy nie mogą w należyтым stopniu pokryć zapotrzebowania dietą naturalną; żywienie dojelitowe przez sztuczny dostęp jest wskazane u chorych, którzy nie mogą w należyтым stopniu pokryć zapotrzebowania drogą doustną, stosując dietę naturalną, dietę naturalną zmodyfikowaną lub doustne suplementy pokarmowe; żywienie pozajelitowe jest wskazane u chorych, których nie można w należyтым zakresie odżywiać drogą dojelitową”. *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., s. 35.

³⁶⁵ *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., s. 12.

*paliatywnej*³⁶⁶. Wśród wymienionych tam reguł najważniejszy wydaje się być odesłanie do „ogólnych zasad etyki medycznej, tj. poszanowania niezależności i godności pacjenta, obowiązku niewyrządzania krzywdy umyślnie, dobroczynności i sprawiedliwości”³⁶⁷. Oznacza to, że konsyliarnie podjęta decyzja, najlepiej z udziałem samego pacjenta, musi przede wszystkim służyć poprawie jego stanu ogólnego lub poprawie jakości życia, choć pojęcie to jest bardzo wieloznaczne i odnosi się nie tylko do fizjologii, ale także potrzeb duchowych, społecznych i emocjonalnych. Trudność w podjęciu takiej decyzji potęguje aktualna wiedza na temat patomechanizmów, które zachodzą w organizmie terminalnie chorego. Skutkują one nie tylko niewystarczającym przyjmowaniem pokarmów, ale także zmianami metabolicznymi, które uniemożliwiają właściwe funkcjonowanie przewodu pokarmowego i związanych z nim narządów. Konsekwencją tego może być nie tylko brak efektów zastosowanej procedury sztucznego odżywiania, ale przede wszystkim przysporzenie dodatkowego cierpienia związanego z jej zastosowaniem. Samo cierpienie wynikające z choroby podstawowej może także być przedłużane przez określoną procedurę, która przyniesienie korzyści w postaci poprawy stanu ogólnego³⁶⁸. „Należy mieć świadomość, że pogodzenie interwencji żywieniowej z ideą łagodzenia objawów w opiece paliatywnej może być niezwykle trudne. (...) Wstrzymanie wspomagania żywieniowego i nawadniania w stanie terminalnym w małym stopniu wpływa na długość pozostałego życia, natomiast może poprawić komfort życia”³⁶⁹.

Zaletą omawianego dokumentu jest określenie kolejności wdrażania procedur sztucznego odżywiania, co może być konkretną wskazówką w zakwalifikowaniu danego sposobu podaży substancji odżywczych jako terapii daremnej lub środka przynależnego każdemu człowiekowi. Podział ten opiera się na funkcjonowaniu przewodu pokarmowego: dopóki jest to możliwe, treść pokarmowa powinna być podawana do jego światła. Dzięki temu terminalnie chory zostanie nie tylko właściwie odżywiony, ale także zostanie zachowana fizjologia flory bakteryjnej przewodu pokarmowego, co zabezpieczy go przed dodatkowymi zaburzeniami związanymi z jej rozrostem i translokacją. Stąd autorzy tekstu sugeruje najpierw modyfikację diety, następnie żywienie dojelitowe a dopiero na końcu żywienie parenteralne.

Dodatkową zaletą takiego podziału procedur związanych ze sztucznym odżywianiem jest ich usystematyzowanie według wzrastającej inwazyjności, co także może być wskazówką

³⁶⁶ *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego. Aneks*, S. Kłęk (red.), dz. cyt., ss. 39-40.

³⁶⁷ *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego. Aneks*, S. Kłęk (red.), dz. cyt., s. 39.

³⁶⁸ Por. *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego. Aneks*, S. Kłęk (red.), dz. cyt., ss. 39-40.

³⁶⁹ *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego. Aneks*, S. Kłęk (red.), dz. cyt., s. 39.

w zakwalifikowaniu konkretnego sposobu podaży substancji odżywczych jako terapii daremnej. Podobnie jak wcześniej i tutaj najmniej inwazyjne jest żywienie enteralne (przez zgłębnik dojelitowy, następnie za pomocą przetoki żołądkowej), podczas gdy żywienie parenteralne wydaje się bardziej uciążliwe (mniej za pomocą żył obwodowych i bardziej za pomocą wkłucia centralnego).

3.3 Leczenie żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną

Problem niedożywienia występuje prawie u wszystkich chorych z zaawansowanym procesem nowotworowym. Jego obecność wpływa niekorzystnie na jakość ich życia, stąd by temu zapobiec Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego, Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej we współpracy z Polskim Towarzystwem Onkologii Klinicznej i Polskim Towarzystwem Gastroenterologicznym w 2018 roku opracowały *Rekomendacje żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną*³⁷⁰. Większość z zawartych w nim 29 wytycznych jest powtórzona w późniejszych *Standardach żywienia dojelitowego i pozajelitowego* Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu. W tym paragrafie zostaną przedstawione jedynie te, które wnoszą istotne treści w temacie niniejszej pracy.

Każdy chory objęty opieką paliatywną z wykluczeniem chorych w stanie agonalnym oraz preagonalnym³⁷¹ powinien być poddany przesiewowej ocenie stanu odżywienia za pomocą skali NRS 2002. W przypadku ryzyka niedożywienia lub niedożywienia powinien zostać objęty leczeniem żywieniowym³⁷², o ile „**przewidywany czas przeżycia przekracza 3 miesiące**”³⁷³. Nie powinno być ono zaordynowane, gdy istnieją do tego **przeciwwskazania**, do których należą: wstrząs, stan preagonalny i agonalny, niestabilność hemodynamiczna,

³⁷⁰ Pełny tekst dokumentu: *Rekomendacje żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną*, A. Zmarzły, T. Dzierżanowski i in., „Medycyna Paliatywna” (10)2018, nr 3, ss. 95-114.

³⁷¹ „Postępowanie to nie dotyczy pacjentów w stanie preagonii i agonii”. *Rekomendacje żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną*, A. Zmarzły, T. Dzierżanowski i in., dz. cyt., s. 101.

³⁷² Por. *Rekomendacje żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną*, A. Zmarzły, T. Dzierżanowski i in., dz. cyt., s. 102.

³⁷³ *Rekomendacje żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną*, A. Zmarzły, T. Dzierżanowski i in., dz. cyt., s. 102. Zalecenie 4: „Leczenie żywieniowe wskazane jest u wszystkich pacjentów z ryzykiem niedożywienia lub niedożywieniem, u których doustną podażą naturalnego pokarmu nie można dostarczyć wystarczającej ilości składników odżywczych, a przewidywany czas przeżycia przekracza 3 miesiące”. *Rekomendacje żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną*, A. Zmarzły, T. Dzierżanowski i in., dz. cyt., s. 102.

ciężkie zaburzenia wodno – elektrolitowe i kwasowo – zasadowe, niewydolność nerek uniemożliwiająca wydalanie szkodliwych produktów przemiany materii (o ile chory nie jest przewlekle dializowany), niewydolność oddechowa bez wspomagania oddychania, ciężkie i nieopanowane zakażenie, brak zgody chorego lub opiekuna odpowiednio przeszkolonego do przeprowadzenia procedury odżywiania w warunkach domowych³⁷⁴.

Brak spełnienia tych wymagań nie oznacza, że sztuczne odżywianie będzie kontynuowane do momentu śmierci terminalnie chorego. W zaleceniu oznaczonym numerem 24 autorzy wymieniają **sytuacje, w których podaż substancji odżywczych powinna zostać przerwana**. Jest to „wejście chorego w stan agonalny, progresja zaburzeń ogólnych opornych na leczenie (np. oporny *hydrothorax*, niewydolność nerek, choroba zakrzepowo – zatorowa), pojawienie się bólu opornego na leczenie, rozwój zaburzeń świadomości u chorego, oporne na leczenie powikłania żywieniowe (np. postępująca niewydolność wątroby)”³⁷⁵. Zawsze także może to być wynikiem wycofania zgody na konkretne procedury przez samego chorego lub opiekuna, który ją stosował w warunkach domowych³⁷⁶.

Kluczowym wydaje się zalecenie numer 24, które omawia **okres umierania** złożony z **preagonii i agonii**. Najpierw w bardzo ogólny sposób tłumaczy, że czas ten charakteryzuje się postępującą niewydolnością wielonarządową, a tym samym spadkiem zapotrzebowania na składniki odżywcze oraz wodę, czego przejawem jest pojawiająca się u chorego dysfagia, spadek apetytu i pragnienia. Konsekwencją tego jest zmiana celu stosowania procedur sztucznego odżywiania i nawadniania³⁷⁷. „**Celem żywienia i nawadniania w okresie umierania jest wyłącznie łagodzenia objawów**, a nie wyrównywanie niedoborów pokarmowych i płynowych”³⁷⁸. Dalsze forsowanie tych procedur może powodować wzrost bólu i cierpienia terminalnie chorego. Będą one skutkiem nie tylko zastosowanej procedury, ale także objawów pojawiających się w konsekwencji dostarczonego pokarmu i wody,

³⁷⁴ Por. *Rekomendacje żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną*, A. Zmarzły, T. Dzierżanowski i in., dz. cyt., s. 103.

³⁷⁵ *Rekomendacje żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną*, A. Zmarzły, T. Dzierżanowski i in., dz. cyt., s. 111.

³⁷⁶ Por. *Rekomendacje żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną*, A. Zmarzły, T. Dzierżanowski i in., dz. cyt., s. 111. *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego* zalecają przerwanie procedur związanych z odżywianiem w momencie wycofania zgody chorego lub gdy chory wraz z lekarzem nabiorą przekonania, że nie przyniosą mu one korzyści. W pozostałych przypadkach mogą zastać zakończone jedynie wówczas, gdy podaż doustna zaspokoi zapotrzebowanie na składniki odżywcze. Istnieje także możliwość ich czasowego przerwania w przypadku powikłań lub pogorszenia stanu ogólnego chorego, który uniemożliwia bezpieczne stosowanie określonej procedury. *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., s. 42.

³⁷⁷ Por. *Rekomendacje żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną*, A. Zmarzły, T. Dzierżanowski i in., dz. cyt., s. 111.

³⁷⁸ *Rekomendacje żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną*, A. Zmarzły, T. Dzierżanowski i in., dz. cyt., s. 111.

których organizm nie jest w stanie już wchłonąć³⁷⁹. Oznacza to, że „w okresie umierania (preagonii i agonii), należy ograniczyć interwencje żywieniowe, a nawet je wycofać, jeśli przyniosłyby pacjentowi dodatkowy dyskomfort lub cierpienie”³⁸⁰.

Mogłoby się wydawać, że ujęcie w taki sposób problemu żywienia w czasie umierania, stawia lekarza jako specjalistę w swojej dziedzinie jako głównego decydującego o odstąpieniu od wszelkich procedur związanych ze sztucznym odżywianiem. Swoją oceną dotyczącą szkodliwości stosowanej procedury i uznania jej za terapię daremną, winien podzielić się z terminalnie chorym, o ile pozwala na to stan jego świadomości. Następnie **razem powinni podjąć decyzję** i rozpocząć jej realizację, także wówczas, gdy chory decyduje się na jej kontynuowanie akceptując dodatkowy ból i cierpienie, co można tłumaczyć lękiem przed śmiercią oraz wolą życia³⁸¹.

W podobny sposób lekarz powinien wytłumaczyć decyzję o odstąpieniu od terapii daremnej **najbliższym chorego**³⁸².

Podsumowaniem wytycznych jest ostatnia rekomendacja, która stwierdza, że „**nie należy traktować żywienia dojelitowego i pozajelitowego jako środków nadzwyczajnych**, jeśli nie pogarszają stanu pacjenta, nie przedłużają okresu jego umierania oraz nie stanowią dla niego znacznego pogorszenia jakości życia czy dyskomfortu”³⁸³. Podkreśla ona także o konieczności włączenia w proces decyzji samego chorego z uszanowaniem jego woli. O wszystkim powinna być informowana rodzina, której wolę w przypadku chęci działania na szkodę chorego należy pominąć³⁸⁴.

Zaletą omawianego dokumentu jest próba określenia konkretnych sytuacji czy zaistnienia określonych stanów chorobowych, które pozwalają na odstąpienie od sztucznego odżywiania. Pomocne jest także określenie spodziewanego czasu przeżycia, który pozwala na leczenie żywieniowe. Największym jednak sukcesem jest omówienie okresu umierania a zwłaszcza podkreślenie, że dochodzi wówczas do zmiany celu odżywiania i nawadniania. Od tego momentu mają one jedynie łagodzić objawy a nie wyrównywać niedobory

³⁷⁹ Por. *Rekomendacje żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną*, A. Zmarzły, T. Dzierżanowski i in., dz. cyt., s. 111.

³⁸⁰ *Rekomendacje żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną*, A. Zmarzły, T. Dzierżanowski i in., dz. cyt., s. 111.

³⁸¹ Por. *Rekomendacje żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną*, A. Zmarzły, T. Dzierżanowski i in., dz. cyt., s. 111.

³⁸² Por. *Rekomendacje żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną*, A. Zmarzły, T. Dzierżanowski i in., dz. cyt., s. 111.

³⁸³ *Rekomendacje żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną*, A. Zmarzły, T. Dzierżanowski i in., dz. cyt., s. 112.

³⁸⁴ Por. *Rekomendacje żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną*, A. Zmarzły, T. Dzierżanowski i in., dz. cyt., s. 112.

żywieniowe. Dzięki temu lekarz może uniknąć dylematów dotyczących zakwalifikowania konkretnej procedury jako środka zwyczajnego/proporcjonalnego lub nadzwyczajnego/nieproporcjonalnego.

3.4 Czego uczą Towarzystwa Medyczne?

Analiza dokumentów Towarzystw Medycznych uświadamia, że jednym z głównych celów postępowania w zakresie odżywiania i nawadniania terminalnie chorych jest profilaktyka, której zadaniem jest zapobieganie niedożywieniu. Stąd lekarz musi umieć określić konkretny moment, w którym powinien zaordynować leczenie żywieniowe. Jako narzędzie stworzono mu odpowiednie skale (NRS 2002 lub SGA), które pozwalają określić moment interwencji żywieniowej. Towarzystwa medyczne podkreślają jednak, że w stanie terminalnym, a zwłaszcza w okresie umierania, najważniejsze jest zapewnienie komfortu umierającemu, co pozwala na odstępnie od wszelkich form żywienia. „Celem żywienia i nawadniania w okresie umierania jest wyłącznie łagodzenia objawów, a nie wyrównywanie niedoborów pokarmowych i płynowych”³⁸⁵. Lekarz musi jednak umieć rozpoznać moment, gdy chory wszedł w ostatnią fazę swego życia lub zaistnienie dodatkowych schorzeń, które stanowią przeciwwskazanie do stosowania sztucznego odżywiania. To wszystko nakłada na lekarza nieustanny obowiązek powiększania swojej wiedzy oraz nabywania nowych umiejętności. Nie bez znaczenia jest także doświadczenie kliniczne, być może ważniejsze niż zdobyta uprzednio wiedza.

Wydaje się, że Towarzystwa unikają prostych kwalifikacji i podziałów procedur na zwyczajne/proporcjonalne i nadzwyczajne/nieproporcjonalne. Gdy o nich wspominają odsyłają zazwyczaj do ogólnych zasad etycznych i zobowiązują lekarza do posługiwania się nimi w zgodzie ze swoim sumieniem. Niestety w zasadzie nigdzie nie odnoszą się do Boga/Absolutu, który byłby gwarantem godności osoby ludzkiej, która oddaje się w ręce lekarza. Jedyne dokument Towarzystwa Internistów Polskich w kilku słowach wspomina, że proponowane rozwiązania są akceptowane przez Kościół Katolicki, a tym samym pośrednio uznaje istnienie Boga jako Pana życia i śmierci. W praktyce oznacza to, że lekarz oprócz ogromu wiedzy i umiejętności lekarskich oraz doświadczenia klinicznego, musi stać się specjalistą w zakresie etyki. Pewną pomocą w tym mogą być inni lekarze, gdyż wszystkie

³⁸⁵ *Rekomendacje żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną*, A. Zmarzły, T. Dzierżanowski i in., dz. cyt., s. 111.

dokumenty podkreślają, że decyzje dotyczące końca życia mają być podejmowane w sposób konsyliarny.

Przełomowym wydaje się dokument Towarzystwa Internistów Polskich, który w idealny sposób pokazuje proces podejmowania decyzji dotyczących stosowanych procedur wobec terminalnie chorych. Z założenia powinni w nim brać udział wszyscy zainteresowani dobrem chorego to jest sam pacjent z najbliższymi oraz lekarz. Można powiedzieć, że dokument ten przywraca” ludzkie oblicze” medycynie oraz rekomenduje holistyczne podejście do chorego, gdyż nakłada na służbę zdrowia obowiązek nie tylko leczenia, ale także zadbania o pozostałe potrzeby chorego (społeczne, rodzinne, religijne, psychiczne).

Analiza rekomendacji uświadamia, że lekarz powinien być specjalistą nie tylko w stosownych dziedzinach medycyny - wydaje się, że za tę część odpowiada proces kształcenia w czasie studiów i specjalizacji a następnie praca kliniczna. Równie ważna wydaje się formacja lekarza jako człowieka, który z empatią winien podchodzić do chorego i jego najbliższych – nader często właściwie przeprowadzona rozmowa z nimi może uchronić go od problemów wynikających z niewłaściwego przekazania informacji. Nie bez znaczenia jest także formacja sumienia, w którym lekarz podejmuje decyzję dotyczące odstąpienia od terapii daremnej w zgodzie w aktualnymi wytycznymi, swoją wiedzą i doświadczeniem klinicznym. Zwieńczeniem jego kształcenia powinna jednak być formacja religijna, dzięki której będzie miał świadomość, że jest jedynie narzędziem w ręku Boga a nie sędzią decydującym o zakończeniu życia.

ROZDZIAŁ IV

UPORCZYWA TERAPIA I SZTUCZNE ODŻYWIANIE W PRAWODAWSTWIE POLSKIM

Niewątpliwie każda władza podejmuje próbę uporządkowania życia zdrowotnego swoich obywateli. Dlatego też przeanalizuję polski porządek prawny, by określić granicę uporczywej terapii oraz ewentualne sytuacje, w których terminalnie chory może jej doświadczyć. W tym celu przedstawię wybrane dokumenty normatywne Rzeczypospolitej Polskiej. W pierwszym paragrafie zostaną zanalizowane wybrane artykuły obowiązującej *Konstytucji*, które są źródłem konkretnych ustaw. Pierwszą z nich – *Ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty* – przedstawię w paragrafie drugim. Tym samym omówię niektóre obowiązki i prawa przysługujące lekarzowi. W trzeciej części przedstawię prawa pacjenta zapisane w *Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Wreszcie jako ostatni zostanie zaprezentowany *Kodeks Etyki Lekarskiej*, który mimo iż jest jedynie prawem korporacyjnym, często zostaje przywoływany w orzeczeniach sądowych.

4.1 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej

Podstawowym wnioskiem, który nasuwa się po analizie aktów prawnych określanych mianem **prawa medycznego**³⁸⁶, jest brak normatywnego określenia terminu uporczywej terapii³⁸⁷. Nie oznacza to jednak, że władza sądownicza jest pozbawiona narzędzi umożliwiających ferowanie wyroków w etycznych dylematach dotyczących zakresu terapii i opieki nad terminalnie chorymi. Podstawą jej dedukcyjnego myślenia w orzekaniu staje się wówczas Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej³⁸⁸ z kluczowym artykułem 30: „Przyrodzona

³⁸⁶ „Prawo medyczne to zbiór norm regulujących prawa i obowiązki pacjenta oraz personelu medycznego, w szczególności lekarza, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego i innych podmiotów uczestniczących w udzielaniu świadczeń, obejmujący również zespół norm regulujących sposób działania podmiotów leczniczych i innych podmiotów uczestniczących w procesie udzielania świadczeń”. K. Pudłowska, *Prawo medyczne w pigułce*, Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2022, s. 13. Zob. także J. Zajdel – Całkowska, *Prawo medyczne*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019, ss. 1 – 5.

³⁸⁷ Por. G. Gura, *Prawo pacjenta do umierania w spokoju i godności a uporczywa terapia* [w:] *Prawne aspekty medyczne dotyczące stanów terminalnych*, G. Gura, P. Bednarski (red.), Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2021, s. 17. Autor wspomina, że definicja terminu uporczywej terapii i jej zakres znalazł się w projekcie *Ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej*, która była zbieżną z definicją wypracowaną przez Polską Grupę Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia. Tamże ss. 20 – 21 oraz paragraf 3.1 rozdziału III niniejszej pracy.

³⁸⁸ Pełny tekst Konstytucji: <https://www.prezydent.pl/prawo/konstytucja-rp> (dostęp 24.04.2023).

i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych”³⁸⁹.

W przytoczonym artykule **godność** należy rozumieć dwojako. Przede wszystkim jako **wartość transcendentną**, z której wypływają wszelkie inne prawa. Przynależy ona każdej osobie i dlatego jest określana **godnością osobową**³⁹⁰. Jest ona „przyrodzona i niezbywalna – towarzyszy człowiekowi zawsze i nie może być naruszona ani przez prawodawcę, ani przez określone czyny innych podmiotów. W tym znaczeniu człowiek zawsze zachowuje godność i żadne zachowania nie mogą go tej godności pozbawić, ani jej naruszyć”³⁹¹. Stąd każdy człowiek może podejmować jakiegokolwiek działania zgodnie ze swoją wolą, a prawo może jedynie ustalać granice tego działania³⁹², co wyraża punkt 3 artykułu 31 Konstytucji: „Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne”³⁹³. W rzeczywistości treść tego artykułu odnosi się jednak do drugiego znaczenia pojęcia godności określanej mianem **godności osobistej**. Zaliczyć do niej trzeba te wszystkie wartości, które według powszechnej opinii, nadają jednostce konkretny szacunek ze strony otaczających ją osób³⁹⁴.

Godnym podkreślenia jest fakt, iż przedstawione treści nie są ograniczone jedynie do obywateli Rzeczypospolitej, ale przynależą każdemu człowiekowi niezależnie od jego narodowości, gdyż wypływają z godności osobowej a nie są implikacją przynależności państwowej³⁹⁵.

Bezpośredni związek z artykułem 30 Ustawy Zasadniczej posiada artykuł 38, w myśl którego „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi **prawną ochronę życia**”³⁹⁶ oraz artykuł 68, który gwarantuje każdemu prawo do ochrony zdrowia³⁹⁷. Ten drugi doprecyzowuje, że „przysługuje ono [prawo] obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej, a władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej

³⁸⁹ Art. 30 Konstytucji RP.

³⁹⁰ Por. P. Grzesiewski, *Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta* [w]: *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2021, s. 611.

³⁹¹ P. Grzesiewski, *Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta* [w]: *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., s. 611.

³⁹² Por. J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2007, ss. 87-88.

³⁹³ Art. 31 pkt 3 Konstytucji RP.

³⁹⁴ Por. P. Grzesiewski, *Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta* [w]: *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., s. 611. Zob. także P. Bednarski, *Realizacja prawa do godności pacjenta w stanie terminalnym* [w]: *Prawne aspekty medyczne dotyczące stanów terminalnych*, G. Gura, P. Bednarski (red.), dz. cyt., ss. 30 – 31.

³⁹⁵ Por. J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, dz. cyt., s. 89.

³⁹⁶ Art. 38 Konstytucji RP.

³⁹⁷ Por. J. Zajdel – Całkowska, *Prawo medyczne*, dz. cyt., ss. 5 -6.

finansowanej ze środków publicznych”³⁹⁸. Kluczowym wydaje się tutaj pojęcie **świadczenia medycznego**, które zostaje zdefiniowane w *Ustawie o działalności leczniczej* z dnia 15 kwietnia 2011 roku³⁹⁹. Są to „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”⁴⁰⁰. Tożsamą definicję rozszerzoną jedynie o działania profilaktyczne⁴⁰¹ zawiera *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* z dnia 27 sierpnia 2004 roku⁴⁰². Analiza prawna zawartych treści pozwala wyróżnić trzy rodzaje świadczeń. Pierwsze z nich są określane mianem czynności leczniczych i służą zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Kolejne to tak zwane zabiegi pomocnicze, które wynikają z procesu leczenia. Jako ostatnie są wymieniane tak zwane czynności nieterapeutyczne, czyli te wszystkie działania medyczne, które nie są związane z procesem leczenia i są określone odrębnymi przepisami regulującymi zasady ich wykonywania⁴⁰³. **W aspekcie terminalnie chorych** oznacza to stosowanie tylko tych świadczeń, których celem będzie zachowanie stanu zdrowia. Trudności będzie tutaj sprawiała definicja zdrowia, gdyż stan terminalny w swojej istocie zmierza do nieuchronnej śmierci i nie ma możliwości przywrócenia stanu charakteryzującego się brakiem choroby. Zdrowie należy więc tutaj rozumieć jako sprawność fizyczną adekwatną do aktualnego stanu ogólnego z towarzyszącym komfortem psychicznym oraz zachowaniem funkcji społecznych. Odpowiada to definicji zdrowia zaproponowanej przez Światową Organizację Zdrowia⁴⁰⁴.

Poznanie konstytucyjnych praw dotyczących godności chorego i ochrony zdrowia, a w konsekwencji definicji przysługujących mu świadczeń medycznych umożliwia

³⁹⁸ Art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP: „Ust. 1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Ust. 2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”. Zob. także K. Pudłowska, *Prawo medyczne w pigułce*, dz. cyt., ss. 24-30.

³⁹⁹ Tekst jednolity *Ustawy o działalności leczniczej*, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000711> (dostęp 12.05.2023).

⁴⁰⁰ Art. 2 ust. 1 pkt 10 *Ustawy o działalności leczniczej*.

⁴⁰¹ Art. 5 pkt 40 *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*: „działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”.

⁴⁰² Tekst jednolity *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210001285> (dostęp 14.05.2023).

⁴⁰³ Por. *Pojęcie i rodzaje świadczenia zdrowotnego*, <https://legalekspert.pl/pojecie-i-rodzaje-swiadczenia-zdrowotnego/> (dostęp 14.05.2023). Zob. także D. Karkowska, *Rozdział 1. Przepisy ogólne [w:] Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., ss. 202 – 208.

⁴⁰⁴ Por. D. Karkowska, *Rozdział 1. Przepisy ogólne [w:] Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., ss. 206 – 208. Zob. także M. Gliszczyńska, M. Młot *Rodzaje opieki długoterminowej [w:] Opieka długoterminowa. Uwarunkowania medyczne i prawne*, E. Zielińska, B. Guzak, K. Syroka-Marczewska (red.), PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018, ss. 87-100; R. Iwański, *Opieka długoterminowa nad osobami starszymi*, CeDeWu, Warszawa 2016, ss. 187-202.

poszukiwanie granic uporczywej terapii w konkretnych ustawach dotyczących wykonywania zawodu lekarza oraz praw pacjenta.

4.2 Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry

Uchwalona 5 grudnia 1996 roku *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry*⁴⁰⁵ reguluje zasady funkcjonowania obu zawodów na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Określa ona warunki uzyskania prawa wykonywania zawodu, zobowiązuje do ustawicznego rozwoju i określa jego zasady, wymaga konkretnych zachowań w trakcie wykonywania praktyki oraz określa warunki przeprowadzenia eksperymentu medycznego. Ostatnia nowelizacja w czasie pandemii Covid – 19 dostosowywała powyższe treści do panujących wówczas warunków.

Już na samym początku ustawodawca zobowiązuje lekarza do wykonywania swego zawodu „zgodnie ze **wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej**, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”⁴⁰⁶. Trudność w realizacji tego zobowiązania wynika z nieustannego rozwoju nauk medycznych. Skutkiem tego lekarz, który chce pozostać profesjonalistą, nigdy nie może zakończyć swego kształcenia, ale każdego dnia musi starać się, by jego wiedza była aktualna. Pomocne w tym są formułowane przez towarzystwa naukowe standardy postępowania⁴⁰⁷. „Funkcją standardów jest ułatwienie pracy lekarzowi oraz zapewnienie mu bezpieczeństwa prawnego. Polega ono na tym, że o ile lekarz w trakcie wykonywania zawodu będzie przestrzegał zawartych w standardach zaleceń i wymagań, co do zasady może mieć pewność, iż w sytuacjach typowych jego postępowanie z prawnego punktu widzenia zostanie ocenione jako prawidłowe”⁴⁰⁸.

Konsekwencją tego jest zobowiązanie lekarza do nieustannego samokształcenia. Bezpośrednio zostaje to wyrażone w artykule 18, który stwierdza, że „Lekarz (...) ma **prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego**”⁴⁰⁹. Jest to kontynuacja i doskonalenie odbytego kształcenia podyplomowego, które obejmuje staż podyplomowy a następnie szkolenie

⁴⁰⁵ Test jednolity *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19970280152> (dostęp 14.05.2023).

⁴⁰⁶ Art. 4 *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*.

⁴⁰⁷ Por. E. Zielińska, B. Namysłowska – Gabrysiak, *Komentarz do artykułu 4 [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2022, ss. 91 – 94.

⁴⁰⁸ E. Zielińska, B. Namysłowska – Gabrysiak, *Komentarz do artykułu 4 [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), dz., cyt., s. 93. Zob. M. Młot, *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry [w:] Opieka długoterminowa. Uwarunkowania medyczne i prawne*, E. Zielińska, B. Guzak, K. Syroka-Marczewska (red.), dz. cyt., ss. 164-168.

⁴⁰⁹ Art. 18 *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*.

specjalizacyjne z towarzyszącym im nabywaniem umiejętności klinicznych i zawodowych⁴¹⁰. „Samo doskonalenie zawodowe obejmuje natomiast stałą aktywność w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia”⁴¹¹.

Brak realizacji nałożonego przez ustawodawcę obowiązku jest jednoznaczny z wykonywaniem zawodu lekarza bez **należytej staranności**. Prawodawca jednak zobowiązując do niej nie miał na myśli jedynie ciągłej aktualizacji wiedzy⁴¹². „Odwołując się do pojęcia należytej staranności, chciał on [ustawodawca] zapobiec sytuacjom, w których lekarz nie przestrzega zasad postępowania z określonym dobrem wskutek nieuwagi, lekkomyślności, niedbalstwa, zapomnienia (...). Innymi słowy chodziło o zapewnienie, aby działanie lekarskie zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej zostało przeprowadzone z należyłą starannością”⁴¹³.

Niezależenie od obowiązku respektowania zapisów prawa, ustawodawca zobowiązuje lekarza do **przestrzegania zasad etyki lekarskiej**, które są uzupełnieniem zapisów prawa. Prawodawca zdaje sobie sprawę, że analizowany dokument nie wskaże rozwiązania każdej sytuacji w czasie procesu terapeutycznego. W problematycznych przypadkach lekarz winien posługiwać się zasadami etyczno – deontologicznymi⁴¹⁴. Przykładem takiej sytuacji jest postępowanie wobec terminalnie chorych.

Tak przygotowany pod względem teoretycznym oraz praktycznym lekarz, który jest specjalistą w swojej dziedzinie, „ma **obowiązek udzielać pomocy lekarskiej** w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia”⁴¹⁵. O ile termin **utraty życia** nie wymaga tłumaczenia, o tyle pozostałe nastroczają trudności także prawnikom. Aktualnym pozostaje orzeczenie Sądu Najwyższego z roku 1975, w którym stwierdził, że do **uszkodzenia ciała** dochodzi wówczas, gdy w tkankach pacjenta pozostanie fizyczny ślad działania osoby wykonującej zawód medyczny⁴¹⁶. W tym samym wyroku stwierdza, że „**rozstrojem zdrowia** (...) będzie takie działanie na organizm ludzki, które pociąga za sobą

⁴¹⁰ Por. A. Dąbek, *Komentarz do artykułu 18 [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), dz., cyt., ss. 656 – 658.

⁴¹¹ A. Dąbek, *Komentarz do artykułu 18 [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), dz., cyt., s. 658.

⁴¹² Por. E. Zielińska, B. Namysłowska – Gabrysiak, *Komentarz do artykułu 4 [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), dz. cyt., ss. 108 – 113.

⁴¹³ E. Zielińska, B. Namysłowska – Gabrysiak, *Komentarz do artykułu 4 [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), dz. cyt., s. 108.

⁴¹⁴ Por. E. Zielińska, B. Namysłowska – Gabrysiak, *Komentarz do artykułu 4 [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), dz. cyt., s. 113.

⁴¹⁵ Art. 30 *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*.

⁴¹⁶ Por. J. Lazer, M. Hudziak i in., *Rozstrój zdrowia. Ile wynosi odszkodowanie za błąd medyczny?*, <https://bladlekarza.com/rozstroj-zdrowia/> (dostęp 15.05.2023).

zakłócenie jego funkcji”, co w 2002 roku zostało uzupełnione o stwierdzenie, że „przemijający charakter zakłóceń w funkcjonowaniu organizmu nie wyłącza możliwości uznania, że zakłócenia te wywołały rozstrój zdrowia”⁴¹⁷. By jednak mówić o odpowiedzialności (karnej, cywilnej lub zawodowej) w ich zaistnieniu, musi zostać udowodniony związek przyczynowy pomiędzy nimi a zwłoką w działaniu lekarza⁴¹⁸.

Do wypełnienia tego obowiązku jest zobowiązany każdy lekarz niezależnie od tego, czy aktualnie wykonuje swoje obowiązki, czy odpoczywa po pracy, oraz niezależnie od formy zatrudnienia lub w ogóle jego braku. Oznacza to, że w chwili, gdy lekarz znajdzie się w bezpośrednim kontakcie z potrzebującym pomocy, jest zobowiązany do jej udzielenia w każdym miejscu, to jest w pracy, w domu lub w przypadkowej przestrzeni. Ponadto przepis ten zobowiązuje go do działania nie tylko wtedy, gdy zostanie do tego wezwany prostym pytaniem: „czy jest tu lekarz?”, ale także wówczas, gdy sam zauważy, że osoba w bezpośredniej bliskości przestrzennej wymaga natychmiastowej pomocy, która nie musi być utożsamiana z leczeniem⁴¹⁹. „Pomoc lekarska w takim przypadku ma charakter doraźny i może ograniczać się do tych czynności medycznych, które ze względu na stan zdrowia pacjenta powinny zostać podjęte bez zwłoki. Dlatego też pomoc lekarska w rozumieniu tego przepisu, zwłaszcza udzielana w warunkach pozaszpitalnych, może być zbliżona do pierwszej pomocy (...). Pomoc w takiej sytuacji ogranicza się do zastosowania sztucznego oddychania, zatamowania krwotoku, aplikacji środków wspomagających krążenie lub ułatwiających oddychanie, zastosowania środków przeciwwstrząsowych, założenie opatrunku usztywniającego, a nawet tylko do odpowiedniego zabezpieczenia chorego przez ułożenie w dogodnej pozycji, zapewnienie ochrony przed wychłodzeniem itd.”⁴²⁰.

W przypadku, gdy zwłoka w udzielaniu pomocy nie będzie skutkowałą utratą życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, **lekarz ma prawo odstąpić od leczenia lub w ogóle go nie podejmować**, co powinno zostać uzasadnione i odnotowane w prowadzonej dokumentacji medycznej. Sam chory oraz jego najbliżsi odpowiednio wcześniej powinni zostać poinformowani o podjęciu takiej decyzji, jak również powinno zostać im wskazane miejsce, gdzie świadczenia, których lekarz nie podjął lub od których odstąpił, można uzyskać. Dodatkowo, gdy lekarz wykonuje swoją pracę w ramach umowy

⁴¹⁷ J. Lazer, M. Hudziak i in., *Rozstrój zdrowia. Ile wynosi odszkodowanie za błąd medyczny?*, <https://bladlekarza.com/rozstroj-zdrowia/> (dostęp 15.05.2023).

⁴¹⁸ Por. E. Zielińska, B. Namysłowska – Gabrysiak, *Komentarz do artykułu 30 [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), dz. cyt., s. 777.

⁴¹⁹ Por. E. Zielińska, B. Namysłowska – Gabrysiak, *Komentarz do artykułu 30 [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), dz. cyt., ss. 768 - 779.

⁴²⁰ E. Zielińska, B. Namysłowska – Gabrysiak, *Komentarz do artykułu 30 [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), dz. cyt., ss. 779 – 780.

o pracę lub w ramach służby, może tak postąpić jedynie po uzyskaniu zgody swego przełożonego, jeśli tylko istnieją ku temu poważne powody^{421,422}.

By prawidłowo zrozumieć przytoczoną treść, należy zaznaczyć, że wśród świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza można wyróżnić **działania lecznicze**, które służą przywróceniu lub poprawie zdrowia, oraz wszystkie pozostałe **działania** określane mianem **nieterapeutycznych**. W myśl artykułu 38 *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry* lekarz ma prawo nie podejmować lub odstąpić jedynie od działań leczniczych; nigdy natomiast nie może odmówić świadczeń nieterapeutycznych.⁴²³ **W przypadku terminalnie chorych przepis ten umożliwia rezygnację z terapii**, która nie jest w stanie oddziaływać na przyczynę, to jest nie przyniesie wyzdrowienia chorego. Odstąpienie wówczas od terapii daremnej nie pozbawia jednak pacjenta opieki, którą lekarz w dalszym ciągu jest zobowiązany zapewnić. Zasadnicze pytanie, które należy sobie zadać w tym miejscu, dotyczy **poważnych przyczyn**, dla których można zrezygnować z procesu leczenia. Wydaje się, że odpowiedzią jest realizacja przedstawionych wcześniej artykułów 4 i 18, które zobowiązują lekarza do **postępowania w zgodzie z najwyższymi standardami** obejmującymi posiadaną wiedzę i umiejętności. Jak zauważają komentarze „powodem odstąpienie od kontynuacji leczenia może być też przekonanie lekarza, że (...) biorąc pod uwagę stan pacjenta, wyczerpał już wszystkie dostępne mu możliwości lecznicze”⁴²⁴.

W myśl ustawy, decyzji o odstąpieniu od uporczywej terapii lekarz prowadzący nie podejmuje sam, ponieważ jest **zobowiązany do jej przedstawienia swojemu zwierzchnikowi**. Praktyka pokazuje, że po rozmowie z nim, w czasie której prezentuje stan chorego oraz wyniki badań dodatkowych, jego decyzja zostaje zaakceptowana. *De facto* więc

⁴²¹ Art. 30 *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*: „1. Lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w art. 30, z zastrzeżeniem ust. 3. 2. W przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym. 3. Jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego. 4. W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej”.

⁴²² „Jedynymi sytuacjami, w której lekarz nie może wykonać ww. obowiązku, jest brak zdolności lekarza do działania (choroba, przemęczenie) oraz udzielanie w tym czasie pomocy innej osobie. Dodatkowo, zgodnie z wykładnią systemową prawa, obowiązek pomocy powinien być wyłączony z powodu ryzyka sytuacyjnego – bez narażania siebie samego na poważne niebezpieczeństwo (...). Jednocześnie okolicznością zwalniającą lekarza z obowiązku niesienia pomocy nie będzie ryzyko związane z wykonywaniem zawodu, np. ryzyko zarażenia się od pacjenta”. M. Młot, *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry* [w:] *Opieka długoterminowa. Uwarunkowania medyczne i prawne*, E. Zielińska, B. Guzak, K. Syroka-Marczewska (red.), dz. cyt., s. 170.

⁴²³ Por. E. Zielińska, B. Namysłowska – Gabrysiak, *Komentarz do artykułu 30* [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), dz. cyt., s. 870.

⁴²⁴ E. Zielińska, B. Namysłowska – Gabrysiak, *Komentarz do artykułu 30* [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), dz. cyt., s. 873.

jego decyzja jest autonomiczna a wyrażona przez ordynatora lub kierownika oddziału zgoda jest jedynie formalna. Ustawa zobowiązuje, by w prowadzonej **dokumentacji medycznej** odnotować ten fakt oraz przesłanki, które zadecydowały o odstąpieniu od uporczywej terapii. W procesie decyzyjnym **nie uczestniczą natomiast najbliżsi chorego**. Oznacza to, że lekarz nie jest zobowiązany do uzyskania ich zgody na zaniechanie dalszych działań leczniczych. Z uwagi na stan chorego oraz nieuchronnie zbliżającą się śmierć **problematycznym** wydaje się przepis zobowiązujący lekarza do **wskazania miejsca**, w którym terminalnie chory mógłby w dalszym ciągu być leczonym a nie jedynie mogła być sprawowana nad nim opieka⁴²⁵.

Powiązane z przedstawioną treścią są artykuły 31 i 32 omawianej ustawy. W pierwszym z nich ustawodawca zobowiązuje lekarza do **udzielania informacji** o stanie zdrowia chorego⁴²⁶, także wówczas, gdy w jego zamiśle wskazane jest skorzystanie z przywileju terapeutycznego. Drugi natomiast nakazuje lekarzowi **uzyskanie zgody chorego** na proponowane procedury medyczne. Ich interpretacja jest tożsama z treściami przedstawionymi w kolejnym paragrafie dotyczącymi wymienionych praw pacjenta⁴²⁷.

Ostatnim artykułem, który w prezentowanej ustawie odnosi się zwłaszcza do terminalnie chorych, jest artykuł 36, w myśl którego „lekarz podczas udzielania świadczeń zdrowotnych ma obowiązek **poszanowania intymności i godności** osobistej pacjenta”⁴²⁸. Jego zakres także został przedstawiony w paragrafie dotyczącym *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*⁴²⁹.

Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry nie wskazuje bezpośrednio na granicę terapii terminalnie chorych. Analiza jej treści pozwala jednak w pośredni sposób określić moment, kiedy należy zaniechać działań leczniczych. Jest to zadanie lekarza, który dzięki swojej wiedzy i umiejętnościom, potrafi określić taki moment w życiu chorego, w którym wszelkie oddziaływania na chorobę podstawową utraciły sens, to jest wyleczenie staje się niemożliwe a choremu należy zapewnić jedynie opiekę. Od tej chwili wszelkie działania

⁴²⁵ Por. E. Zielińska, B. Namysłowska – Gabrysiak, *Komentarz do artykułu 30 [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), dz. cyt., ss. 870 – 875. Zob. także K. Pudłowska, *Prawo medyczne w pigułce*, dz. cyt., 121-124; J. Zajdel – Całkowska, *Prawo medyczne*, dz. cyt., ss. 180-186; Ż. Skrenty, *Dylematy lekarzy intensywiistów wobec terapii daremnej [w:] Prawne aspekty medyczne dotyczące stanów terminalnych*, G. Gura, P. Bednarski (red.), ss. 119-132.

⁴²⁶ Zob. M. Malczewska, *Komentarz do artykułu 31 [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), dz. cyt., ss. 786 – 807.

⁴²⁷ Por. M. Malczewska, *Komentarz do artykułu 32 [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), dz. cyt., ss. 807 – 830.

⁴²⁸ Art. 36 par. 1 *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*.

⁴²⁹ Zob. M. Malczewska, *Komentarz do artykułu 36 [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), dz. cyt., ss. 854 – 865.

terapeutyczne stają się uporczywą terapią. Złożenie tak odpowiedzialnego zadania na barkach lekarza obliguje go do nieustannego samokształcenia i podnoszenia kwalifikacji, co także jest wyrażone w treści prezentowanego dokumentu. Spoczywa także na nim obowiązek zapewnienia opieki terminalnie choremu oraz realizacji praw, które są mu przynależne z racji posiadanej przez niego godności. Prawa te w szczegółowy sposób zostały zawarte w *Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

4.3 Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Prawa przysługujące osobom chorym zostały w polskim porządku prawnym omówione w uchwalonej 6 listopada 2008 roku *Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*⁴³⁰. Już w artykule 6 gwarantuje ona „**prawo do świadczeń zdrowotnych** odpowiadającym wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej”⁴³¹. Jest to niejako powtórzenie zobowiązania spoczywającego na lekarzu wyrażonego w przedstawionej w poprzednim paragrafie *Ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry*. Oznacza to, że pracownik medyczny jest zobowiązany do podejmowania konkretnych działań, których celem jest zachowanie, ratowanie, przywrócenia lub poprawa stanu zdrowia, zgodnie z aktualnymi wytycznymi, zwłaszcza wtedy, gdy chory znajduje się w podmiocie leczniczym finansowanym ze składek publicznych⁴³².

W przysługującym pacjentowi czasie pobytu w zakładzie leczniczym, wśród wielu praw na pierwszym miejscu należy wymienić „**prawo do poszanowania intymności i godności**, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych”⁴³³, które wypływa z *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej* i jest niejako powtórzeniem jej treści zawartych w artykule 30⁴³⁴. Gwarantowaną tym zapisem ochronę godności osobistej należy rozumieć w aspekcie negatywnym i pozytywnym. Oznacza to, że po pierwsze władze publiczne, w tym udzielający świadczeń medycznych, nie mogą podejmować działań, które skutkowałyby jej naruszeniem; po drugie władza ma szukać wszelkich rozwiązań, które będą

⁴³⁰ Tekst jednolity: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000849> (dostęp 25.04.2023). Zob. także K. Syroka – Marczevska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* [w:] *Opieka długoterminowa. Uwarunkowania medyczne i prawne*, E. Zielińska, B. Guzak, K. Syroka-Marczevska (red.), dz. cyt., ss. 152-164.

⁴³¹ Art. 6 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

⁴³² Por. D. Karkowska, *Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., ss. 232 – 244.

⁴³³ Art. 20 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

⁴³⁴ Art. 30 Konstytucji RP: „Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych”.

ją chroniły⁴³⁵. Jednocześnie trzeba przyznać, że trudno zdefiniować, co konkretnie kryje się pod pojęciem godności osobistej. W jednym z orzeczeń „Sąd Najwyższy wskazał, że godność osobista jest to sfera osobowości, która konkretyzuje się w poczuciu własnej wartości człowieka i oczekiwaniu szacunku ze strony innych ludzi. Poczucie to, które jest istotnym elementem psychiki człowieka, kształtowane jest przez wiele różnych okoliczności zewnętrznych. Nie jest niezmiennie. Jako wytwór rozwoju natury ludzkiej jest uwarunkowane historycznie i kulturowo. (...) Dlatego mogą być różne miary poczucia własnej wartości człowieka i naruszenia jej godności”⁴³⁶. Podobnie jest z pojęciem intymności, które „rozumiemy intuicyjnie. Zgodnie z powszechnym znaczeniem termin ten oznacza bardzo osobisty charakter czegoś”⁴³⁷. Przeniesienie tych zapisów do praktyki lekarskiej oznacza, iż każdy udzielający świadczeń medycznych, a zwłaszcza lekarz, jest zobowiązany do podmiotowego traktowania chorego. Wymaga to odejścia od paternalistycznej koncepcji medycyny do spotkania pomiędzy dwoma konkretnymi osobami, z których jedna oczekuje pomocy, podczas gdy druga jest w stanie jej udzielić. Konkretna decyzja dotycząca podjęcia określonej terapii jest wówczas wypracowana przez oba podmioty, gdzie lekarz jako specjalista, po jej przedstawieniu, akceptuje decyzję chorego o jej wdrożeniu lub zaniechaniu⁴³⁸. Takie postępowanie to „wyraz szacunku dla pacjenta jako jednostki świadomej własnej wartości. Trzeba tę wartość respektować i chronić pacjenta przed sytuacjami mogącymi negatywnie wpłynąć na jej poczucie (chodzi w szczególności o przedmiotowe traktowanie pacjenta, lekceważenie jego zdania, spowodowanie u pacjenta poczucia przygnębienia, lęku, niższości lub poniżenia, którego można było uniknąć, brak życzliwości lub wyrozumiałości, a także zrozumienia dla problemu pacjenta, niekulturalne lub uwłaczające godności osobistej pacjenta zachowanie, nie tylko werbalne, jakakolwiek forma obrazy czy też przytyku w stronę pacjenta)”⁴³⁹.

Szczególne miejsce w zamyśle ustawodawcy posiadają terminalnie chorzy, gdyż w kolejnym ustępie tego artykułu uszczegóławia on, że „**Prawo do poszanowania godności**

⁴³⁵ Por. P. Grzesiewski, *Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., ss. 609 – 610. Zob. także J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, dz. cyt., ss. 87 – 88.

⁴³⁶ P. Grzesiewski, *Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., s. 612.

⁴³⁷ P. Grzesiewski, *Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., s. 612.

⁴³⁸ Por. P. Grzesiewski, *Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., s. 613.

⁴³⁹ P. Grzesiewski, *Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., s. 613. Zob. także J. Zajdel – Całkowska, *Prawo medyczne*, dz. cyt., ss. 45-53.

obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności⁴⁴⁰. Rozwinięcie to wynika z poznania natury procesu umierania oraz rozwoju technik towarzyszących leczeniu. Prawodawca chciał zaznaczyć, że skoro umieranie zachodzi w pewnym przedziale czasu i nieuchronnie zmierza do śmierci, należy zmodyfikować względem pacjenta postępowanie medyczne, to jest zrezygnować z leczenia na rzecz opieki⁴⁴¹. Celem personelu medycznego jest wówczas „zapewnienie pacjentowi maksymalnego komfortu i godnych warunków (...). Właśnie w tym okresie, gdy zмага się on z silnymi dolegliwościami fizycznymi ma problemy natury psychologicznej, należy się mu więcej opieki i zrozumienia⁴⁴². Dlatego też opiekę nad takim chorym winien sprawować nie tylko lekarz i pielęgniarka, ale cały zespół specjalistów, wśród których powinien się także znaleźć psycholog, fizjoterapeuta i pośrednio diagnosta laboratoryjny. Określa to *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej*⁴⁴³.

W roku 2017, kiedy to doszło do nowelizacji *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, w ustępie 2 artykułu 20 znajdował się zapis gwarantujący prawo do łagodzenia bólu i cierpienia. W wyniku dokonanych zmian **prawo do leczenia bólu** zostało zapisane w osobnym artykule o brzmieniu „Pacjent ma prawo do leczenia bólu”⁴⁴⁴. W zamiarze prawodawcy było objęcie tym prawem każdego pacjenta, a nie tak jak wcześniej jedynie terminalnego. Niespodziewanie ta pozytywna zmiana pozbawiła chorych prawa do łagodzenia cierpienia, które było gwarantowane przepisami tego artykułu przed nowelizacją⁴⁴⁵.

Niektóre z praw nadanych przez *Ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* nabierają szczególnego znaczenia w stosunku do osób terminalnie chorych. Jednym z najistotniejszych jest „**prawo do informacji o swoim stanie zdrowia**”⁴⁴⁶, któremu poświęcono znacznie rozbudowany artykuł 9. Jego istotą jest przekazanie przez lekarza

⁴⁴⁰ Art. 20 ust. 2 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

⁴⁴¹ Por. P. Grzesiewski, *Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta* [w]: *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., s. 627 – 628.

⁴⁴² P. Grzesiewski, *Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., s. 628.

⁴⁴³ Tekst jednolity: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000262> (dostęp 26.04.2023). Zob. także J. Zajdel – Całkowska, *Prawo medyczne*, dz. cyt., ss. 53-62.

⁴⁴⁴ Art. 20a ust. 1 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. W ust. 2 został nałożony na podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych obowiązek określania natężenia bólu, jego leczenia oraz monitorowania skuteczności leczenia.

⁴⁴⁵ Por. P. Grzesiewski, *Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., s. 632. Zob. także: Z. Cnota, *Prawo pacjenta w stanie terminalnym do świadczeń zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień w kontekście prawa do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych* [w:] *Prawne aspekty medyczne dotyczące stanów terminalnych*, G. Gura, P. Bednarski (red.), ss. 63-77.

⁴⁴⁶ Art. 9 ust. 1 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

wiadomości „o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu”⁴⁴⁷. Praktycznie oznacza to, że pomimo, iż to pacjent jest najbardziej zainteresowany swoim zdrowiem, to w niektórych przypadkach, na przykład w rozpoznaniu ciężkiego schorzenia na podstawie dostępnych lekarzowi badań i analiz, to lekarz jest zobowiązany do aktywnego poszukiwania możliwości poinformowania chorego. Jednocześnie musi przedstawić wszelkie dostępne metody leczenia, w tym farmakologicznego i zabiegowego, wraz z możliwymi skutkami ubocznymi ich zastosowania lub od ich odstąpienia⁴⁴⁸.

Ustawodawca jest świadom asymetrii w procesie przekazywania tych wiadomości z uwagi na ogromny zasób wiedzy lekarza i jej brak ze strony chorego, dlatego też zabezpieczył prawo pacjenta przez zobowiązanie medyka do **udzielania informacji w sposób przystępny**⁴⁴⁹. Nigdzie jednak nie zostało określone, co dokładnie to oznacza. Przyjmuje się, że forma i treść informacji powinny być adekwatne do zdolności odbiorczych i intelektualnych pacjenta⁴⁵⁰. Zainteresowany „ma prawo otrzymać informacje przy użyciu słów, określeń i nazw, które będą dla niego zrozumiałe. Wymaga to uwzględnienia wielu aspektów konkretnej sytuacji i wiedzy pacjenta, jak dojrzałość psychofizyczna, stan świadomości, wiek, wykształcenie itd. Należy unikać hermetycznego języka zawodowego, opierającego się na różnych fachowych terminach”⁴⁵¹. Najczęściej lekarz informuje pacjenta w czasie rozmowy, jednakże może to także zrobić w formie pisemnej. Niezależnie od sposobu zadośćuczynienia omawianemu obowiązkowi, jest zobligowany do poświadczenia tego w dokumentacji medycznej⁴⁵².

Tożsame **prawa dotyczące informowania** o stanie zdrowia otrzymuje każda osoba, która zostanie **upoważniona do tego przez chorego**⁴⁵³, co także powinno zostać poświadczone w dokumentacji medycznej. Chory może jednak z tego nie skorzystać i wręcz

⁴⁴⁷ Art. 9 ust. 2 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

⁴⁴⁸ Por. D. Karkowska, B. Kmiecik, *Prawo pacjenta do informacji* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., ss. 464 – 471.

⁴⁴⁹ Art. 9 ust. 2 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: „Pacjent (...) lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta”.

⁴⁵⁰ Por. D. Karkowska, B. Kmiecik, *Prawo pacjenta do informacji* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., ss. 489 – 491.

⁴⁵¹ D. Karkowska, B. Kmiecik, *Prawo pacjenta do informacji* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., ss. 489 – 490.

⁴⁵² Por. D. Karkowska, B. Kmiecik, *Prawo pacjenta do informacji* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., ss. 489 – 491.

⁴⁵³ Art. 9 ust. 3 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: „Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielanie informacji (...) innym osobom”.

wyrazić swój sprzeciw wobec przekazywaniu takich informacji komukolwiek, co także należy poświadczyć w dokumentacji medycznej. Dyspozycja ta staje się dla lekarza wiążąca nawet wówczas, gdy wskazane osoby należą do najbliższych chorego⁴⁵⁴. Oczywiście sam chory także może **zrzec się prawa do informowania go o jego stanie**⁴⁵⁵. Musi jednak być to wyraźnie wyrażone przez zainteresowanego w sposób niebudzący jakichkolwiek wątpliwości. Personel medyczny nie może w jakikolwiek sposób sugerować takich decyzji – pacjent musi ją podjąć w sposób wolny i niczym nieskrępowany, bez jakiegokolwiek nacisku ze strony otoczenia. Lekarz natomiast nie może odstąpić od obowiązku informowania jedynie na podstawie własnych spostrzeżeń i analizy zachowania pacjenta⁴⁵⁶. Jednocześnie „Pacjent w każdym momencie może skutecznie zażądać wznowienia informowania i od tej chwili powinien być informowany na zasadach ogólnych”⁴⁵⁷.

Ustawodawca przewidział możliwość, gdy lekarz ma prawo powstrzymać się od informowania pacjenta o stanie zdrowia. Sytuacja taka jest przedstawiona w *Ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty* i określa się ją mianem **przywileju terapeutycznego**⁴⁵⁸. Gdy lekarz w trakcie procesu terapeutycznego korzysta z tego przywileju, a pacjent będzie domagał się pełnej informacji o swoim stanie zdrowia, medyk ma obowiązek zadośćuczynić jego żądaniom⁴⁵⁹ zgodnie z brzmieniem ustępu 6 artykułu 9 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, który stwierdza, że „w przypadku określonym w art. 31 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 i 567), pacjent ma prawo żądać, aby lekarz udzielił mu informacji, o której mowa w ust. 2, w pełnym zakresie”⁴⁶⁰.

⁴⁵⁴ Por. J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, dz. cyt., s. 146.

⁴⁵⁵ Art. 9 ust. 2 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*: „Pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny, nie udzielała mu informacji”.

⁴⁵⁶ Por. D. Karkowska, B. Kmiecik, *Prawo pacjenta do informacji* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., ss. 484 – 487.

⁴⁵⁷ D. Karkowska, B. Kmiecik, *Prawo pacjenta do informacji* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., s. 485. Zob. także J. Zajdel – Całkowska, *Prawo medyczne*, dz. cyt., ss. 62-100.

⁴⁵⁸ Art. 31 ust. 4 *Ustawy o wykonywaniu zawodu lekarza i lekarza dentysty*: „W sytuacjach wyjątkowych, jeśli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji”. Zob. także P. Wojtas, *Przywilej terapeutyczny, czyli kiedy lekarz nie informuje pacjenta o stanie zdrowia?*, <https://praktycznemedyczne.pl/przywilej-terapeutyczny/> (dostęp 01.05.2023).

⁴⁵⁹ Por. D. Karkowska, B. Kmiecik, *Prawo pacjenta do informacji* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., ss. 487 – 489.

⁴⁶⁰ Art. 9 ust. 6 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Zob. także: Ż. Skrentny, *Prawo pacjenta w stanie terminalny do informacji* [w:] *Prawne aspekty medyczne dotyczące stanów terminalnych*, G. Gura, P. Bednarski (red.), dz. cyt., ss. 43-61.

Wreszcie prawodawca zapewnia, iż pacjent ma „po uzyskaniu informacji (...) prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie w tym zakresie”⁴⁶¹, co umożliwi zaistnienie dialogu pomiędzy oba stronami procesu terapeutycznego, a tym samym odejście od paternalistycznego rozumienia medycyny na rzecz relacji partnerskiej⁴⁶². Jednocześnie staje się możliwa realizacja artykułu 16 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, zgodnie z którym „Pacjent ma **prawo do wyrażenia zgody** na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych **lub odmowy takiej zgody**”⁴⁶³ na proponowaną procedurę medyczną. Oznacza to, że chory podjął decyzję dotyczącą dalszego postępowania mając „pełną świadomość tego, na co się godzi i czego, w tym jakich ewentualnych powikłań, może się spodziewać”⁴⁶⁴.

Ogromną rolę w procesie terapeutycznym odgrywa **obecność bliskich bądź osób upoważnionych** przez chorego⁴⁶⁵. Ich wsparcie niejednokrotnie pomaga mu podjąć właściwą decyzję dotyczącą leczenia⁴⁶⁶, a w przypadku osób terminalnie chorych pomaga im „zmierzyć się z bliskim kresem życia i jego konsekwencjami”⁴⁶⁷. Skutkiem tego zostaje ograniczony negatywny wpływ odizolowania od najbliższych, co może być przyczyną pogorszeniem stanu psychicznego oraz niewłaściwą odpowiedzią na zastosowane leczenie lub sprawowaną opiekę⁴⁶⁸. Dlatego też ustawodawca wprowadził zapis, który stwierdza, że „na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska”⁴⁶⁹. Prawo to zostało doprecyzowane nowelizacją *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* w 2017 roku przez uściślenie, że osoby bliskie mogą towarzyszyć choremu tylko na wyraźne jego życzenie, w każdym etapie procesu leczenia. Pragnienia tego nie musi formułować na piśmie; wystarczy wyrażenie takiej chęci w sposób nie budzący wątpliwości⁴⁷⁰. Pewnym

⁴⁶¹ Art. 9 ust. 5 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

⁴⁶² Por. D. Karkowska, B. Kmieciak, *Prawo pacjenta do informacji* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., s. 447.

⁴⁶³ Art. 16 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Zob. D. Karkowska, B. Kmieciak, *Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., ss. 564 – 574.

⁴⁶⁴ D. Karkowska, B. Kmieciak, *Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., s. 571. Zob. także J. Zajdel – Całkowska, *Prawo medyczne*, dz. cyt., ss. 100-163.

⁴⁶⁵ Art. 3 ust. 1 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*: „Osoba bliska [oznacza] małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta”.

⁴⁶⁶ Por. P. Grzesiewski, *Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., ss. 639 – 640.

⁴⁶⁷ P. Bednarski, *Realizacja prawa do godności pacjenta w stanie terminalnym* [w:] *Prawne aspekty medyczne dotyczące stanów terminalnych*, G. Gura, P. Bednarski (red.), dz. cyt., s. 39.

⁴⁶⁸ Por. J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, dz. cyt., ss. 229 - 230.

⁴⁶⁹ Art. 21 ust. 1 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

⁴⁷⁰ Por. P. Grzesiewski, *Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., s. 640.

problemem w realizacji tego prawa w polskich warunkach może być ilość osób, które jednocześnie będą towarzyszyć choremu w czasie czynności medycznych przy jego łóżku. Wynika to z szerokiego rozumienia osoby bliskiej. Dlatego też „za słuszną należy uznać interpretację opartą na literalnym brzmieniu przepisu i przyjęcie prawa do obecności jednej osoby bliskiej (...). Nie wolno jednak wykluczać sytuacji, kiedy obecność więcej niż jednej osoby bliskiej będzie wymagana”⁴⁷¹.

Trzeba mieć świadomość, że prawo do obecności najbliższych w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych, jest zupełnie czym innym niż „**prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami**”⁴⁷². Podczas gdy omówione wcześniej prawo zapewnia obecność w trakcie czynności medycznych (w tym sprawowanie opieki w czasie agonii), to przytoczone teraz chroni życie rodzinne i prywatne dzięki zapewnieniu przez podmiot leczący rozmowy w sposób bezpośredni (odwiedziny) lub za pomocą osiągnięć techniki (telefon oraz w dzisiejszych czasach możliwość skorzystania z Internetu)⁴⁷³.

W przypadku pacjentów terminalnie chorych, którzy zbliżają się do momentu śmierci, niezmiernie ważne jest zapewnienie im właściwej **opieki duszpasterskiej**. Dlatego też *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* stwierdza, że „pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą (...) ma prawo do opieki duszpasterskiej”⁴⁷⁴ oraz „w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia podmiot (...) jest zobowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania”⁴⁷⁵. Jednocześnie ustawodawca kosztami realizacji tych praw obarcza podmiot leczniczy⁴⁷⁶. Prawa te wynikają z artykułu 53 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z którym „każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii. Wolność religii obejmuje (...) uzewnętrznianie indywidualnie lub z innymi, publicznie lub prywatnie, swojej religii przez uprawianie kultu, modlitwę, uczestniczenie w obrzędach, praktykowanie i nauczanie”⁴⁷⁷.

⁴⁷¹ P. Grzesiewski, *Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., s. 641. Zob. także B. Guzak, *Rola rodziny w opiece nad pacjentem objętym opieką długoterminową* [w:] *Opieka długoterminowa. Uwarunkowania medyczne i prawne*, E. Zielińska, B. Guzak, K. Syroka-Marczewska (red.), dz. cyt., ss.69-72.

⁴⁷² Art. 33 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ustęp 2 przyznaje prawo do odmowy takich kontaktów.

⁴⁷³ Por. B. Kmiecik, *Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., ss. 772 – 774 i 779 – 781.

⁴⁷⁴ Art. 36 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

⁴⁷⁵ Art. 37 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

⁴⁷⁶ Art. 38 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: „Podmiot leczniczy ponosi koszty realizacji praw pacjenta (...), chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej”.

⁴⁷⁷ Art. 53 Konstytucji RP. Zob. także A. Nowak, *Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., ss. 795 – 797.

W praktyce **wolność sumienia** gwarantuje możliwość uczestnictwa w zgodzie z własnymi przekonaniami w zgromadzeniach liturgicznych w pomieszczeniach zaadaptowanych do tego przez związki wyznaniowe. Prawo to nie może zostać ograniczone izolacją chorego w szpitalu, dlatego też ,by zapewnić jego realizację, podmiot leczniczy jest zobowiązany do zapewnienia opieki duszpasterskiej w miejscu przebywania chorego poprzez zorganizowanie odpowiedniej przestrzeni dla działalności kapelana. Natomiast **wolność religijna** przynależna każdemu pacjentowi wymusza na szpitalach zorganizowanie dla nich konkretnej posługi religijnej, tym bardziej, że charakteryzują się specyficznymi – innymi niż zdrowi – potrzebami duchowymi⁴⁷⁸.

Istotą pracy duszpasterskiej w podmiotach udzielających świadczeń leczniczych jest zaspokajanie potrzeb duchowych pacjentów. Należy do nich próba zrozumienia doświadczenia cierpienia pojawiającego się w czasie trwania choroby oraz uświadomienia wagi wspólnoty, która towarzyszy w osobie kapelana izolowanym w szpitalu jej członkom. Ogromne znaczenie posiadają także próby ukierunkowania cierpienia jako duchowej ofiary dla najbliższych lub dobra całej wspólnoty. Skierowany do takiej posługi kapelan przychodzi potrzebującym z pomocą przede wszystkim poprzez rozmowę oraz udzielanie sakramentu Eucharystii, w tym wiatyku, oraz sakramentu namaszczenia chorych ,a także poprzez sprawowanie Eucharystii⁴⁷⁹.

Praktyka życia pokazuje, że bez większych problemów można zagwarantować prawo do opieki duszpasterskiej w stosunku do największych konfesji w Polsce. Problem powstaje w momencie hospitalizacji wyznawcy mniejszego związku religijnego, ponieważ można odnieść wrażenie dyskryminacji tych pacjentów z powodu braku możliwości zagwarantowania im obecności kapelana ich wyznania, tym bardziej, że jednostka lecznicza nie ma obowiązku zatrudniania osoby duchowej każdej konfesji. Rozwiązanie tej dysproporcji nastęrcza dużo problemów logistycznych⁴⁸⁰.

Zasadniczym prawem gwarantowanym przez prezentowaną *Ustawę* jest prawo do godności, która przysługuje każdemu pacjentowi, a zwłaszcza terminalnie choremu. Niewątpliwą jej zasługą jest wymienienie wielu elementów, które wpływają na poczucie

⁴⁷⁸ Por. A. Nowak, *Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., s. 795.

⁴⁷⁹ Por. A. Nowak, *Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., ss. 800 – 802.

⁴⁸⁰ Por. A. Nowak, *Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), dz. cyt., s. 802. Zob. także J. Zajdel – Całkowska, *Prawo medyczne*, dz. cyt., ss. 38-44. Zob. także: R. Dappa, *Modlitwy w celu osiągnięcia uzdrowienia od Boga a sakrament namaszczenia chorych* [w:] *Prawne aspekty medyczne dotyczące stanów terminalnych*, G. Gura, P. Bednarski (red.), dz.cyt., ss. 133-143.

własnej godności: prawo do informacji, posługi duszpasterskiej, obecności bliskich czy leczenia bólu. Ich realizacja na pewno wpływa na indywidualne poczucie godności, dzięki czemu chory może współuczestniczyć w procesie podejmowania decyzji, a tym samym wyrażać zgodę na proponowane świadczenia zdrowotne. Powstaje jednak problem określenia momentu, kiedy proponowana terapia stanie się dla chorego uporczywa nie ze względu na jego stan ogólny (co może określić tylko lekarz), ale dlatego, że będzie uważał swe życie za niegodne życia. W którym etapie stanu terminalnego, to jest nieuchronnie zmierzającego do śmierci, chory ma prawo ze względu na własne poczucie godności, zrezygnować z terapii na rzecz opieki? I czy opieka nie będzie wówczas błędnie rozumiana przez niego jako daremna terapia? Co zrobić, gdy chory powołując się na poczucie własnej godności zażąda wówczas eutanazji lub pomocy w samobójstwie? Wydaje się, że problemy te wymagają pilnego rozwiązania przez ustawodawcę, tym bardziej, że nabierają one na sile, gdy proces podejmowania granic terapii dotyczy osób nieświadomych, nieprzytomnych lub ubezwłasnowolnionych, które nie są w stanie wyrazić swojej opinii nie tylko wobec proponowanych świadczeń, ale także choćby obecności osób bliskich czy duchownych, które mogą go wspierać w podjęciu tak ważnej decyzji.

4.4 Kodeks Etyki Lekarskiej

Początków wszelkich kodeksów etyki lekarskiej należy szukać w przełomie XVIII i XIX wieku, kiedy to rewolucja przemysłowa zmieniła dotychczasowe pojmowanie sztuki medycznej. Lekarz stał się wówczas usługodawcą, który za konkretną kwotę oferował swoje umiejętności pacjentom. Takie poszukiwanie klientów rodziło wewnątrz środowiska niezdrową konkurencję, która często opierała się na nieuczciwej reklamie. W związku z tym powstawały pierwsze dokumenty, które regulowały wzajemne relacje pomiędzy adeptami sztuki medycznej. Dopiero w późniejszych czasach dołączano do nich fragmenty dotyczące dobra chorego. Na ziemiach polskich pierwszy taki kodeks etyki powstał w roku 1876 w Krakowie i nosił tytuł *Uchwały Towarzystwa lekarzy galicyjskich w przedmiocie obowiązków lekarzy względem swych kolegów i zawodu lekarskiego w ogóle*. W czasach II Rzeczypospolitej oraz w okresie po II wojnie światowej uchwalano kolejne wersje tego dokumentu⁴⁸¹. „Po reaktywacji izb lekarskich w 1989 roku, podczas Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Izb Lekarskich odbywającego się w 1991 roku przyjęto «Kodeks Etyki

⁴⁸¹ Por. B. Siek, *Rys historyczny [w:] Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), Wydawnictwo Arche, Sopot 2021, ss. 19 – 29.

Lekarskiej», który znowelizowano dwa razy: w 1993 roku na III Krajowym Zjeździe Lekarzy oraz w 2003 roku na Nadzwyczajnym VII Krajowym Zjeździe Lekarzy⁴⁸².

Obowiązujący *Kodeks Etyki Lekarskiej* „jest usystematyzowanym zbiorem ocen i norm moralnych związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, uznawanych przez społeczność wykonującą ten zawód zaufania publicznego za punkt odniesienia do oceny i regulacji postępowania jej członków”⁴⁸³. Pewnie dlatego też jest rozumiany intuicyjnie przez lekarzy praktyków, bo dopiero jego prawnicza analiza ukazuje nieścisłości języka i stosowanych tam pojęć, co powoduje, że normy te **nie mogą automatycznie zostać włączone do zbioru prawa stanowionego**⁴⁸⁴. Takie rozumienie wynika między innymi z orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego, który w swoim postanowieniu z dnia 7 października 1992 roku stwierdza, że „normy zawarte w Kodeksie Etyki Lekarskiej mają charakter norm deontologicznych, a nie norm należących do zakresu administracji państwowej. (...) Normy deontologiczne same przez się charakteru prawnego nie posiadają. Należą bowiem do niezależnego od prawa zbioru norm etycznych”⁴⁸⁵. Podobnie w uchwale z 17 marca 1993 roku Trybunał orzekł, że „normy etyczne są autonomiczne w stosunku do norm prawa. To normy prawne powinny posiadać legitymację aksjologiczną, normy etyczne nie potrzebują legitymacji jurydycznej”⁴⁸⁶. Oznacza to, że normy zawarte w *Kodeksie Etyki Lekarskiej* powinny być **ostatecznym kryterium sprawdzającym istotę każdego aktu prawa stanowionego**, czego wyrazem jest odesłanie w konkretnych ustawach dotyczących wykonywania zawodu lekarza, praw pacjenta czy działalności izb lekarskich do zasad etyki zawodowej⁴⁸⁷. Jest to więc dokument, którego głównym celem jest określenie etosu lekarskiego⁴⁸⁸.

⁴⁸² *Kodeks Etyki Lekarskiej*, <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej> (dostęp 08.05.2023).

⁴⁸³ L. Bosek, *Charakter prawny i funkcje Kodeksu Etyki Lekarskiej* [w:] *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), dz. cyt., s. 31.

⁴⁸⁴ Por. L. Bosek, *Charakter prawny i funkcje Kodeksu Etyki Lekarskiej* [w:] *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), dz. cyt., ss. 32 – 38.

⁴⁸⁵ *Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego Sygnatura U 1/92 z dnia 7 października 1992 roku*, Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego ZU 1992, poz. 38, <https://otkzu.tribunal.gov.pl/otk.xhtml?rok=1992&pozycja=38> (dostęp 09.05.2023).

⁴⁸⁶ *Uchwała Trybunału Konstytucyjnego Sygnatura W 16/92 z dnia 17 marca 1993 roku*, Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego ZU 1993, poz. 16, <https://otkzu.tribunal.gov.pl/otk.xhtml?rok=1993&pozycja=16> (dostęp 09.05.2023).

⁴⁸⁷ Art. 4 *Ustawy o Zawodach lekarza i lekarza dentyści*: „Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”.

Art. 8 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*: „Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych”.

Art. 53 *Ustawy o izbach lekarskich*: „Członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, zwane dalej

Obowiązujący *Kodeks Etyki Lekarskiej* poświęca terminalnie chorym specjalnie wydzieloną część zatytułowaną *Pomoc chorym w stanach terminalnych*. Obejmuje ona trzy artykuły. Pierwszy z nich stwierdza, że „**lekarz powinien** dołożyć wszelkich starań, aby **zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania**. Lekarz winien do końca **łagodzić cierpienia** chorego w stanach terminalnych i **utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia**”⁴⁸⁹. Stwierdzenia te są uszczegółowieniem powołania i etosu lekarskiego, które nakazuje w centrum wszelkich dążeń postawić dobro chorego człowieka⁴⁹⁰. Wartości te powinny być naczelną zasadą każdego postępowania. „Właściwie ukształtowany lekarz powinien nie tylko znać te wartości i trafnie identyfikować, ale nade wszystko utożsamiać się z nimi (...), powinny one stanowić kręgosłup postawy etycznej lekarza, stać się osią jego istoty, będąc zarazem racją podejmowanych działań, jak i ich celem”⁴⁹¹.

Dla większości lekarzy praktyków przytoczony artykuł intuicyjnie jest logiczny i stosunkowo łatwy do zrozumienia: zobowiązuje do opieki, którą należy zapewnić każdemu umierającemu, zapewnienia godziwych warunków, obecności najbliższych. Z punktu widzenia prawa nastęcza ogromne trudności. Przede wszystkim w aktach normatywnych Rzeczypospolitej Polskiej został zdefiniowany zgon chorego⁴⁹² oraz „stwierdzenie trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) albo nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów”⁴⁹³. Nigdzie natomiast **nie została zdefiniowana śmierć**, co w konsekwencji utrudnia określenia, czym jest **stan terminalny**, którego pojęcie zostało użyte jedynie w tym dokumencie, a brak go w jakimkolwiek akcie prawa stanowionego⁴⁹⁴. Wydaje się jednak, że z prawnego punktu widzenia, do jego

„przewinieniem zawodowym”. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210001342> (dostęp 09.05.2023).

⁴⁸⁸ Por. L. Bosek, *Charakter prawny i funkcje Kodeksu Etyki Lekarskiej* [w:] *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), dz. cyt., ss. 38 – 43.

⁴⁸⁹ Art. 30 *Kodeksu Etyki Lekarskiej*.

⁴⁹⁰ Zob. art. 2 ust. 1 i 2 *Kodeksu Etyki Lekarskiej*: „Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem. Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*”.

⁴⁹¹ O. Nawrot, *Komentarz do artykułu 2* [w:] *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), dz. cyt., s. 66.

⁴⁹² Zob. art. 43 *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty*. Zob. komentarz M. Malczewska, *Komentarz do artykułu 43* [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, E. Zielińska (red.), dz. cyt., ss. 942 – 952.

⁴⁹³ Art. 43a *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty*. Zob. komentarz M. Malczewska, *Komentarz do artykułu 43* [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, E. Zielińska (red.), dz. cyt., ss. 952 – 955.

⁴⁹⁴ Por. P. Szudejko, *Komentarz do artykułu 30* [w:] *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), dz. cyt., ss. 322 – 323.

orzeczenia musi zaistnieć „poważny stan zdrowia, nieuchronna i rychła śmierć oraz występujący między tymi elementami związek przyczynowy; (...) [bez] prób rozstrzygnięcia czy będzie to okres kilku godzin, dni czy nawet tygodni”⁴⁹⁵.

Z punktu widzenia prawa brakiem logicznej spójności w treści całego *Kodeksu Etyki Lekarskiej* jest pojawiający się w artykule 30 nakaz **zapewnienia choremu humanitarnej opieki terminalnej**, gdyż, jak ten sam *Kodeks* twierdzi, taki rodzaj opieki jest przynależny każdemu pacjentowi. Stwierdzenie to nabiera dopiero sensu, jeśli przyjmie się, że jego twórcy mieli na myśli opiekę o wyższym niż zwykle standardzie, co prawdopodobnie tłumaczy użycie w tym miejscu pojęcia „opieka” a nie „opieka medyczna”. Podobnie należy rozumieć zapewnienie **godnych warunków umierania**, do których nie należy zaliczać jedynie pomieszczenia dającego poczucie intymności⁴⁹⁶, ale także realizację potrzeb „o charakterze duchowym (np. posługa kapłańska), ale również bardziej przyziemnym (np. kontakt z bliskimi, możliwość przeczytania ulubionej książki)”⁴⁹⁷.

W sprzeczności z powyższym artykułem pozostaje także określony w *Kodeksie Etyki Lekarskiej* **przywilej terapeutyczny**⁴⁹⁸. Zezwala on lekarzowi na zatajenie niekorzystnych informacji dla chorego, jeśli by te miałyby doprowadzić u niego do wystąpienia dodatkowego poważnego cierpienia lub innych nieokreślonych szkodliwych następstw dla zdrowia⁴⁹⁹. Jest to jednak jednoznaczne z fundamentalnym pozbawieniem chorego godności, ponieważ odbiera mu możliwość świadomego przeżycia ostatnich momentów życia, pożegnania, a coraz częściej pogodzenia się ze swoimi bliskimi, a także spisania w formie testamentu swojej ostatniej woli⁵⁰⁰. Realizację tego gwarantuje ten sam *Kodeks*, gdy stwierdza, że „Informacja udzielona pacjentowi powinna być formułowana w sposób dla niego zrozumiały”⁵⁰¹. Oznacza to, że lekarz jest zobowiązany w swojej wypowiedzi używać słów, pojęć i nazw, które nie będą przeszkodą dla chorego w zrozumieniu istoty jego schorzenia.

⁴⁹⁵ P. Szudejko, *Komentarz do artykułu 30 [w:] Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), dz. cyt., s. 323.

⁴⁹⁶ Por. P. Szudejko, *Komentarz do artykułu 30 [w:] Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), dz. cyt., ss. 323 - 324.

⁴⁹⁷ P. Szudejko, *Komentarz do artykułu 30 [w:] Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), dz. cyt., s. 324.

⁴⁹⁸ Art. 17 *Kodeksu Etyki Lekarskiej*: „W razie niepomyślnej dla chorego prognozy lekarz powinien poinformować chorego o niej z taktem i z ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji”.

⁴⁹⁹ Zob. V. Vachev, *Komentarz do artykułu 17 [w:] Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), dz. cyt., ss. 242 - 247. O nieinformowaniu chorego o jego stanie zdrowia zob. także V. Vachev, *Komentarz do artykułu 16 [w:] Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), dz. cyt., ss. 232 - 242.

⁵⁰⁰ Por. P. Szudejko, *Komentarz do artykułu 30 [w:] Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), dz. cyt., s. 324.

⁵⁰¹ Art. 13 ust. 2 *Kodeksu Etyki Lekarskiej*.

Dzięki temu będzie mógł podjąć właściwą decyzję dotyczącą dalszego postępowania medycznego oraz ewentualnego sposobu przeżycia ostatnich momentów swego życia⁵⁰².

Dwa ostatnie imperatywy omawianego artykułu 30 *Kodeksu Etyki Lekarskiej*, które gwarantują **łagodzenie cierpienia** oraz zapewniają **utrzymywanie jakości życia**⁵⁰³, są rozwinięciem artykułu 12, który zobowiązuje lekarza do **poszanowania godności osobistej** chorego oraz gwarantuje mu **intymność i prywatność**⁵⁰⁴. Oznacza to, że dzięki zachowaniu lekarza, ale także pozostałego personelu medycznego, wyobrażenie chorego o swojej wartości nie ulegnie degradacji, dzięki czemu będzie żywił w stosunku do siebie co najmniej taki sam szacunek jak przed zaistnieniem stanu terminalnego. Podobnie personel medyczny będzie traktował go z należytą kulturą, pomimo tego, że jego świadomość w wyniku zastosowanych farmaceutyków, może ulec zmniejszeniu. Praktycznym tego przejawem jest traktowanie chorego jako równoprawnego uczestnika rozmowy, w czasie której może przekazać personelowi medycznemu swoje decyzje dotyczące choćby obecności przy nim konkretnych osób. To z kolei będzie realizacją jego prawa do intymności i prywatności, którego istotą jest możliwość ujawnienia swoich najskrytszych myśli i odczuć wobec wybranych przez niego ludzi⁵⁰⁵.

Kolejnym artykułem *Kodeksu Etyki Lekarskiej*, który doprecyzowuje sposób poszanowania godności osobistej pacjenta, w tym pacjenta terminalnie chorego, jest artykuł 19, który stwierdza, że „chory w trakcie leczenia ma **prawo do korzystania z opieki rodziny lub przyjaciół**, a także **do kontaktów z duchownym**”⁵⁰⁶. Znajdując miejsce przy łóżku chorego „stają się swoistym pomostem pomiędzy nową rzeczywistością, w której znalazł się pacjent a jego dotychczasowym życiem. Osoby te «przynoszą» do chorego cały ten świat, który zostawił on poza szpitalem. Czynią życie w chorobie mniej ekstraordinaryjnym, wprowadzając do niego element codzienności”⁵⁰⁷. Podobnie obecność osoby duchownej pozytywnie wpływa na proces leczenia, ponieważ sfera sacrum należąca do najbardziej intymnych wyborów człowieka także staje się obecna w nowej rzeczywistości.

⁵⁰² Por. K. Kolankiewicz, *Komentarz do artykułu 13 [w:] Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), dz. cyt., ss. 172 - 181.

⁵⁰³ Por. P. Szudejko, *Komentarz do artykułu 30 [w:] Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), dz. cyt., ss. 325 – 327.

⁵⁰⁴ Art. 12 *Kodeksu Etyki Lekarskiej*: „Lekarz powinien zyczliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności”.

⁵⁰⁵ Por. K. Kolankiewicz, *Komentarz do artykułu 12 [w:] Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), dz. cyt., ss. 161 - 172.

⁵⁰⁶ Art. 19 *Kodeksu Etyki Lekarskiej*.

⁵⁰⁷ V. Vachev, *Komentarz do artykułu 19 [w:] Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), dz. cyt., s. 251.

Jest ona tym ważniejsza, że nader często w czasie choroby pacjent zwraca się do Absolutu z większą żarliwością niż wcześniej⁵⁰⁸.

Kodeks Etyki Lekarskiej w swojej części poświęconej pomocy chorym w stanach terminalnych zawiera jeszcze dwa artykuły. Pierwszy z nich **bezwzględnie zakazuje eutanazji oraz pomocy w popełnieniu samobójstwa**⁵⁰⁹. O ile zapis ten intuicyjnie wydaje się zrozumiały dla lekarza praktyka, o tyle jego prawnicza interpretacja nastęrcza pewną trudność, ponieważ nie uwzględnia koncepcji zamiaru w ramach winy umyślnej⁵¹⁰, a tym samym uniemożliwia rozróżnienie rodzajów eutanazji⁵¹¹. Wydaje się, że twórcom *Kodeksu* chodziło o bezwzględny zakaz eutanazji czynnej, podczas gdy dopuszczalne jest zaniechanie ordynowania środków nieproporcjonalnych, co przez prawnika może być rozumiane jako eutanazja bierna. Przy takiej interpretacji można uniknąć wewnętrznej sprzeczności *Kodeksu* zakazującego czynnego działania celem uśmiercenia pacjenta z koniecznością troski o zachowanie choćby najmniejszej jakości życia do momentu śmierci⁵¹².

Przedstawiona interpretacja zakazu eutanazji pozwala także na **odstąpienia od reanimacji, uporczywej terapii i środków nadzwyczajnych** w stosunku do chorych będących w stanie terminalnym⁵¹³. Niestety zastosowane tutaj terminy uporczywej terapii oraz środków nadzwyczajnych są tak zwanymi klauzulami generalnymi, to znaczy nie podano ich definicji, co uniemożliwia jednoznaczną ich interpretację, a tym samym zastosowanie do konkretnej sytuacji. Dlatego też wydaje się konieczna w każdym przypadku **ocena szans leczniczych**, mimo iż *Kodeks* zobowiązuje do niej jedynie przy podejmowaniu decyzji o zaprzestaniu reanimacji⁵¹⁴. Jest to tym bardziej konieczne, że podział na środki zwyczajne

⁵⁰⁸ Por. V. Vachev, *Komentarz do artykułu 17 [w:] Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), dz. cyt., s. 253.

⁵⁰⁹ Art. 31 *Kodeksu Etyki Lekarskiej*: „Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa”.

⁵¹⁰ „Wina umyślna jest ujmowana jako wina w zamiarze bezpośrednim, kiedy to sprawca chce wyrządzić szkodę, jak i w zamiarze ewentualnym, kiedy to sprawca co prawda nie chce wyrządzić szkody, ale mając świadomość możliwości jej wyrządzenia zachowuje się w sposób, który może do tego doprowadzić i godzi się z ewentualnymi tego skutkami. Wina nieumyślna z kolei występuje jako lekkomyślność, kiedy to sprawca liczy się z tym, że jego zachowanie może spowodować szkodę, lecz bezpodstawnie liczy że do wyrządzenia szkody nie dojdzie oraz rażące niedbalstwo, kiedy to sprawca nie przewidywał możliwości wyrządzenia szkody, chociaż mógł i powinien był to przewidzieć”. *Wina umyślna i nieumyślna*, <https://pidipo.pl/baza-wiedzy/w/wina-umyslne-nieumyslne/> (dostęp 08.05.2023).

⁵¹¹ Eutanazja czynna to jest bezpośrednie działanie mające na celu skrócenie życia vel eutanazja bierna czyli zaniechanie działania doprowadzające do skrócenia życia; eutanazja dobrowolna wykonana na wyraźną prośbę pacjenta vel eutanazji niedobrowolna zachodząca wbrew życzeniu chorego.

⁵¹² Por. P. Szudejko, *Komentarz do artykułu 31 [w:] Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), dz. cyt., ss. 328 – 335.

⁵¹³ Art. 32 ust. 1 *Kodeksu Etyki Lekarskiej*: „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowanie środków nadzwyczajnych”.

⁵¹⁴ Art. 32 ust. 2 *Kodeksu Etyki Lekarskiej*: „Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych”.

i nadzwyczajne, które warunkuje zakwalifikowanie terapii jako uporczywej, jest arbitralny⁵¹⁵. „Jest to szczególnie jaskrawe (...), gdy to od paternalistycznej decyzji lekarza zależy kwalifikacja stosowanego środka, a w konsekwencji dalsza decyzja w przedmiocie rozpoczęcia lub kontynuowania terapii. Co więcej, kwalifikacja środka może stanowić rodzaj usprawiedliwienia, dokonywanego już po zaniechaniu dalszej terapii jako uporczywej”⁵¹⁶.

Kodeks Etyki Lekarskiej nie wnosi nowych treści dotyczących terminalnie chorych, a można nawet zaryzykować stwierdzenie, że jego dogłębna analiza wprowadza pewne nierozumienie jego zapisów. Prawdopodobnie wynika to faktu, że jest to zbiór norm deontologicznych czyli powinności, do których lekarz jest zobowiązany, a których wewnętrzną wartość determinuje nie tylko osiągnięty skutek, ale także inne elementy, takie jak intencja, motywacje oraz przede wszystkim wartość wewnętrzną podejmowanego czynu⁵¹⁷.

⁵¹⁵ Por. P. Szudejko, *Komentarz do artykułu 32 [w:] Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), dz. cyt., ss. 335 – 340.

⁵¹⁶ P. Szudejko, *Komentarz do artykułu 31 [w:] Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), dz. cyt., s. 338.

⁵¹⁷ Por. K. Saja, *Deontologia (deontologizm etyczny)*, <http://etykapraktyczna.pl/encyklopedia/deontologia> (dostęp 18.05.2023).

ROZDZIAŁ V

UPORCZYWA TERAPIA NA PRZYKŁADZIE SZTUCZNEGO ODŻYWIANIA I NAWADNIANIA W PRAKTYCE LEKARSKIEJ

Byłoby idealnie, gdyby po określeniu granic terapii daremnej w dokumentach Urzędu Nauczycielskiego Kościoła można je było w prosty sposób przełożyć na praktykę lekarską. Tej próbie ma służyć niniejszy rozdział, w którym język teologii będę próbował przetłumaczyć na język medyczny. Ponieważ Urząd Nauczycielski Kościoła wyraźnie stwierdza, że lekarz ma prawo odstąpić od każdej formy sztucznego odżywiania, gdy dojdzie do całkowitej utraty jego funkcji, będę starał się określić ten moment w pierwszej części rozdziału poprzez opisanie ogólnoustrojowych zmian metabolicznych. W kolejnej, po zaprezentowaniu objawów ze strony przewodu pokarmowego, będę szukał chwili, gdy stają się one zbyt uciążliwe dla chorego lub najbliższych, co także zezwala na rezygnację z procedur odżywczych. Wreszcie przedstawię sposoby podaży substancji odżywczych stosowanych u wszystkich chorych, by wykluczyć z opieki te, które są niewspółmiernie drogie w stosunku do spodziewanego efektu ich zastosowania.

5.1 Dysfunkcja przewodu pokarmowego

Podstawowym zadaniem przewodu pokarmowego jest utrzymanie homeostazy dzięki dostarczaniu substancji energetycznych (głównie glukozy, ale i innych węglowodanów), budulcowych (białek), zapasowych (tłuszcze), wody oraz soli mineralnych. By organizm mógł prawidłowo funkcjonować, układ pokarmowy powinien dostarczyć określoną ilość substancji odżywczych, dzięki czemu będą podtrzymywane podstawowe czynności życiowe. Ta minimalna ich ilość jest określana mianem **podstawowej przemiany materii**. Jej wielkość jest zależna także od pewnych zmiennych cech, takich jak: wiek, płeć, powierzchnia ciała, klimat, temperatura ciała, rasa, stan odżywienia, choroba, działanie hormonów i centralnego systemu nerwowego. Inne, takie jak wykonywana praca (fizyczna, ale i umysłowa), wzrost, karmienie piersią, wzrost płodu czy wzrost w okresie dojrzewania, wymagają dostarczenia dodatkowej ilości energii. Suma tego dodatkowego zapotrzebowania oraz podstawowej przemiany materii jest określana **całkowitym zapotrzebowaniem energetycznym**. Nie wystarczy dostarczać jednak tylko i wyłącznie pokarm, który w całości pokryje wspomniane zapotrzebowanie. Pożywienie musi być odpowiednio zbilansowane, to znaczy w odpowiedniej proporcji muszą być dostarczone węglowodany, białka i tłuszcze.

Najmniejsza ilość określonego składnika pokarmowego, którego spożycie zabezpiecza przed wystąpieniem objawów niedoboru, jest definiowana mianem **zapotrzebowania minimalnego**. By jednak organizm prawidłowo wzrastał, pokonywał chorobę, czy funkcjonował w trakcie wykonywania pracy, przewód pokarmowy winien dostarczyć odpowiednio zwiększoną ilość konkretnych składowych zapotrzebowania minimalnego – ich suma jest określana **zapotrzebowaniem optymalnym**. Przeciętnie dla populacji polskiej zapotrzebowanie to jest realizowane w 13 – 17% przez białka, w 35 – 40% przez tłuszcze i w 45 – 50% przez węglowodany. Do ich prawidłowych przemian w organizmie jest wymagana także **woda**, która w głównej mierze jest wchłaniana ze światła przewodu pokarmowego w ilości 1,5 – 2,5 litra w ciągu doby. Jest to jednak także uzależnione od wielu czynników otaczającego środowiska (wilgotność, temperatura) oraz samego funkcjonowania organizmu (rodzaj pracy, choroba, gorączka)⁵¹⁸.

Do zaburzeń homeostazy przewodu pokarmowego może dochodzić w dwóch przypadkach: utraty funkcji trawienia i wchłaniania substancji odżywczych albo utrudnienia ich pasażu w jego świetle. W rzeczywistości obie występują jednocześnie, choć w różnym nasileniu. Ostatecznie będą skutkowały zaburzeniami metabolizmu na poziomie całego organizmu.

Dominującym objawem u chorego, u którego doszło do utraty lub zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego jest **niedożywienie**. Pod tym terminem należy rozumieć „zespół objawów niedoboru podstawowych składników odżywczych (węglowodanów, tłuszczy, białek, witamin lub pierwiastków śladowych) spowodowany niedostateczną podażą (w sytuacji normalnego lub zwiększonego zapotrzebowania), zaburzeniami wchłaniania lub nadmierną utratą, w chorobie lub po urazie nasilany przez reakcję zapalną (ostrą lub przewlekłą)”⁵¹⁹. Fenotypowo chory taki charakteryzuje się zanikiem podskórnej tkanki tłuszczowej oraz tkanki mięśniowej, co skutkuje spadkiem masy ciała⁵²⁰. Uzyskane z tego rozpadu białka zostają włączone w wątrobie w proces glukoneogenezy, który zapewnia organizmowi dodatkowe źródło energii zaspokajające do pewnego momentu jej niedobór. Mechanizm ten zostaje uruchomiony, gdy w organizmie zostaną wyczerpane zapasy

⁵¹⁸ Por. T. Brzozowski, S. Konturek, *Fizjologia człowieka. Tom I. Fizjologia ogólna, krew i mięśnie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003, ss. 84–85 i 117–122; F. Kokot, *Zasady żywienia [w:] Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki*, F. Kokot (red.), Wydawnictwo Lekarskiej PZWL, Warszawa 2004, ss. 1312–1315; M. Sarnecka – Keller, *Katabolizm [w:] Leksykon biologiczny*, Cz. Jura i H. Krzanowska (red.), Wydawnictwo Wiedza Powszechna, Warszawa 1992, s. 293.

⁵¹⁹ S. Kłęk, M. Pertkiewicz, *Niedożywienie [w:] Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 2727. Zob. także paragraf 3.2 niniejszej pracy.

⁵²⁰ Por. S. Kłęk, M. Pertkiewicz, *Niedożywienie [w:] Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 2728.

glikogenu, który magazynuje substraty energetyczne⁵²¹. Procesy te skutkują osłabieniem siły mięśniowej, zapadnięciem policzków, wyostreniem rysów twarzy oraz wiotkością skóry określanej mianem pergaminowej⁵²².

Niedożywienie może być wywołane **przyczynami zewnętrznymi i wewnętrznymi**. Do egzogennych należy zaliczyć niedobory pokarmowe, nieprawidłową dietę (niesmaczna lub niewłaściwie zbilansowana), głodzenie. Wśród endogennych można wymienić czynniki humoralne⁵²³ oraz immunologiczne. Aktywacja ostatnich wywołuje reakcję zapalną skutkującą hipermetabolizmem, hiperkatabolizmem i zaburzeniami łaknienia, które mogą być nasilane podażą leków, trudnościami w przyjmowaniu pokarmów (braki w użębieniu, trudności w połykaniu, zaburzenia pasażu treści pokarmowej, nasilająca się duszność, nudności, ślinienie i inne nieprzyjemne objawy), zaburzeniami trawienia i wchłaniania, a także utratą substancji odżywczych w wyniku zachodzących procesów patologicznych (zespół nerczycowy) lub leczniczych (dializoterapia)⁵²⁴.

Praktyka kliniczna ostatnich lat kładzie duży nacisk na ocenę stanu odżywienia chorych hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych, ponieważ „prawidłowe odżywianie dostosowane do aktualnej sytuacji metabolicznej i klinicznej pacjenta stanowi ważny (...) element kompleksowego leczenia”⁵²⁵. Do zmiany postępowania doprowadziły wyniki badań, w czasie których zauważono, że u 30% chorych hospitalizowanych z prawidłowych odżywieniem, a u 70% niedożywionych dochodzi do pogorszenia stanu odżywienia w trakcie hospitalizacji⁵²⁶. Niedożywienie poprzez utratę masy mięśniowej skutkuje osłabieniem mięśni oddechowych, co z kolei zwiększa podatność na infekcje dróg oddechowych. Pojawiające się w związku z tym symptomy wysiłku oddechowego w połączeniu z nagromadzeniem CO₂, przy spadku wrażliwości na wzrastającą jego prężność w krwi oraz niedoborze fosforanów i magnezu, doprowadza do rozwoju niewydolności oddechowej. Może być nasiloną przez powikłania zakrzepowo – zatorowe oraz septyczne (zapalenie płuc). Obserwacje te pozwalają

⁵²¹ Por. B. Szczygieł, *Leczenie żywieniowe chorych na nowotwory*, „Nowotwory. Journal of Oncology”, 57(2007), nr 1, s. 2.

⁵²² Por. S. Kłęk, M. Pertkiewicz, *Niedożywienie* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 2728.

⁵²³ O hormonach katabolicznych zob. S. Konturek, *Fizjologia człowieka. Tom V. Układ trawienny i wydzielanie wewnętrzne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000, ss. 229–230.

⁵²⁴ Por. S. Kłęk, M. Pertkiewicz, *Niedożywienie* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 2727.

⁵²⁵ B. Szczygieł, *Leczenie żywieniowe chorych na nowotwory*, dz. cyt., s. 1.

⁵²⁶ Por. B. Szczygieł, *Leczenie żywieniowe chorych na nowotwory*, dz. cyt., s. 2. Badania pokazują, że wśród przyjmowanych do szpitala co najmniej 40% jest już niedożywionych, a wśród chorych z chorobą nowotworową odsetek ten sięga nawet 85%. M. Pertkiewicz, *Leczenie żywieniowe* [w:] *Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2010*, A. Szczeklika (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, s. 1051.

stwierdzić, że **między utratą masy ciała a złym rokowaniem i czasem przeżycia istnieje bezpośrednia zależność**⁵²⁷.

U większości chorych na nowotwory złośliwe, zwłaszcza w ich terminalnej fazie, występuje szczególny rodzaj niedożywienia, jakim jest **zespół wyniszczenia nowotworowego**. Jego obecność doprowadza bezpośrednio do zgonu u 20% chorych, a u 80% jest rozpoznawany bezpośrednio w okresie ją poprzedzającym⁵²⁸. Jego składowe to brak łaknienia określane mianem **anoreksji**⁵²⁹, **utrata masy ciała, upośledzenia czynności narządów i postępujące niedożywienie**⁵³⁰. Warunkiem jego rozpoznania jest u chorego ze zdiagnozowanym wcześniej nowotworem złośliwym utrata co najmniej 5% masy ciała w ciągu ostatnich sześciu miesięcy (ewentualnie BMI poniżej 20kg/m² albo sarkopenia), potwierdzenia niedożywienia jedną z powszechnie stosowanych skal np. NRS 2002 oraz udokumentowany uogólniony stan zapalny⁵³¹.

Wyniszczenie nowotworowe jest procesem postępującym. Jego pierwszym stadium jest **prekacheksja**, w której dochodzi do utraty mniej niż 5% masy ciała czemu towarzyszy jadłowstręt i zaburzenia metaboliczne. Gdy spadek masy ciała przekroczy 5% rozpoczyna się okres **kacheksji**, w którym także dość często dochodzi do zmniejszenia przyjmowania pokarmów oraz pojawia się uogólniona reakcja zapalna. W chwili ,gdy niepoddająca się leczeniu choroba nowotworowa skraca czas przewidywalnego przeżycia poniżej 3. miesięcy rozpoczyna się okres **kacheksji odpornej na leczenie**⁵³².

⁵²⁷ Por. B. Szczygieł, *Leczenie żywieniowe chorych na nowotwory*, dz. cyt., s. 2; por. S. Kłęk, M. Pertkiewicz, *Niedożywienie* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 2727-2728.

⁵²⁸ Por. J. Jarosz, E. Haggmajer, *Wyniszczenie nowotworowe – zespół kacheksja – anoreksja – astenia* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), dz. cyt., s. 113. Zob. także I. Zaporska – Stachowiak, L. Gorzelińska, *Jadłowstręt, wyniszczenie i zmęczenie nowotworowe* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., ss. 2715-2718.

⁵²⁹ Anoreksja to niechęć do przyjmowania pokarmów połączona z szybko pojawiającym się uczuciem pełnego żołądka, nawet po spożyciu niewielkiej ilości pokarmu. Zob. Por. J. W. Aleksandrowicz, *Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, ss. 120–123; B. Baranowska, *Zaburzenia zachowania związane z odżywianiem*, [w:] *Interna Szczeklika 2018*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2018, ss. 2664-2679; A. Bilikiewicz, *Zaburzenia odżywiania się* [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, A. Bilikiewicz (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, ss. 383–386; F. Kokot, *Jadłowstręt psychiczny i żarłoczność* [w:] *Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki*, F. Kokot (red.), dz. cyt., ss. 1327–1330.

⁵³⁰ Por. B. Szczygieł, *Leczenie żywieniowe chorych na nowotwory*, dz. cyt., s. 2.

⁵³¹ Por. I. Zaporska – Stachowiak, L. Gorzelińska, *Jadłowstręt, wyniszczenie i zmęczenie nowotworowe* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 2716. Niektóre źródła twierdzą, że do jego rozpoznania wystarczy „stwierdzenie u chorego na nowotwór złośliwy postępującej, przekraczającej 10% utraty masy ciała w okresie ostatnich 3 miesięcy”. J. Jarosz, E. Haggmajer, *Wyniszczenie nowotworowe – zespół kacheksja – anoreksja – astenia*, K. de Walden – Gałuszko (red.), dz. cyt., ss. 113.

⁵³² Por. I. Zaporska – Stachowiak, L. Gorzelińska, *Jadłowstręt, wyniszczenie i zmęczenie nowotworowe* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 2716. Inny podział na lekkie, umiarkowane i ciężkie niedożywienie jest uzależniony od ilości leukocytów w krwi obwodowej lub stężenia albumin. Zob. J. Jarosz, E. Haggmajer, *Wyniszczenie nowotworowe – zespół kacheksja – anoreksja – astenia* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), dz. cyt., s. 144; J. Fibak, *Chirurgia. Repetytorium*, Wydawnictwo

Stan chorego, u którego rozpoznano zespół wyniszczenia nowotworowego, ulega pogorszeniu w czasie nie tylko w wyniku postępującego schorzenia, ale także z powodu pojawiającej się **astenii**. Wśród jej objawów należy wymienić: łatwą męczliwość, senność, ogólne osłabienie, spadek tolerancji wysiłku, stopniowy spadek aktywności, zaburzenia pamięci i trudności z koncentracją oraz upośledzenia funkcji autonomicznego układu nerwowego⁵³³. Objawy te doprowadzają do spadku jakości życia i są szczególnie nasilone u chorych z nowotworami przewodu pokarmowego⁵³⁴. Ich obecność doprowadza do zaburzeń psychicznych – chory traci wolę walki i nie podejmuje współpracy z personelem medycznym, co skutkuje spadkiem jakości sprawowanej nad nim opieki⁵³⁵.

Historyczny model, który tłumaczył **patomechanizmy zespołu wyniszczenia nowotworowego**, podkreślał interakcję pomiędzy nowotworem a wchłanianymi z światła przewodu pokarmowego substancjami odżywczymi. Proces ten umożliwiał wzrost strukturom patologicznym, a jednocześnie skutkował w organizmie chorego niedoborem substancji odżywczych. W początkowej fazie ich brak był uzupełniany rozpadem tkanki mięśniowej i tłuszczowej. Z czasem jednak dochodziło do niedożywienia. Potęgować je miała anoreksja, która powstawała w wyniku działań szkodliwych produktów przemiany materii zachodzących w komórkach nowotworu⁵³⁶.

Wadą przedstawionego modelu okazały się różnice, które obserwowano w przebiegu zespołu wyniszczenia w zależności od różnych nowotworów. Zauważono, że najczęściej i najszybciej wyniszczenie pojawia się u chorych z rakiem trzustki, rakiem żołądka i rakiem przełyku. Nieco rzadziej i wolniej rozwija się w raku okrężnicy, raku gruczołu krokowego oraz w raku płuca. Najrzadziej natomiast w raku gruczołu sutkowego, mięsakach oraz chłoniakach niezłośliwych. Różnice te, które określono mianem **klasyfikacji Wallera i Caroline**, tłumaczono fenotypem nowotworu oraz właściwościami osobniczymi chorego,

Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, s. 78; B. Szczygieł, *Leczenie żywieniowe chorych na nowotwory*, dz. cyt., s. 4.

⁵³³ Por. I. Zaporska – Stachowiak, L. Gorzelińska, *Jadłowstręt, wyniszczenie i zmęczenie nowotworowe* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 2717-2718. Także J. W. Aleksandrowicz, *Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości*, dz. cyt., ss. 105–107; S. Leder, S. Siwiak – Kobayashi, *Nerwice* [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, A. Bilikiewicz (red.), dz. cyt., ss. 354–355; J. Wciórka, *Psychopatologia ogólna – objawy i zespoły zaburzeń psychicznych* [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, A. Bilikiewicz (red.), dz. cyt., s. 102.

⁵³⁴ Por. J. Jarosz, E. Haggmajer, *Wyniszczenie nowotworowe – zespół kacheksja – anoreksja – astenia* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), dz. cyt., s. 115–117.

⁵³⁵ Por. B. Szczygieł, *Leczenie żywieniowe chorych na nowotwory*, dz. cyt., s. 2. Zob. także K. de Walden – Gałuszko, *Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), dz. cyt., ss. 178–184.

⁵³⁶ Por. J. Jarosz, E. Haggmajer, *Wyniszczenie nowotworowe – zespół kacheksja – anoreksja – astenia* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), dz. cyt., s. 117.

co miało skutkować brakiem możliwości wyrównania niedoborów białkowo – energetycznych nawet przy ich wzmożonej podaży⁵³⁷.

Dalsze badania pozwoliły poznać ostateczny patomechanizm zespołu wyniszczenia nowotworowego. Kluczową rolę odgrywa w nim sprzężenie zwrotne dodatnie⁵³⁸ zachodzące pomiędzy dwoma procesami. Pierwszy to **kacheksja pierwotna**. W jej skład wchodzi zespół kacheksja – anoreksja – astenia. Jako towarzyszące nowotworowi są określane mianem objawu paranowotworowego i doprowadzają do upośledzenia trawienia i wchłaniania substancji odżywczych a następnie ich metabolizowania w komórkach. Za ich przyczynę jest uważana nieprawidłowa interakcja pomiędzy organizmem a nowotworem. Drugim procesem jest **kacheksja wtórna**, która uniemożliwia lub znacznie utrudnia pasaż treści odżywczej w świetle przewodu pokarmowego, co pogłębia niedożywienie z jego objawami⁵³⁹.

Przedstawiony model sprzężenia zwrotnego dodatniego pomiędzy kacheksją pierwotną i wtórną tłumaczy **zmiany metaboliczne**, które są obserwowane w przebiegu wyniszczenia nowotworowego. Organizm traci wówczas zdolność do oszczędzania energii i zapasów białkowych⁵⁴⁰. Wynika to ze wzrostu podstawowej przemiany materii, która ma miejsce po aktywacji przez rozwijający się nowotwór reakcji zapalnej⁵⁴¹, zwanej także reakcją stresową⁵⁴². Aktywuje ona także poważne zaburzenia w układzie insulina - glukagon⁵⁴³ przy jednoczesnym spadku zdolności wykorzystania zgromadzonej tkanki tłuszczowej i powstających ketonów. Jedynym źródłem energii dla zachodzących procesów metabolicznych staje się wówczas glukoza, której zapasy są zgromadzone w wątrobie i mięśniach szkieletowych w postaci glikogenu. Jego zasób jest jednak ograniczony i wystarcza na około 24 godziny. Dlatego po jego wyczerpaniu następuje istotna zmiana w procesach metabolicznych: źródłem glukozy stają się białka. Pochodzą one przede wszystkim z mięśni szkieletowych, ale u terminalnie chorych zużywane są także tak zwane

⁵³⁷ Por. J. Jarosz, E. Haggmayer, *Wyniszczenie nowotworowe – zespół kacheksja – anoreksja – astenia* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), dz. cyt., ss. 113 i 118.

⁵³⁸ Zob. T. Brzozowski, S. Konturek, *Fizjologia człowieka. Tom I. Fizjologia ogólna, krew i mięśnie*, dz. cyt., ss. 99–106. S. Stokłosowa, *Sprzężenie zwrotne* [w:] *Leksykon biologiczny*, dz. cyt., s. 643.

⁵³⁹ Por. J. Jarosz, E. Haggmayer, *Wyniszczenie nowotworowe – zespół kacheksja – anoreksja – astenia* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), dz. cyt., s. 117.

⁵⁴⁰ Por. M. Esser, *Podstawy fizjologii w leczeniu chirurgicznym*, tłum. K. Ostrowski [w:] *Chirurgia*, B. E. Jarrell, R. A. Carabasi (red.), W. Rowiński (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław 2003, s. 25.

⁵⁴¹ Zob. P. Thor, *Podstawy patofizjologii człowieka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, ss. 14–30.

⁵⁴² Por. J. Jarosz, E. Haggmayer, *Wyniszczenie nowotworowe – zespół kacheksja – anoreksja – astenia* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), dz. cyt., s. 118.

⁵⁴³ Zob. S. Konturek, *Fizjologia człowieka. Tom V. Układ trawienny i wydzielanie wewnętrzne*, dz. cyt., ss. 247–268.

białka trzewne, do których zaliczyć można m.in. immunoglobuliny, albuminy a także białka budujące narządy wewnętrzne. Skutkuje to szybkim zanikiem masy mięśniowej oraz dysfunkcją narządów. Objawem tego jest postępująca niewydolność wielonarządowa i zespół wyniszczenia nowotworowego⁵⁴⁴.

Mogłoby się wydawać, że zrozumienie patomechanizmu zespołu wyniszczenia nowotworowego, umożliwi zastosowanie odpowiedniego leczenia przyczynowego, czyli takiego, które będzie zapobiegać utracie masy ciała. Przytoczone jednak wcześniej dane epidemiczne dotyczące pogorszenia stanu zdrowia w zależności od stanu odżywienia przy rozpoczęciu hospitalizacji sugerują, że optymalnym postępowaniem jest **profilaktyka**, dzięki której zostanie wydłużony czas przeżycia oraz zwiększona lub utrzymana na tym samym poziomie jakość życia. Oznacza to właściwie przeprowadzone badanie podmiotowe z uwzględnieniem wywiadu dietetycznego oraz socjalnego, badanie przedmiotowe z pomiarami antropometrycznymi (wzrost i masa ciała, czasami także obwód ramienia, grubość fałdu skórnoego) a także badania laboratoryjne, dzięki czemu zostanie wyodrębniona grupa chorych, która zostanie poddana odpowiedniej interwencji żywieniowej⁵⁴⁵.

Pomocą w określeniu stanu odżywienia są odpowiednio skonstruowane skale. W warunkach polskich powszechny w użyciu jest kwestionariusz **Nutrition Risk Screening (NRS 2002)**. Obok niego funkcjonuje także **Subjective Global Assessment (SGA)**. Ich zalety zostały przedstawione we wcześniejszym paragrafie niniejszej pracy⁵⁴⁶. Żadna z nich jednak nie daje przesłanek do zakończenia sztucznego odżywiania terminalnie chorych. Mogłoby się wydawać, że pewną wskazówką w podjęciu tej decyzji mogłaby być analiza wyników badań laboratoryjnych, które należy obowiązkowo wykonywać w trakcie procedur

⁵⁴⁴ Por. M. Esser, *Podstawy fizjologii w leczeniu chirurgicznym* [w:] *Chirurgia*, B. E. Jarrell, R. A. Carabasi (red.), dz. cyt., ss. 25-26.

⁵⁴⁵ Por. S. Kłęk, *Ocena stanu odżywienia* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., ss. 2725-2726.

⁵⁴⁶ Zob. paragraf 3.2 niniejszej pracy. Najnowsze publikacje wspominają o co najmniej jeszcze dwóch skalach, które mogą zostać użyte w ocenie stanu odżywienia. Jest to **Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)** oraz **Mini Nutritional Assessment (MNA)**. Zob. S. Kłęk, *Ocena stanu odżywienia* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., ss. 2725; także F. Kokot, *Niedożywienie* [w:] *Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki*, F. Kokot (red.), dz. cyt., ss. 1323–1325. Wobec pacjentów geriatrycznych jest stosowana skala **Subjective Global Assessment Scale**, który dokonuje oceny na podstawie badania podmiotowego (ze szczególnym uwzględnieniem procentowego spadku masy ciała w ostatnich dwunastu i sześciu miesiącach, rodzaju stosowanej diety, objawów z przewodu pokarmowego i niezdolności do pracy z tego powodu) i przedmiotowe (ze szczególnym uwzględnieniem osłabienia siły mięśniowej mięśnia dwugłowego, trójgłowego, czworogłowego i skroniowego; utraty podskórnej tkanki tłuszczowej w okolicy oczodołowej i wokół ust a także obrzęków dłoni, okolicy krzyżowej i kończyn dolnych). G. S. Sacks, K. Dearman, W. H. Replogle, V. L. Cora, M. Meeks, T. Canada, *Use of Subjective Global Assessment to Identify Nutrition-Associated Complications and Death in Geriatric Long-Term Care Facility Residents*, „Journal of the American College of Nutrition”, 19(2000), nr 5, ss. 570–577.

żywnościowych⁵⁴⁷. Na szczególną uwagę zasługiwałoby stężenie albumin i innych białek, takich jak transferyna lub prealbumina. Niestety długi okres ich półtrwania, zależność stężenia od stanu nawodnienia i podaży białek w trakcie sztucznego odżywiania uniemożliwia wskazanie momentu ustania funkcji przewodu pokarmowego, a tym samym uznaniu procedur związanych z odżywianiem za terapię daremną⁵⁴⁸.

Podsumowując należy stwierdzić, że praktyka kliniczna mówi jedynie o wskazaniach do leczenia żywieniowego każdego chorego, w tym terminalnie. Niestety doświadczenie uniemożliwia określenie momentu całkowitego ustania funkcji sprawowanej przez przewód pokarmowy, a tym samym zaistnienia terapii daremnej. Nie ma obiektywnych wskaźników laboratoryjnych opisujących stan pacjenta, które pozwoliłyby zrezygnować z każdej formy odżywiania i nawadniania, a tym samym ze stosowania leków⁵⁴⁹ przeciwdziałających negatywnym skutkom zaburzeń funkcjonowania układu insulina – glukagon oraz aktywacji reakcji zapalnej.

5.2 Dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego

Patomechanizm zespołu wyniszczenia nowotworowego opiera się na sprzężeniu zwrotnym dodatnim pomiędzy kacheksją pierwotną i kacheksją wtórną. Istotą pierwszej jest dysfunkcja przewodu pokarmowego, podczas gdy druga utrudnia lub uniemożliwia pasaż treści odżywczej przez przewód pokarmowy. **Objawy kacheksji wtórnej** ze względu na swoją mnogość zostały podzielone na trzy grupy. Do pierwszej można zaliczyć zaburzenia smaku, szybkie uczucie sytości po przyjęciu niewielkiej ilości pokarmu, suchość śluzówek jamy ustnej i w konsekwencji ich bolesność, odynofagia, zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego przebiegające z biegunką lub zaparciem z towarzyszącymi im nudnościami lub wymiotami, wreszcie unieruchomienie i bierność pacjenta – wszystkie zniechęcają chorego do przyjmowania posiłków. Do drugiej grupy zaliczono takie objawy jak biegunka, wymioty, obecność przetoki przewodu pokarmowego, nieprawidłowości anatomiczne, płyn przesiąkowy w jamach ciała. Doprowadzają one do utraty lub zmniejszenia ilości

⁵⁴⁷ Por. *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., ss. 36 – 41.

⁵⁴⁸ Por. M. Esser, *Podstawy fizjologii w leczeniu chirurgicznym* [w:] *Chirurgia*, B. E. Jarrell, R. A. Carabasi (red.), dz. cyt., s. 27. Także B. Szczygieł, *Leczenie żywieniowe chorych na nowotwory*, dz. cyt., ss. 4–5.

⁵⁴⁹ Są to leki, których zadaniem jest zmniejszenie wytwarzania mediatorów reakcji zapalnej i zahamowanie czynników anoreksogenicznych oraz stymulacja czynników oresogenicznych. Należą tu między innymi progestageny, niesteroidowe leki przeciwzapalne, glikokortykosterydy, leki prokinetyczne i inne o ograniczonym zastosowaniu. J. Jarosz, E. Hągmajer, *Wyniszczenie nowotworowe – zespół kacheksja – anoreksja – astenia* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), dz. cyt., ss. 123–127.

wchłanianych z przewodu pokarmowego substancji odżywczych. Ostatnią grupę stanowią czynniki psychologiczne, do których można zaliczyć depresję, lęk, obawę przed błędami dietetycznymi. Niezależnie jednak, do której z wymienionych grup należą objawy, ich przyczyną jest przebieg naturalny choroby podstawowej lub stosowane leczenie, w tym jego skutki uboczne. Zmniejszenie ich uciążliwości jest związane z ustępowaniem przyczyn schorzenia przewodu pokarmowego (leczenie przyczynowe); w przeciwnym wypadku zasadne wydaje się leczenie objawowe⁵⁵⁰. Schorzeniami, które faktycznie będą doprowadzały do upośledzenia pasażu treści pokarmowej będą **zmiany anatomiczne przewodu pokarmowego lub zaburzenia nerwowo – mięśniowe**. Podczas gdy pierwsze będą związane z obecnością wzrastającego guza, który w ostateczności może doprowadzić do niedrożności przewodu pokarmowego, to drugie przez patologię w miejscu połączenia układu nerwowego z układem mięśniowym będą skutkowały zaburzeniem motoryki lub jej całkowitym brakiem⁵⁵¹. Jednym ze sposobów leczenia obu grup jest stosowanie sztucznego odżywiania i nawadniania.

Przewód pokarmowy jest specyficznym układem będącym częścią środowiska zewnętrznego usytuowanym wewnątrz organizmu⁵⁵², który przyjmuje postać wydłużonej rury. Jej światło może ulec zmniejszeniu lub całkowitemu zamknięciu w wyniku obecności guza⁵⁵³. Może on być zlokalizowany w sąsiednim narządzie położonym **w bezpośredniej bliskości przewodu pokarmowego** lub, co jest o wiele częstsze, może wyrastać jako guz endofityczny ze ściany przełyku, żołądka i jelit⁵⁵⁴.

⁵⁵⁰ Por. J. Jarosz, E. Hągmajer, *Wyniszczenie nowotworowe – zespół kacheksja – anoreksja – astenia* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), dz. cyt., ss. 122–123.

⁵⁵¹ Zob. T. Brzozowski, S. Konturek, *Fizjologia człowieka. Tom I. Fizjologia ogólna, krew i mięśnie*, dz. cyt., ss. 308–334; także S. Konturek, *Fizjologia człowieka. Tom IV. Neurofizjologia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998, ss. 317–333.

⁵⁵² Układ pokarmowy jest długim przewodem otwartym na początku jamą ustną i zakończonym uchodzącym do środowiska zewnętrznego odbytem. Jest to więc uchyłek środowiska zewnętrznego usytuowany wewnątrz organizmu, do światła którego uchodzą przewody gruczołów ślinowych, wątroby oraz trzustki. Ich wydzielina trawi dostarczane substancje pokarmowe, co umożliwia następnie ich wchłonięcie i dalej dystrybucję do każdej komórki organizmu. A. Jasiński, *Pokarmowy układ kręgowców* [w:] *Leksykon biologiczny*, dz. cyt., ss. 525–526. Więcej o anatomii przewodu pokarmowego człowieka zob. J. Gorczyca, A. Skawina, J. Walocha, *Anatomia prawidłowa człowieka. Klatka piersiowa*, A. Skawina (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, ss. 133–136; P. Ceranowicz, J. Gorczyca, A. Skawina, J. Walocha, *Anatomia prawidłowa człowieka. Brzuch*, A. Skawina (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003, ss. 11–131.

⁵⁵³ Należy pamiętać, że pojęcie guza obejmuje nie tylko zmiany o charakterze nowotworowym, ale także zmiany zapalne, rozrostowe, naciekowe. Same guzy nowotworowe można podzielić m.in. na złośliwe i łagodne. Zob. S. Woyke, *Ogólna charakterystyka procesu nowotworowego* [w:] *Podstawy patomorfologii. Podręcznik dla studentów medycyny*, J. Groniewski i S. Kruś (red.), Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1991, ss. 162–163.

⁵⁵⁴ Obok tego mogą być jeszcze guzy egzofityczne, które z tych samym ścian wyrastają na zewnątrz światła przewodu pokarmowego. Mogą one jednak doprowadzić do powstania uchyłków a nie zwężenia światła.

Głównymi objawami, które będą zgłaszane przez chorego ze zwężeniem przełyku, będzie dysfagia oraz odynofagia. **Dysfagia** oznacza „subiektywne wrażenie trudności w połykaniu lub utrudnionego przechodzenia pokarmu lub płynu z jamy ustnej do żołądka. Może być odczuwana jako niemożność uformowania kęsa pokarmowego i przemieszczania go z jamy ustnej do gardła i przełyku (...) lub uczucie zalegania kęsa za mostkiem, rozpierania, gniecienia w klatce piersiowej, przeszkody w przełyku albo uczucie zatrzymywania się pokarmu w czasie przemieszczania się przez przełyk”⁵⁵⁵. Zgłaszanym objawom może towarzyszyć **odynofagia**, czyli ból związany z przełykaniem. „Ból typowo jest odczuwany za mostkiem, podczas przechodzenia kęsa pokarmowego przez przełyk. Niekiedy terminem tym określa się również ból odczuwany w gardle podczas przełykania”⁵⁵⁶. Oba objawy są skutkiem obecności guza zlokalizowanego w obrębie jamy ustnej, gardła lub tkanek otaczających (o etiologii zapalnej, nowotworowej ale także wole tarczycy czy zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa) oraz w obrębie przełyku i sąsiednich narządów (mogą to być nowotwory przełyku, śródpiersia i oskrzeli, ale także ciało obce, wole zamostkowe czy inne choroby jak choroba refluksowa przełyku czy niedokrwienie mięśnia sercowego)⁵⁵⁷. Najczęściej jednak do dysfagii i odynofagii doprowadza rak przełyku i żołądka⁵⁵⁸.

Rak przełyku, który jest najczęstszym nowotworem złośliwym tej części przewodu pokarmowego, bardzo długo przebiega w sposób bezobjawowy. Wymieniona dysfagia i odynofagia (dotyczące początkowo jedynie pokarmów stałych a później także płynnych), którym zazwyczaj towarzyszy już utrata masy ciała, pojawiają się w zaawansowanym stadium, gdy światło przełyku jest już istotnie zwężone⁵⁵⁹. Leczenie przyczynowe, które wiąże się z miejscowym zabiegiem operacyjnym połączonym z chemio- i radioterapią lub izolowana resekcja przełyku, z reguły są już niemożliwe do wykonania, co zmusza do

⁵⁵⁵ J. Kotynia, E. Małecka – Wojcieszko, *Dysfagia i odynofagia* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 941. Por. J. Fibak, *Chirurgia. Repetytorium*, dz. cyt., s. 241. O fizjologicznych procesie połykania oraz perystaltyki przełyku zob. S. Konturek, *Fizjologia człowieka. Tom V. Układ trawienny i wydzielanie wewnętrzne*, dz. cyt., ss. 23–30.

⁵⁵⁶ J. Kotynia, E. Małecka – Wojcieszko, *Dysfagia i odynofagia* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 941.

⁵⁵⁷ Por. J. Kotynia, E. Małecka – Wojcieszko, *Dysfagia i odynofagia* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., ss. 941–943. Zob. także F. R. Armenti, R. N. Edie, *Przełyk*, tłum. W. Rowiński [w:] *Chirurgia*, B. E. Jarrell, R. A. Carabasi (red.), dz. cyt., ss. 211–212; P. Stręk, *Patofizjologia zaburzeń połykania u chorych w podeszłym wieku po operacjach częściowego usunięcia krtani z powodu raka o lokalizacji nagłośniowej*, „Polska Medycyna Paliatywna”, t. 4(2005), nr 4, ss. 156–161; przedruk za: „Gerontologia Polska”, t. 13(2005), nr 2, ss. 88–93.

⁵⁵⁸ Por. J. Skokowski, *Wybrane paliatywne zabiegi chirurgiczne i endoskopowe* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), dz. cyt., s. 232.

⁵⁵⁹ Średnica przełyku w zależności od napięcia mięśniówki waha się pomiędzy 13 a 25 mm. Spadek średnicy poniżej 12 mm skutkuje obecnością dysfagii. Por. J. Gorczyca, A. Skawina, J. Walocha, *Anatomia prawidłowa człowieka. Klatka piersiowa*, dz. cyt., s. 133; J. Kotynia, E. Małecka – Wojcieszko, *Dysfagia i odynofagia* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 942.

zastosowania leczenia paliatywnego. Jego celem jest zmniejszenie objawów poprzez radiochemioterapię lub próby udrożnienia przełyku⁵⁶⁰, do których zalicza się zespolenie omijające oraz zabiegi endoskopowe: laseroterapię, terapię fotodynamiczną i protezowanie przełyku⁵⁶¹. „W ciężkiej dysfagii lub gdy warunki nie pozwalają na przeprowadzenie leczenia endoskopowego”⁵⁶² jedyną możliwością żywienia chorego pozostaje zastosowanie sondy odżywczej⁵⁶³, wytworzenie gastrostomii przezskórnej⁵⁶⁴ lub jejunostomii⁵⁶⁵. W wyborze konkretnego postępowania „znaczący udział powinien mieć chory, któremu należy w rzetelny i wyczerpujący sposób przedstawić możliwe korzyści planowanego leczenia i jego powikłania”⁵⁶⁶, ponieważ zastosowanie niektórych z nich w takim stanie jest uważane przez większość środowiska medycznego za nieetyczne⁵⁶⁷.

Kolejnym zaburzeniem wywołanym utrudnieniem pasażu treści pokarmowej przez przewód pokarmowy jest **dyspesja**, która dzięki znanej przyczynie jest określana mianem organicznej⁵⁶⁸. „Oznacza występowanie uciążliwego bólu w nadbrzuszu pojawiającego się od miesiąca. Bólowi mogą towarzyszyć: poposiłkowe uczucie pełności, wczesne uczucie sytości, nudności, wymioty”⁵⁶⁹. Jest wywołana guzem endofitycznym zlokalizowany w przewodzie pokarmowym poniżej przełyku albo w najbliższym sąsiedztwie żołądka lub jelit. Leczenie

⁵⁶⁰ Por. A. Mokrowiecka, E. Małecka – Wojcieszko, *Nowotwory przełyku* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., ss. 1026-1028. Zob. także F. R. Armenti, R. N. Edie, *Przełyk* [w:] *Chirurgia*, B. E. Jarrell, R. A. Carabasi (red.), dz. cyt., ss. 212–213; J. Fibak, *Chirurgia. Repetytorium*, dz. cyt., ss. 264–265; E. Nowakowska - Duława, K. Gibiński, *Choroby przełyku* [w:] *Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki*, F. Kokot (red.), dz. cyt., ss. 299–301.

⁵⁶¹ Por. J. Skokowski, *Wybrane paliatywne zabiegi chirurgiczne i endoskopowe* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), dz. cyt., ss. 233–236. Zob. także J. Fibak, *Chirurgia. Repetytorium*, dz. cyt., ss. 245–248.

⁵⁶² A. Mokrowiecka, E. Małecka – Wojcieszko, *Nowotwory przełyku* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 1028.

⁵⁶³ Por. R. Makarewicz, J. Terlikiewicz, *Zaburzenia połykania*, „Polska Medycyna Paliatywna”, t. 2(2003), nr 1, s. 35.

⁵⁶⁴ Por. A. Mokrowiecka, E. Małecka – Wojcieszko, *Nowotwory* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 1028; także R. Makarewicz, J. Terlikiewicz, *Zaburzenia połykania*, dz. cyt., s. 35.

⁵⁶⁵ Por. J. Skokowski, *Wybrane paliatywne zabiegi chirurgiczne i endoskopowe*, [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), dz. cyt., s. 233; także R. Makarewicz, J. Terlikiewicz, *Zaburzenia połykania*, dz. cyt., s. 35.

⁵⁶⁶ Por. R. Makarewicz, J. Terlikiewicz, *Zaburzenia połykania*, dz. cyt., s. 36.

⁵⁶⁷ Por. J. Terlikiewicz, *Dysfagia* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), dz. cyt., s. 78; R. Makarewicz, J. Terlikiewicz, *Zaburzenia połykania*, dz. cyt., s. 35.

⁵⁶⁸ Por. J. Kotynia, M. Kocot-Kępska, E. Małecka – Wojcieszko, *Ból brzucha* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 940. Postacią dyspepsji organicznej jest zespół uciśniętego (małego) żołądka wywołany m.in. rozległym, naciekającym rakiem żołądka (*linitis plastica*), częściową gastrektomią, uciskiem guzów z narządów sąsiednich (hepatomegalia, rak trzustki), znaczne wodobrzusze. Niektórzy autorzy wyróżniają także dyspepsję zależną od choroby nowotworowej (CADS), którą prawdopodobnie jest prekursorem wyniszczenia nowotworowego. A. Stachowiak, *Dyspepsja* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), dz. cyt., s. 92.

⁵⁶⁹ A. Dąbrowski, K. Marlicz, *Dyspepsja* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 1040.

jest związane z oddziaływaniem na chorobę podstawową⁵⁷⁰ a także stosowaniem leków prokinetycznych⁵⁷¹. Dopiero współistniejące zmiany metaboliczne wywołane kacheksją pierwotną mogą przemawiać za rozpoczęciem sztucznego odżywiania i nawadniania.

W momencie, gdy endofityczny guz doprowadzi do zamknięcia światła przełyku, żołądka lub jelit, dochodzi do rozwoju pełnoobjawowej **mechanicznej niedrożności przewodu pokarmowego**. By lekarz mógł ją rozpoznać, musi zaistnieć charakterystyczna triada objawów: dolegliwości bólowe brzucha o różnej lokalizacji, nasileniu i charakterze, nudności i wymioty, zatrzymanie stolca i wiatrów⁵⁷². Leczeniem ratującym życie jest zabieg operacyjny, który zostaje poprzedzony założeniem zgłębnika żołądkowo – jelitowego (bardzo rzadko wytworzeniem gastrostomii) celem odbarczenia przewodu pokarmowego, to jest odessania zgromadzonej w żołądku treści pokarmowej⁵⁷³. Postępowaniem z wyboru jest rezygnacja z jakiegokolwiek podaży pokarmu (w sposób naturalny lub sztuczny) drogą przewodu pokarmowego⁵⁷⁴.

Decyzja o zabiegu chirurgicznym w przypadku mechanicznej niedrożności przewodu pokarmowego niesie ze sobą ogromne ryzyko komplikacji, w tym także zgonu⁵⁷⁵. Przeciwwskazaniami do takiego sposobu leczenia jest terminalny stan pacjenta, rozsiew nowotworowy do otrzewnej i zły stan ogólny nie rokujący przeżycia dłuższego niż 2 miesiące. Pewną pomocą do dyskwalifikacji chorego z operacyjnego leczenia niedrożności może być skala Karnofsky’ego. Gdy chory uzyskuje w niej wartość mniejszą niż 50%, nie powinien być operowany. Skala ta wydaje się o tyle ciekawa, że można się nią także posłużyć przy podejmowaniu decyzji o odstąpieniu od sztucznego odżywiania u terminalnie chorych.

Skala Karnofsky’ego (tabela poniżej) określa stopień sprawności chorego. Człowiek, którego stan jest prawidłowy, bez żadnych dolegliwości i objawów choroby otrzymuje w niej 100% wg Karnofsky’ego. Uzyskanie 50% wg Karnofsky’ego oznacza, że chory charakteryzuje się stanem wymagającym częstej opieki, co jest powiązane z częstymi interwencjami medycznymi. Niższe wartości oznaczają postępującą niewydolność pacjenta,

⁵⁷⁰ Por. A. Dąbrowski, K. Marlicz, *Dyspepsja [w:] Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 1042.

⁵⁷¹ Por. A. Stachowiak, *Dyspepsja [w:] Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), dz. cyt., ss. 90–93.

⁵⁷² Por. M. Nowakowski, J. Ciećkiewicz, *Niedrożność jelit [w:] Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 1307. Takimi samymi objawami charakteryzuje się niedrożność porażenna, ale jest ona wywołana odruchową reakcją autonomiczną lub zaburzeniami metabolicznymi.

⁵⁷³ Por. A. Stachowiak, *Niedrożność przewodu pokarmowego [w:] Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), dz. cyt., ss. 93–96.

⁵⁷⁴ Por. J. Fibak, *Chirurgia. Repetytorium*, dz. cyt., ss. 299–300.

⁵⁷⁵ Por. A. Stachowiak, *Niedrożność przewodu pokarmowego [w:] Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), dz. cyt., ss. 93–96.

a tym samym zwiększonych nakładów opieki. Przy wartości 20% pojawia się konieczność leczenia wspomagającego⁵⁷⁶, do którego należy zaliczyć sztuczne odżywianie. Wydaje się jednak słuszne odstępienia od procedur sztucznej podaży składników odżywczych związanych z zastosowaniem technik chirurgicznych, które należy zakwalifikować jako terapię uporczywą. Za wartość graniczną można przyjąć 10% wg Karnofsky'ego, która określa stan gwałtownego narastania zagrożenia życia. Należałoby wówczas zrezygnować z gastrostomii oraz jejunostomii, które wymagają interwencji chirurgicznej na rzecz zgłębnika żołądkowo – jelitowego lub żywienia pozajelitowego drogą żył obwodowych.

⁵⁷⁶Por. *Choroby wewnętrzne. Podręcznik multimedialny oparty na zasadach EBM*, A. Szczeklik (red.), Medycyna praktyczna, Kraków 2006, tab. X.E.4-4.

Skala sprawności według Karnofsky'ego

Stopień sprawności	Definicja
100%	Stan prawidłowy, nieobecność dolegliwości i objawów choroby;
90%	Stan prawidłowej aktywności, obecność niewielkich dolegliwości oraz objawów choroby;
80%	Stan niemal pełnej aktywności (wymaga pewnego wysiłku), obecność niewielkich dolegliwości oraz objawów choroby;
70%	Stan niemożności wykonywania pracy lub prawidłowej aktywności, przy zachowanej zdolności do samoobsługi;
60%	Stan wymagający okresowej opieki, przy zachowanej zdolności do spełniania większości codziennych potrzeb;
50%	Stan wymagający częstej opieki i częstych interwencji medycznych;
40%	Stan niewydolności i konieczność szczególnej opieki;
30%	Stan poważnej niewydolności oraz obecność wskazań do hospitalizacji;
20%	Stan poważnej choroby oraz bezwzględna konieczność hospitalizacji i prowadzenia leczenia wspomagającego;
10%	Stan gwałtownego narastania zagrożenia życia;
0%	Zgon;

za: *Choroby wewnętrzne. Podręcznik multimedialny oparty na zasadach EBM*,
A. Szczeklik (red.), Medycyna praktyczna, Kraków 2006, tab. X.E.4-4.

Argumentem przemawiającym za powyższą dedukcją jest **Australijska Modyfikacja Skali Karnofsky’ego**, która jest dedykowana chorym poddanym leczeniu terminalnemu w opiece szpitalnej oraz domowej. Według niej choremu uzyskującemu wspomniane 10% wg Karnofsky’ego odpowiada „stan śpiączki lub zaledwie możliwości przebudzenia”⁵⁷⁷. Oznacza to, że ogólnoustrojowe zaburzenia metaboliczne u takiego terminalnie chorego uzyskują główną rolę w obserwowanym stanie, a same dolegliwości z przewodu pokarmowego, które są wynikiem obecności guza, stają się drugorzędne. Dominujący stan śpiączki zmusza tym samym personel medyczny do aplikowania jedynie najpotrzebniejszych czynności, których zadaniem jest zmniejszenie cierpienia bez dodatkowego narażenia na ból. Odstąpienie więc od niektórych form sztucznego odżywiania, takich jak gastrostomia lub jejunostomia, jest determinowane przez stan ogólny chorego a nie przez narastające zmiany miejscowe w przewodzie pokarmowym. Niestety – jak już wspomniałem – brak jest jakichkolwiek obiektywnych przesłanek, które umożliwiałyby określenie na podstawie stanu ogólnego, które procedury sztucznego odżywiania stają się daremne.

Inną grupą schorzeń doprowadzających do upośledzenia pasażu treści pokarmowej przez światło przewodu pokarmowego są **zaburzenia nerwowo – mięśniowe**. Doprowadzają one do zmian w przewodnictwie w płycie nerwowo – mięśniowej, która warunkuje prawidłowe funkcjonowanie włókien mięśniowych. Skutkiem tego dochodzi do dysfagii, która jest głównym objawem tego typu schorzeń. Wśród nich można wyróżnić choroby ośrodkowego układu nerwowego (ostre niedokrwienie mózgu pochodzenia naczyniowego, zespół opuszkowy i rzekomoopuszkowy, guzy mózgu, wiał rdzenia, choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego), zespoły pozapiramidowe (choroba Parkinsona, płasawica Huntingtona, dyskinezy późne), neuropatie obwodowe (cukrzyca, sarkoidoza, zespół Sjögrena, układowe choroby tkanki łącznej, zespół Guillaina i Barrégo, błonica, zatrucie jadem kiełbasianym, zapalenie rogów przednich rdzenia kręgowego), miastenie i zespoły miasteniczne, miopatie (dystrofia oczno–gardłowa, dystrofia twarzowo–łopatkowo–ramieniowa, miopatie mitochondrialne, dystrofia miotoniczna)⁵⁷⁸. Wszystkie doprowadzają do zaburzeń połykania ,a w konsekwencji do niedożywienia. Podobnie też jak w schorzeniach z obecnością guza w przewodzie pokarmowym lub w jego bezpośrednim sąsiedztwie zastosowanie sztucznego odżywiania jest uzależnione od przebiegu naturalnego choroby

⁵⁷⁷ „Comatose or barely arousable”. A. P. Abernethy, T. Shelby – James, B. S. Fazekas, D. Wood, D. C. Currow, *The Australia – modified Karnofsky Performance Status (AKPS) scale: a revised scale for contemporary palliative care clinical practice*, „BMC Palliative Care”, t. 4(2005), nr 7, tab. 1.

⁵⁷⁸ Por. J. Kotynia, E. Małecka – Wojcieszko, *Dysfagia i odynofagia* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., ss.. 943-944.

oraz aktualnego stanu ogólnego⁵⁷⁹. Podobnie też, jak wcześniej wspomniano, trzeba zaznaczyć, że nie istnieją konkretne przesłanki, które by pomogły zakwalifikować konkretne procedury podaży substancji odżywczych jako terapię daremną.

5.3 Zalety i wady różnych form sztucznego odżywiania i nawadniania

Każda procedura medyczna w stanie terminalnym winna być oceniona pod kątem skuteczności, korzyści i obciążeń. Jest to domeną lekarza jako specjalisty w swojej dziedzinie. Ogrom sposobów sztucznego odżywiania wymaga więc skrótowego omówienia ich, by spróbować ocenić, które formy podaży składników odżywczych i wody mogą zostać zaliczone w stanie terminalnym do uporczywej terapii.

Leczenie żywieniowe to dostarczanie organizmowi „białek, węglowodanów, tłuszczów, elektrolitów i witamin w takiej formie i ilości, aby chory mógł odtworzyć i utrzymać masę komórkową”⁵⁸⁰. Można go prowadzić drogą przewodu pokarmowego doustnie lub poprzez sztuczny dostęp (za pomocą zgłębnika lub przez przetokę odżywczą), albo drogą pozajelitową, to jest drogą naczyń krwionośnych⁵⁸¹. Pierwsze z nich jest określane mianem **żywienia enteralnego**, a drugie **żywienia parenteralnego**.

Ogólne zasady sztucznego odżywiania wprowadzają określony **porządek w stosowaniu konkretnych jego form**. Przede wszystkim „w każdym przypadku należy wybrać najbezpieczniejszą i najbardziej skuteczną drogę dostępu, zapewniającą pokrycie potrzeb żywieniowych chorego”⁵⁸². Praktycznie oznacza to, że jako pierwsze, po modyfikacji diety doustnej, powinno być zastosowane żywienie drogą przewodu pokarmowego. Dopiero w drugiej kolejności, gdy droga enteralna jest niewystarczająca na pokrycie zapotrzebowania organizmu lub jest przeciwwskazana, należy zastosować żywienie parenteralne. Tu z kolei,

⁵⁷⁹ Jedynym schorzeniem neurologicznym, do którego zostały opracowane przez towarzystwa ogólnoswiatowe standardy postępowania, jest stwardnienie boczne zanikowe. Dochodzi w nim do zaniku mięśni, w tym także odpowiedzialnych za połykanie i mowę, z jednoczesnym zachowaniem pełnej świadomości. Dlatego też towarzystwa zalecają odpowiednio wcześniej ustalić z chorym ważne decyzje dotyczące także sposobów sztucznego odżywiania czy stosowania wspomaganego oddychania. Zalecaną metodą odżywiania jest gastrostomia. Por. A. Adamczyk, *Wybrane problemy neurologiczne w opiece paliatywnej* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), dz. cyt., ss. 251 – 252. Pomocne w leczeniu miejscowej infiltracji nacieku nerwów odpowiedzialnych za połykanie może być zastosowanie steroidów. Por. J. Terlikiewicz, *Dysfagia* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), dz. cyt., s. 78.

⁵⁸⁰ J. Fibak, *Chirurgia. Repetytorium*, dz. cyt., s. 79.

⁵⁸¹ Por. S. Kłęk, M. Pertkiewicz, *Leczenie żywieniowe* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., ss. 2730-2731

⁵⁸² *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., s. 40.

w zależności od przewidywanego czasu jego trwania, pierwszeństwo ma żywienie drogą żył obwodowych, a dopiero później przez dostęp centralny⁵⁸³.

5.3.1 Żywienie enteralne

Warunkiem zastosowania **żywienia enteralnego** jest zachowanie funkcji przewodu pokarmowego u chorych, którzy sami nie mogą lub nie chcą przyjąć pokarmu w ilości zaspokajającej ich zapotrzebowanie⁵⁸⁴. Wśród przeciwwskazań do jego zastosowania należy wymienić „brak czynności jelita z powodu jego niewydolności, ciężkiego zapalenia lub, w niektórych przypadkach, pooperacyjnej niedrożności porażennej; całkowita niedrożność mechaniczna przewodu pokarmowego; brak dostępu do przewodu pokarmowego, np. w ciężkim oparzeniu czy urazie wielonarządowym; przetoki jelitowe wydzielające dużo treści”⁵⁸⁵. Do względnych przeciwwskazań jest zaliczane „zwiększone niebezpieczeństwo zakażenia drobnoustrojami oportunistycznymi, np. w chirurgii szczękowo-twarzowej lub w leczeniu onkologicznym; rozważania etyczne, np. opieka terminalna”⁵⁸⁶. Przeciwwskazaniem jest także brak zgody chorego⁵⁸⁷.

Bezdyskusyjną **zaletą żywienia dojelitowego** zarówno w żywieniu doustnym, jak i metodami sztucznymi jest wykorzystanie naturalnej drogi przyswajania substancji odżywczych⁵⁸⁸. Podstawowym i najbardziej korzystnym sposobem jest **doustna podaż pokarmu**⁵⁸⁹. Przy braku przeciwwskazań właśnie w ten sposób powinny być podawane wszystkie substancje odżywcze oraz woda, gdyż podnosi to komfort życia pacjenta, może uwzględnić jego preferencje w obszarze spożywanych posiłków, co w połączeniu z poprawą ich smaku powinno motywować do współpracy w tej dziedzinie⁵⁹⁰. Naturalnie także pobudza odruch wydzielania śliny, co dzięki jej właściwościom bakteriobójczym działa ochronnie na

⁵⁸³Por. *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., s. 41.

⁵⁸⁴Por. *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., s. 12. Także: J. P. Howard, *Wskazania i przeciwwskazania do żywienia drogą przewodu pokarmowego*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), T. Korta, M. Łyszkowska (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, s. 201.

⁵⁸⁵J. P. Howard, *Wskazania i przeciwwskazania do żywienia drogą przewodu pokarmowego* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 201.

⁵⁸⁶J. P. Howard, *Wskazania i przeciwwskazania do żywienia drogą przewodu pokarmowego* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 201.

⁵⁸⁷Por. M. Pertkiewicz, *Leczenie żywieniowe* [w:] *Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2010*, A. Szczeklik (red.), dz. cyt., s. 1053.

⁵⁸⁸Por. E. Dardai, *Dostęp przez nos* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 204.

⁵⁸⁹Por. J. P. Howard, *Wskazania i przeciwwskazania do żywienia drogą przewodu pokarmowego* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 202.

⁵⁹⁰Por. J. Fibak, *Chirurgia. Repetytorium*, dz. cyt., s. 79.

organizm. Największą trudnością w tym sposobie żywienia są trudności we współpracy chorego, co jednak można pokonać dzięki wzmożonej pracy opiekunów medycznych. Wiąże się to jednak z zatrudnieniem większej ilości personelu, który będzie zdolny poświęcić więcej czasu konkretnemu choremu⁵⁹¹. Dodatkowe koszty mogą także wynikać z konieczności stosowania „żywności specjalnego przeznaczenia medycznego jako uzupełnienie diety naturalnej lub jako jedyne źródło pożywienia”⁵⁹².

Gdy żywienie doustne staje się niewystarczające albo w ogóle nie jest możliwe, w pierwszej kolejności podaż substancji odżywczych powinna mieć miejsce za pomocą zgłębnika dożołądkowego. Ograniczeniem w jego stosowaniu jest w zasadzie jedynie czas, ponieważ przy przewidywanym okresie żywienia dłuższym niż 30 dni wskazane jest wykonanie przezskórnej gastrostomii endoskopowej, która jest określana mianem „złotego standardu”. Przy braku możliwości jej wykonania techniką endoskopową, która jest metodą z wyboru, można skorzystać z technik laparoskopowych lub chirurgicznych. Jest to jednak dyskusyjne u pacjentów terminalnych. Podobnych dylematów dostarcza konieczność wytworzenia jejunostomii odżywczej, gdyż wymaga ona zastosowania minimalnych technik inwazyjnych (rzadko skutecznych) lub chirurgicznych⁵⁹³.

Żywienie przez zgłębnik należy zastosować „u chorych, którzy nie są w stanie przyjmować doustnie pokarmów lub przyjmują [go] zbyt mało”⁵⁹⁴. Można je prowadzić za pomocą zgłębnika nosowo-żołądkowego lub gastrostomię (w obrębie której wyróżnia się przezskórną gastrostomię endoskopową, gastrostomię wprowadzoną pod kontrolą promieni Roentgena oraz gastrostomię operacyjną) oraz żywienie do jelita czczego poprzez rozszerzoną gastrostomię⁵⁹⁵. Zastosowanie zgłębnika nosowo-żołądkowego jest także uzależnione od preferencji chorego⁵⁹⁶.

⁵⁹¹ Por. E. Dardai, *Pokarmy do popijania*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 204. O roli śliny zob. S. Konturek, *Fizjologia człowieka. Tom V. Układ trawienny i wydzielanie wewnętrzne*, dz. cyt., ss. 55–63.

⁵⁹² *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., s. 12. Zob. także J. P. Howard, *Wskazania i przeciwwskazania do żywienia drogą przewodu pokarmowego* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 202.

⁵⁹³ Por. *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., ss. 43-44.

⁵⁹⁴ J. Fibak, *Chirurgia. Repetytorium*, dz. cyt., s. 80.

⁵⁹⁵ Por. J. P. Howard, *Wskazania i przeciwwskazania do żywienia drogą przewodu pokarmowego* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 202. Tamże: „Obok tego można wyróżnić faryngostomię, ezofagostomię jako sposoby żywienia przez zgłębnik dożołądkowy; żywienie przez zgłębnik dodwunastniczy z dostępu przez jamę nosową lub rozszerzoną gastrostomię; żywienie do jelita czczego przez zgłębnik założony do jelita czczego z dostępu przez jamę nosową lub jejunostomię operacyjną z dostępu bezpośredniego albo cienkoigłową. Sposoby te jednak nie są preferowane w leczeniu żywieniowym”.

⁵⁹⁶ Por. E. Dardai, *Dostęp przez nos* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 204.

Wskazaniem do zastosowania zgłębnika nosowo-żołądkowego lub nosowo-jelitowego są choroby psychiczne (np. jadłowstręt psychiczny), czas trwania chemio- i radioterapii, zmiany neurologiczne powstałe na skutek choroby lub urazu⁵⁹⁷, choroby jamy ustnej, gardła i przetyku oraz niektóre choroby przewodu pokarmowego, w tym zespół jelita krótkiego⁵⁹⁸. Do przeciwwskazań, obok wcześniej wymienionej braku współpracy czy sprzeciwu chorego, trzeba dodać niedrożność przewodów nosowych⁵⁹⁹ oraz trudności w opróżnianiu żołądka przejawiające się jako dyspepsja. Są to jednak przeciwwskazania względne, gdyż można im przeciwdziałać poprzez założenie zgłębnika przez usta (ominięcie niedrożności przewodów nosowych) lub zastosowanie zgłębnika nosowo-dwunastniczego lub nosowo-jelitowego (uniknięcie dyspepsji, a tym samym ryzyka nudności i wymiotów, co może doprowadzić do zachłystowego zapalenia płuc)⁶⁰⁰.

Założenie zgłębnika każdego rodzaju⁶⁰¹ wymaga ułożenia pacjenta na wznak, ewentualnie w pozycji siedzącej. Pokryte żelem z lidnokainą zakończenie zgłębnika wsuwa się ostrożnie w płaszczyźnie prostopadłej do płaszczyzny czołowej przez dolną część otworu nosowego o lepszej drożności do gardła chorego. Przytomny i współpracujący pacjent winien wówczas przygiąć głowę i połknąć sondę, by potem ułożyć się na prawym boku. Dzięki temu ruchy perystaltyczne żołądka będą mogły przesunąć końcówkę sondy przez odźwiernik do dwunastnicy. W końcowym etapie procedury, zwłaszcza gdy chory jest nieświadomy lub nie chce współpracować, należy zweryfikować położenie dystalnego końca zgłębnika. Najprostszym sposobem jest aspiracja strzykawką treści żołądkowej lub jelitowej. Alternatywą jest wprowadzenie tą samą drogą około 30 ml powietrza z jednoczesnym

⁵⁹⁷ Por. J. Fibak, *Chirurgia. Repetytorium*, dz. cyt., s. 80. Dalej profesor Fibak stwierdza, że „ostanie wskazanie jest powodem rozbieżności zdań na temat, czy nieprzytomnemu (...) można podawać pokarmy do żołądka. Zwracanie bowiem lub wymioty mogą bowiem u nieprzytomnego spowodować groźne w skutkach zachłyśnięcie”. Należy pamiętać, że świadomość człowieka w stanie terminalnym jest ograniczona w znacznym stopniu, co może być przeciwwskazaniem do zastosowanie tej metody żywienia.

⁵⁹⁸ Por. E. Dardai, *Dostęp przez nos [w:] Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., ss. 204–205.

⁵⁹⁹ Por. M. Jankowski, K. Szuldrzyński, *Wprowadzenie zgłębnika do żołądka [w:] Interna Szczeklika 2022/23. Mały podręcznik*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2022, s. 1583-15184.

⁶⁰⁰ Por. E. Dardai, *Dostęp przez nos [w:] Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 205.

⁶⁰¹ „Idealny zgłębnik nosowo-jelitowy powinien być wykonany z giętkiego, niesztynniejącego i odpornego na zasady materiału i mieć długość odpowiednią do miejsca podawania żywienia. Powinien mieć też odpowiednią wytrzymałość mechaniczną (...). Koniec dystalny powinien być gładki i śliski w celu ułatwienia wprowadzenia. Powierzchnia wewnętrzna zgłębnika powinna także być śliska (dla usuwania przewodnicy, w razie jej użycia). Plastikowych zgłębników (...) z polietylenu i poliwinylu nie używa się obecnie do dłużej trwającego żywienia ze względu na możliwość wystąpienia powikłań, sztywność i niewygodę chorego. Poliuretan i elastomer silikonu są obecnie materiałami z wyboru do produkcji zgłębników”. E. Dardai, *Dostęp przez nos [w:] Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt. s. 205. Por. także J. P. Howard, *Sprzęt stosowany w żywieniu dojelitowym*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., ss. 215–217.

osłuchiwaniami nadbrzusza - słyszane wówczas bulgotania świadczą o prawidłowym położeniu sondy. Coraz częściej do potwierdzenia prawidłowej lokalizacji jest stosowana radiografia, w czasie której umieszczone na końcu sondy znaczniki rentgenowskie są uwidaczniane na zwykłym zdjęciu przeglądowym jamy brzusznej⁶⁰².

Cała procedura kończy się przymocowaniem zgłębnika do nosa lub kąćka ust (gdzie jest wprowadzany przez jamę ustną) za pomocą plastra⁶⁰³.

Zaletami żywienia przez zgłębnik jest wykorzystanie fizjologicznej drogi przyswajania pokarmu, zarówno w warunkach szpitalnych jak i domowych. W obu miejscach może on być podawany w sposób ciągły lub przerywany⁶⁰⁴, choć ten drugi wiąże się z większą ilością powikłań metabolicznych⁶⁰⁵.

Do powikłań założenia zgłębnika, których częstość wynosi 0,3-15%⁶⁰⁶, zalicza się wprowadzenie sondy do dróg oddechowych, podrażnienie gardła, nieżyt żołądka⁶⁰⁷, uszkodzenia błony śluzowej jamy nosowej, zapalenie zatok obocznych nosa⁶⁰⁸ oraz perforację przewodu pokarmowego. Pewnym problemem, zwłaszcza u chorych niewspółpracujących lub z zaburzeniami świadomości może być podrażnienie skóry przez plaster mocujący bliższy koniec sondy⁶⁰⁹.

Gastrostomia, która może być wykonana „tradycyjnym sposobem przez laparotomię i wprowadzeniem do żołądka dość grubego drenu Pezzera [lub] endoskopowo”⁶¹⁰, jest

⁶⁰² Por. E. Dardai, *Dostęp przez nos [w:] Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt. ss. 205–206; M. Jankowski, K. Szuldrzyński, *Wprowadzenie zgłębnika do żołądka [w:] Interna Szczeklika 2022/23. Mały podręcznik*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 1584.

⁶⁰³ Por. E. Dardai, *Dostęp przez nos [w:] Podstawy leczenia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., ss. 205–206; M. Jankowski, K. Szuldrzyński, *Wprowadzenie zgłębnika do żołądka [w:] Interna Szczeklika 2022/23. Mały podręcznik*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 1584.

⁶⁰⁴ Żywienie dojelitowe może być podawane 4 sposobami: 1.) **bolusy** stosowane zwłaszcza w sytuacji, gdy pacjent jest niespokojny lub odmawia podłączenia do pompy żywieniowej. Ustalona porcja jest wtedy podawana powoli strzykawką w określonym czasie; 2.) **żywienie przerywane** podawane przez całą dobę z przerwami; 3.) **żywienie nocne** umożliwiające swobodę ruchów w trakcie dnia, zwykle jest łączone z żywieniem doustnym; 4.) **żywienie ciągłe**, gdy dietę podaje się do 20 godzin w trakcie doby bez przerwy. Ideałem jest zastosowanie pompy złożonej ze zbiornika i zestawu do podawania. Por. J. P. Howard, *Podawanie żywienia dojelitowego przez zgłębnik*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 214; tenże, *Sprzęt stosowany w żywieniu dojelitowym*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., ss. 215–217.

⁶⁰⁵ Por. E. Dardai, *Dostęp przez nos [w:] Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 206.

⁶⁰⁶ Por. E. Dardai, *Dostęp przez nos [w:] Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 206.

⁶⁰⁷ Zob. tabela 5.1 w J. P. Howard, *Sprzęt stosowany w żywieniu dojelitowym [w:] Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 216 za *Current Perspectives on Enteral Nutrition In Adults*, McAtear (red.), British Association for Parenteral and Enteral Nutrition, 1999.

⁶⁰⁸ Por. M. Jankowski, K. Szuldrzyński, *Wprowadzenie zgłębnika do żołądka [w:] Interna Szczeklika 2022/23. Mały podręcznik*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 1584.

⁶⁰⁹ Por. E. Dardai, *Dostęp przez nos [w:] Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 206.

⁶¹⁰ J. Fibak, *Chirurgia. Repetytorium*, dz. cyt., s. 80.

następnym sposobem żywienia dojelitowego. Praktycznie, ze względu na mniejsze obciążenie chorego, procedura ta została ograniczona jedynie do zabiegów wykonywanych endoskopowo, zwłaszcza przezskórnej gastrostomii⁶¹¹.

Przezkórna gastrostomia endoskopowa (*percutaneous endoscopic gastrostomy* – PEG) „oznacza wprowadzenie przez powłoki nadbrzusza cewnika służącego do wlewania pokarmu do żołądka”⁶¹². Wskazaniem do jej wykonania są „zaburzenia połykania o podłożu neurologicznym, nowotwory górnego odcinka przewodu pokarmowego, urazy, długotrwała wentylacja oraz okres okołoperacyjny w chirurgii jamy ustnej i gardła”⁶¹³. Jednak niezbędnym warunkiem do jej wykonania jest drożność przełyku, poprzez który wprowadza się do żołądka endoskop⁶¹⁴. Ponadto przed planowanym zabiegiem wskazany jest staranny dobór pacjentów, zwłaszcza pod względem wieku i sprawności chorego oraz spodziewany czas przeżycia⁶¹⁵.

Do przedstawionych wcześniej **przeciwwskazań** do żywienia enteralnego należy dodać niedrożność gardła, przełyku, żołądka lub jelita cienkiego oraz spodziewany krótki czas przeżycia, to jest nieprzekraczający 30 dni⁶¹⁶. Natomiast do względnych przeciwwskazań zalicza się „znaczne wodobrzusze, dializę otrzewnową, zaawansowane nadciśnienie wrotne, znaczną otyłość, ciężką hepatomegalię, zmiany anatomiczne po przebytej operacji lub zapaleniu”⁶¹⁷.

Wyłonienie przezskórnej gastrostomii jest zabiegiem, który wymaga obecności gastrologa, anesteziologa oraz odpowiednio wykwalifikowanej pielęgniarki. Po poddaniu chorego dożylniej sedacji w pracowni badań endoskopowych oraz miejscowemu znieczuleniu powłok skórnych na brzuchu⁶¹⁸, gastrolog wprowadza endoskop do światła żołądka jednocześnie nakłuwając powłoki ściany brzucha nieco na lewo i do boku od wyrostka

⁶¹¹ Por. R. Meier, *Dostęp endoskopowy*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, s. 207.

⁶¹² J. Fibak, *Chirurgia. Repetytorium*, dz. cyt., s. 247.

⁶¹³ R. Meier, *Dostęp endoskopowy* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 207.

⁶¹⁴ Por. J. Fibak, *Chirurgia. Repetytorium*, dz. cyt., ss. 80–81 i 247.

⁶¹⁵ Por. R. Meier, *Dostęp endoskopowy* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 207.

⁶¹⁶ Por. R. Meier, *Dostęp endoskopowy* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., ss. 207 i 209-210.

⁶¹⁷ R. Meier, *Dostęp endoskopowy* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 208.

⁶¹⁸ Por. R. Meier, *Dostęp endoskopowy* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 207. Także: M. Jankowski, K. Szuldrzyński, *Znieczulenie miejscowe nasiękowe* [w:] *Interna Szczeklika 2021/21. Mały podręcznik*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2022, s. 1555; tenże, *Krótkotrwałe dożylnie znieczulenie ogólne* [w:] tamże, ss. 1555-1557.

mieczykowatego mostka, co wymaga wcześniejszego przygotowania pola operacyjnego⁶¹⁹. Wytworzonym w ten sposób otworem w ścianie jamy brzusznej zostaje wprowadzony za pomocą specjalnej prowadnicy do żołądka cewnik. Sama prowadnica zostaje usunięta wraz z gastroskopem ze światła przewodu pokarmowego. Na końcu wprowadzony do wnętrza żołądka cewnik należy umocować do skóry przedniej ściany jamy brzusznej⁶²⁰.

Największą zaletą przezskórnej gastrostomii jest długi czas przez jaki może być stosowana. Wynosi on minimum 6 tygodni, o ile wcześniej nie ulegnie ona uszkodzeniu lub zatkaniu. Sam odżywianie także może być rozpoczęte stosunkowo wcześnie, bo upływie 6 godzin od zakończenia procedury jej założenia⁶²¹.

Do łagodnych powikłań tej metody, które stanowią około 33% ogólnej ich liczby, należą: zakażenia okołostomijne, niedrożność lub uszkodzenie zgłębnika wywołane podażą substancji odżywczych i farmaceutyków. **Wśród poważnych powikłań**, które stanowią jedynie około 4%, należy wymienić: zachłyśnięcie, zapalenie otrzewnej, perforację, krwotok, przetokę żołądkowo-okreżniczo-skórną, rozległe zakażenia okołostomijne oraz martwicze zapalenie powięzi. Śmiertelność związana z zabiegiem jest mniejsza niż 1%⁶²². Pewne powikłania może wywołać także samo zastosowanie endoskopu – są one określane wczesnymi powikłaniami i mają inny charakter⁶²³.

W sposób endoskopowy jest także zakładana **jejunostomia przezżołądkowa**. Procedura wygląda analogicznie jak przedstawiona powyżej gastrostomii przezskórnej z jedną różnicą: zgłębnik po wprowadzeniu do światła żołądka jest umiejscawiany poza jego odźwiernikiem. Metoda ta jest zalecana u chorych w stanie krytycznym oraz znacznym zwężeniem odźwiernika. Jej zaletą jest zmniejszenie ryzyka zachłystowego zapalenia płuc, jak również odbarczenie żołądka. Do wad trzeba zaliczyć częstą niedrożność sondy oraz większą jej podatność na złamanie i przeciekania⁶²⁴.

Przedstawione dotychczas sposoby żywienia enteralnego (za pomocą zgłębnika oraz gastrostomia przezskórna i jejunostomia przezżołądkowa) są powszechnie akceptowalne.

⁶¹⁹ Zob. M. Jankowski, K. Szuldrzyński, *Przygotowanie pola operacyjnego do drobnych zabiegów*, [w:] *Interna Szczeklika 2021/21. Mały podręcznik*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 1554.

⁶²⁰ Por. R. Meier, *Dostęp endoskopowy* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 208.

⁶²¹ Por. R. Meier, *Dostęp endoskopowy* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 210.

⁶²² Por. R. Meier, *Dostęp endoskopowy* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 209.

⁶²³ Por. R. Meier, *Dostęp endoskopowy* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 209. Także: T. Marek, E. Nowakowska – Duława, K. Marlicz, *Endoskopia przewodu pokarmowego* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., ss. 991-1004.

⁶²⁴ Por. R. Meier, *Dostęp endoskopowy* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., ss. 209–210.

Obok nich „istnieją liczne sposoby chirurgicznego wytwarzania dostępu”⁶²⁵ do przewodu pokarmowego. Stają się one koniecznością, gdy wielkość guza ogranicza światło przewodu pokarmowego do tego stopnia, że staje się niemożliwe założenie zgłębnika, a tym bardziej użycie gastrokopu⁶²⁶. Alternatywą stają się wówczas procedury chirurgiczne, do których zalicza się gastrostomię chirurgiczną oraz mikrojejunostomię igłową.

Gastrostomia chirurgiczna polega „na wprowadzeniu przez powłoki brzucha rurki do żołądka”⁶²⁷, którą następnie mocuje się do ściany jamy brzusznej. Jednak „inwazyjność zabiegu z nieodłącznym ryzykiem powikłań i śmiertelnością, powszechne wykonywanie zabiegu w znieczuleniu ogólnym (...) [ryzyko] zachłyśnięcia i zakażenia rany”⁶²⁸ kwalifikuje go u terminalnie chorych jako terapię uporczywą. Nie podnosi on także standardu życia chorego, gdyż w dalszym ciągu nie może zostać zaspokojone jego zapotrzebowanie na składniki odżywcze. Skutkiem tego chory, o ile jest jeszcze świadomy, oraz jego najbliżsi doświadczają dodatkowego dyskomfortu natury psychicznej, gdyż pomimo zastosowanej procedury nie zostało zażegnane ryzyko niedożywienia⁶²⁹.

Z kolei „preferowaną współcześnie metodą żywienia po operacjach górnego odcinka przewodu pokarmowego (np. wycięcie przełyku, żołądka lub operacji sposobem Whipple’a)”⁶³⁰, które w toku dalszego postępowania wymagają długotrwałego stosowania żywienia enteralnego, jest **mikrojejunostomia igłowa**⁶³¹. Z definicji nie może zostać zastosowana u terminalnie chorego, gdyż spodziewany czas jego przeżycia należy liczyć w dniach, podczas gdy czas przeżycia chorych z jednostkami chorobowymi w przywołanej procedurze jest liczony w miesiącach.

⁶²⁵ R. Meier, L. Harsányi, *Dostęp chirurgiczny – gastrostomia, mikrojejunostomia igłowa*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 213.

⁶²⁶ Por. R. Meier, L. Harsányi, *Dostęp chirurgiczny – gastrostomia, mikrojejunostomia igłowa* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 211.

⁶²⁷ J. Fibak, *Chirurgia. Repetytorium*, dz. cyt., s. 265.

⁶²⁸ R. Meier, L. Harsányi, *Dostęp chirurgiczny – gastrostomia, mikrojejunostomia igłowa* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 212.

⁶²⁹ Por. J. Fibak, *Chirurgia. Repetytorium*, dz. cyt., s. 81. Zaletą tej metody jest mniejsze ryzyko perforacji przewodu pokarmowego oraz uszkodzenia narządów wewnętrznych. Por. R. Meier, L. Harsányi, *Dostęp chirurgiczny – gastrostomia, mikrojejunostomia igłowa* [w:] *Podstawy żywienia a klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 212.

⁶³⁰ R. Meier, L. Harsányi, *Dostęp chirurgiczny – gastrostomia, mikrojejunostomia igłowa* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 212.

⁶³¹ Mikrojejunostomia igłowa jest zakończeniem zabiegu chirurgicznego będącego wynikiem radykalnego leczenia przyczynowego. Na jego zakończenia przez powłoki brzuszne jest wprowadzany cienki cewnik, którego dalszy koniec wkuwa się podśluzówkowo w obręb jelita czczego i tunelizuje na długości 4-5 cm. Pętlę jelita z końcówką zgłębnika stabilizuje się mocując do ściany jamy brzusznej. Jej zaletą jest możliwość szybkiego wdrożenia żywienia enteralnego; wadą możliwość zatkania sondy, naciek otrzewnej, skręt jelita i zakażenie rany z następowym zapaleniem otrzewnej i dużym ryzykiem zgonu. J. Fibak, *Chirurgia. Repetytorium*, dz. cyt., s. 81; R. Meier, L. Harsányi, *Dostęp chirurgiczny – gastrostomia, mikrojejunostomia igłowa* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., ss. 212-213.

Obok przedstawionych dotychczas wad i powikłań przedstawionych procedur, które są stosowane w czasie żywienia enteralnego, także sama **obecność w świetle przewodu pokarmowego substancji odżywczych może doprowadzić do** pojawienia się określonych **skutków ubocznych**. Ogólnie można je podzielić na trzy grupy: pierwotnie związane z przewodem pokarmowym, mechaniczne oraz metaboliczne. Praktycznie jednak nakładają się na siebie i takie rozróżnienie u konkretnego pacjenta może być bardzo trudne⁶³².

Pojawiające się w świetle przewodu pokarmowego substancje odżywcze, zarówno jako dieta naturalna jak i sztuczna⁶³³, uaktywniają zachodzące dotychczas na minimalnym poziomie fizjologiczne procesy trawienia i wchłaniania, czego konsekwencją są **powikłania ze strony przewodu pokarmowego**. Najczęściej, bo nawet u 63% chorych, jest to **biegunka**, którą należy rozumieć jako „stan, w którym pacjent oddaje stolce o zbyt luźnej konsystencji (płynne lub półpłynne; typu 6-7 wg bristolskiej skali uformowania stolca), z większą częstotliwością (>3/dobę) lub w zwiększonej ilości (>200g/dobę)”⁶³⁴. Jej patomechanizm jest tłumaczony nadmiernym rozrostem flory bakteryjnej (fizjologicznej i patologicznej), najczęściej w wyniku zbędnej antybiotykoterapii. Jej zapobieganie jest związane z doбором właściwej diety oraz dostosowania szybkości wlewu mieszanki odżywczej⁶³⁵.

Kolejnym powikłaniem stosowania żywienia enteralnego są nudności i wymioty, które pojawiają się u 20% pacjentów. **Nudności** to „nieprzyjemne, niebolesne, subiektywne uczucie potrzeby zwymiotowania”⁶³⁶; **wymioty** to „gwałtowne wyrzucanie treści żołądka przez usta, w wyniku silnych skurczów mięśni brzucha i klatki piersiowej”⁶³⁷. Są one wywołane

⁶³² Por. G. Bodoksy, L. Kent-Smith, *Powikłania żywienia drogą przewodu pokarmowego*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 228.

⁶³³ Wyróżniamy następujące rodzaje diet: 1.) **diety polimeryczne** powstają w większości z nieprzetworzonych składników odżywczych, co zakłada funkcjonujący przewód pokarmowy 2.) **diety elementarne** zawierają monomery większych jednostek (dieta monomeryczna lub oligomeryczna) 3.) **diety specjalne**, dostosowane do choroby 4.) **diety modułowe** z pojedynczymi makroskładnikami odżywczymi. Por. Z. Zadák, L. Kent – Smith, *Diety przemysłowe*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., 220-227; zob. także C. F. Jonkers-Schuitem, *Diety stosowane w żywieniu jelitowym*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., ss. 217–220; także J. Fibak, *Chirurgia. Repetytorium*, dz. cyt., s. 82.

⁶³⁴ P. Daniel, E. Małecka – Wojcieszko, M. Szczepanek *Biegunka* [w:] *Interna Szczeklika 2022/23. Mały podręcznik*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2022, s. 46. Tamże: typ 6 skali bristolskiej oznacza kłaczkowate kawałki stolca, postrzępione, stolec papkowaty, natomiast typ 7 to stolec wodnisty, bez elementów stałych. Zob. także F. Kokot, *Biegunka* [w:] *Choroby wewnętrzne*, t. 2, F. Kokot (red.), dz. cyt., ss. 1461-1464.

⁶³⁵ Por. G. Bodoksy, L. Kent-Smith, *Powikłania żywienia drogą przewodu pokarmowego* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 228. Por. F. Kokot, *Biegunka* [w:] *Choroby wewnętrzne*, F. Kokot (red.), dz. cyt., ss. 1461-1464.

⁶³⁶ A. Mokrowiecka, E. Małecka – Wojcieszko, W. Leppert, J. Łuczak, *Nudności i wymioty* [w:] *Interna Szczeklika 2022/23. Mały podręcznik*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 95. Zob. także F. Kokot, *Nudności i wymioty* [w:] *Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki*, F. Kokot (red.), dz. cyt., ss. 1458-1460.

⁶³⁷ A. Mokrowiecka, E. Małecka – Wojcieszko, W. Leppert, J. Łuczak, *Nudności i wymioty* [w:] *Interna Szczeklika 2022/23. Mały podręcznik*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 95.

opóźnieniem opróżniania żołądka. Niezmiernie ważne jest zapobieganie im już w czasie wystąpienia objawów zwiastujących, do których należy dyskomfort w jamie brzusznej oraz uczucie wzdęcia, ponieważ ich wystąpienie może prowadzić do groźnego powikłania jakim jest zachłystowe zapalenie płuc⁶³⁸.

Najrzadszym powikłaniem z przewodu pokarmowego są **zaparcia**, to jest „zbyt mała częstotliwość wypróżnień (≤ 2 /tydzień; zaparcie ciężki to ≤ 2 wypróżnienia na miesiąc) lub stolce twarde (typu 1 i 2 wg brytolskiej skali uformowania stolca), oddawane z wysiłkiem, często z towarzyszącym uczuciem niepełnego wypróżnienia”⁶³⁹. Są one wywołane poprzez „brak ruchu, osłabienie motoryki jelit, zmniejszenie przyjmowania wody (diety o dużej gęstości energetycznej), zatkanie okrężnicy masami kałowymi lub brak włókien pokarmowych w diecie”⁶⁴⁰.

Wśród powikłań mechanicznych najpoważniejsze jest zachłystowe zapalenie płuc wywołane aspiracją treści pokarmowej do dróg oddechowych. Ryzyko jego wystąpienia wzrasta w czasie nudności i wymiotów, zwłaszcza u ludzi o ograniczoną świadomością, osłabionym odruchem wymiotnym, zaburzeniami neurologicznymi, niewydolnością dolnego zwieracza przełyku, regurgitacjami w pozycji na wznak i w czasie stosowania grubego zgłębnika dożołądkowego przy dużym zaleganiu w żołądku⁶⁴¹. Dostająca się w czasie wymiotów do płuc treść pokarmowa wywołuje nasiloną reakcję zapalną. Jest to skutkiem obecności w niej czynników bakteryjnych (flora bakteryjna jamy ustnej i gardła), chemicznych (kwas solny wydzielany w żołądku) i mechanicznych (niestrawione resztki pokarmowe), które bezpośrednio aktywują układ immunologiczny. Dominującymi objawami jest sinica, tachypnoë, tachykardia a w badaniu fizykalnym symetryczne trzeszczenia u podstawy obu płuc⁶⁴². W stanie ciężkim dodatkowo może pojawić się gorączka. Zmniejszenie ryzyka wystąpienia tegoż powikłania u pacjentów terminalnie chorych wiąże się ze stosowaniem zgłębnika nosowo-żołądkowego oraz uniesienie wezgłowia łóżka tak,

⁶³⁸ Por. G. Bodoky, L. Kent-Smith, *Powikłania żywienia drogą przewodu pokarmowego* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 228.

⁶³⁹ R. Talar-Wojnarowska, E. Małecka - Wojcieszko, P. Eder, W. Bartnik, *Zaparcie* [w:] *Interna Szczeklika 2022/23. Mały podręcznik*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 122. Tamże: wg brytolskiej skali uformowania stolca typ 1 to oddzielne twarde grudki przypominające orzechy (trudne do wydalenia), typ 2 to stolec wydłużony ale grudkowaty. Zob. także F. Kokot, *Zaparcia* [w:] *Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki*, F. Kokot (red.), dz. cyt., ss. 1465-1466.

⁶⁴⁰ G. Bodoksy, L. Kent-Smith, *Powikłania żywienia drogą przewodu pokarmowego* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 228.

⁶⁴¹ Por. G. Bodoksy, L. Kent-Smith, *Powikłania żywienia drogą przewodu pokarmowego* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 229.

⁶⁴² Por. W. Droszcz, *Chemiczne zapalenie płuc* [w:] *Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki*, F. Kokot (red.), dz. cyt., ss. 252–253.

by pacjent znajdował się w pozycji półsiedzącej. Dodatkowo można zastosować wsparcie farmakologiczne polegające na zastosowaniu leków prokinetycznych⁶⁴³.

Wśród pozostałych **powikłań mechanicznych**, które są wywołane obecnością zgłębnika w przewodzie pokarmowym, należy wymienić ryzyko krwawienia w czasie jego wprowadzania do żołądka, obecność martwicy, zakażenia, owrzodzeń a nawet ropnia w miejscu, gdzie zgłębnik styka się z tkanką nabłonkową gardła i przełyku. Niewłaściwa pielęgnacja może doprowadzić także do niedrożności samego zgłębnika, co wymusza jego wymianę na nowy, a tym samym po raz kolejny naraża chorego na zaistnienie obciążeń związanych z jej wprowadzeniem oraz nieprzyjemne subiektywne odczucia⁶⁴⁴.

Najrzadszymi powikłaniami żywienia enteralnego są **powikłania metaboliczne**, które zostaną omówione przy opisie żywienia parenteralnego, gdyż „są w rzeczywistości bardzo podobne (...), chociaż [w żywieniu dojelitowym] pojawiają się rzadziej i nie są tak poważne”⁶⁴⁵.

5.3.2 Żywienie parenteralne

Obok żywienia dojelitowego w praktyce klinicznej jest stosowane także **żywienie pozajelitowe** zwane **żywieniem parenteralnym**. Oznacza ono „podaż białka, energii pozabiałkowej (węglowodanów i tłuszczu), elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody drogą dożylną, w ilościach dostosowanych do zapotrzebowania i możliwości metabolicznych pacjenta lub możliwości dostępu żylnego”⁶⁴⁶. Może być ono jedynym sposobem odżywiania chorego i wówczas nosi nazwę **całkowitego żywienia pozajelitowego** lub może pokrywać jedynie część zapotrzebowania i wówczas jest nazywane **częściowym żywieniem pozajelitowym**⁶⁴⁷ „Głównym wskazaniem do włączenia żywienia pozajelitowego

⁶⁴³ Por. G. Bodoksy, L. Kent-Smith, *Powikłania żywienia drogą przewodu pokarmowego* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 229.

⁶⁴⁴ Por. G. Bodoksy, L. Kent-Smith, *Powikłania żywienia drogą przewodu pokarmowego* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., ss. 229–230.

⁶⁴⁵ G. Bodoksy, L. Kent-Smith, *Powikłania żywienia drogą przewodu pokarmowego* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., ss. 230-231. O żywieniu enteralnym zob. także M. Spodaryk, *Podstawy leczenia żywieniowego*, dz. cyt., ss. 93-142.

⁶⁴⁶ *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., s. 12. Zob. M. Pertkiewicz, S. J. Dudrick, *Żywienie pozajelitowe obwodowe*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 233.

⁶⁴⁷ Por. *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., s. 46.

jest niewydolność przewodu pokarmowego⁶⁴⁸; (...) można je prowadzić drogą żył obwodowych lub centralnych”⁶⁴⁹.

Żywienie pozajelitowe obwodowe polega na suplementacji substancji odżywczych drogą żył obwodowych⁶⁵⁰ krótkoterminowo, to jest krócej niż 14 dni, lub przy braku możliwości wytworzenia dostępu centralnego⁶⁵¹ wywołanego odcewnikową posocznicą lub bakteriecią⁶⁵².

Dostęp do obwodowego naczynia żylnego jest możliwy dzięki jego kaniulacji. Rozpoczyna się on wyborem odpowiedniej żyły, najczęściej na kończynie górnej. Następnie na ramieniu należy założyć opaskę uciskową, co utrudni odpływ krwi, a tym samym spowoduje wypełnienie naczynia krwią, co lepiej go uwidoczni na powierzchni ramienia lub przedramienia. Pomocne w tym może być kilkukrotne zaciśnięcie pięści przez pacjenta lub ogrzanie i masaż miejsca wkłucia przez pielęgniarkę, która wykonuje procedurę. Następnie należy odkazić miejsce wkłucia i po naciągnięciu skóry wprowadzić kaniulę do żyły. Jej drożność sprawdza się poprzez aspirację krwi lub wstrzyknięcie niewielkiej objętości soli fizjologicznej. Na samym końcu kaniula zostaje przymocowana do skóry za pomocą plastra lub specjalnego opatrunku⁶⁵³. Literatura nie określa czasu, po upływie którego należałoby wymienić założoną kaniulę. Praktyka pokazuje, że jest utrzymywana do momentu wystąpienia powikłań, którym najczęściej jest zapalenie żyły⁶⁵⁴, co można opóźnić przez

⁶⁴⁸ Może być spowodowana np. resekcją jelita, uszkodzeniami jelit w wyniku radioterapii, ciężkiego zapalenia jelit, przetok jelitowych, przedłużającej się atonii jelit oraz nasilonymi procesami katabolicznymi (w oparzeniach, ostrym zapaleniu trzustki, ciężkich urazach i operacjach, chemio- i radioterapii). Por. J. Fibak, *Chirurgia. Repetytorium*, dz. cyt., s. 83.

⁶⁴⁹ *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., s. 46-47.

⁶⁵⁰ Termin „żył obwodowych” odnosi się „do żył powierzchniowych, najczęściej kończyn górnych. Żyły obwodowe kończyn dolnych, zwłaszcza u dorosłych, nie nadają się do żywienia pozajelitowego i dostępu tego należy unikać z powodu zwiększonego ryzyka wystąpienia zakrzepowego zapalenia żył i konieczności pozostawienia pacjenta w łóżku”. Por. M. Pertkiewicz, S. J. Dudrick, *Żywienie pozajelitowe obwodowe* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., ss. 233-234.

⁶⁵¹ Por. *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., s. 47. Niektóre opracowania skracają czas trwania żywienia drogą żył obwodowych do 7 dni. Zob. Pertkiewicz, S. J. Dudrick, *Żywienie pozajelitowe obwodowe* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt. s. 234.

⁶⁵² Por. M. Pertkiewicz, S. J. Dudrick, *Żywienie pozajelitowe obwodowe* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt. s. 234.

⁶⁵³ Por. M. Jankowski, K. Szuldrzyński, *Nakuwanie i cewnikowanie naczyń krwionośnych* [w:] *Interna Szczeklika 2021/22. Mały podręcznik*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., ss. 1557-1561. Także: M. Pertkiewicz, S. J. Dudrick, *Żywienie pozajelitowe obwodowe* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 234 oraz *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego*, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., dz. cyt., s. 47.

⁶⁵⁴ Por. M. Pertkiewicz, S. J. Dudrick, *Żywienie pozajelitowe obwodowe* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 234.

właściwą pielęgnacją polegającą na przepłukiwaniu solą fizjologiczną po każdorazowym jej wykorzystaniu do podania leku lub wlewu⁶⁵⁵.

Do **powikłań** kaniulacji naczynia, a tym samym powikłań żywienia pozajelitowego obwodowego należy, występujące z częstością 3-31%, zapalenie żył. W niektórych wypadkach może ono doprowadzić do powstania miejscowych ropni, miejscowej martwicy tkanek, bakteriemii, posocznicy⁶⁵⁶ lub podania wlewu poza naczynie⁶⁵⁷. Zapobieganie zapaleniu żył jest związane z podaniem heparyny albo hydrokortyzonu oraz stosowanie odpowiednich preparatów żywieniowych⁶⁵⁸.

Do **zalet** tego sposobu żywienia pozajelitowego należy przede wszystkim brak trudności w dostępie do naczynia, zmniejszenie ryzyka powikłań septycznych i w zasadzie brak powikłań (poza zasadniczo zapaleniem naczynia). Ponadto technicznie jest ono łatwiejsze do wykonania aniżeli wkłucie centralne, co eliminuje czasochłonne i kosztowne wyszkolenie personelu⁶⁵⁹.

Żywienie parenteralne, zwłaszcza to o dużym stężeniu i jednocześnie małej objętości, wykorzystuje **drogę żył centralnych**. Specjalny cewnik jest wówczas wprowadzany zazwyczaj do żyły głównej górnej⁶⁶⁰, którą „można dostarczać pełne żywienie przez wiele tygodni”⁶⁶¹. Innymi naczyniami, które także wykorzystuje się do założenia

⁶⁵⁵ Por. M. Jankowski, K. Szuldrzyński, *Nakłuwanie i cewnikowanie naczyń krwionośnych*, dz. cyt., s. 1558; O żywieniu parenteralnym zob. M. Spodaryk, *Podstawy leczenia żywieniowego*, dz. cyt., ss. 219-224.

⁶⁵⁶ Por. M. Pertkiewicz, S. J. Dudrick, *Żywienie pozajelitowe obwodowe* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 236.

⁶⁵⁷ Por. M. Jankowski, K. Szuldrzyński, *Wstrzyknięcia leków i innych środków* [w:] *Interna Szczeklika 2021/22. Mały podręcznik*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 1553.

⁶⁵⁸ Por. M. Pertkiewicz, S. J. Dudrick, *Żywienie pozajelitowe obwodowe* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 236. Preparaty stosowane w żywieniu pozajelitowym obwodowym muszą charakteryzować się niską osmolarnością, co uzyskuje się poprzez dodanie emulsji tłuszczowej lub rozcieńczenie jałową wodą. Drogą tą można więc podawać emulsje tłuszczowe, izotoniczne roztwory aminokwasów i roztwory glukozy (5% i 10%). Por. M. Pertkiewicz, B. Szczygieł, L. Sobotka, S. J. Dudrick, *Skład mieszanin odżywczych i programy żywienia pozajelitowego*, tłum. M. Ciszewska-Jędrasik [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., ss. 255-261. Także: M. I. Barnett, M. Pertkiewicz, A. G. Cosslett, S. Mühlebach, S. J. Dudrick, *Sporządzanie mieszanin przeznaczonych do żywienia pozajelitowego*, tłum. M. Ciszewska-Jędrasik [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., ss. 261-265; M. Pertkiewicz, A. G. Cosslett, S. Mühlebach, *Stabilność mieszanin przeznaczonych do żywienia pozajelitowego*, tłum. M. Ciszewska-Jędrasik, [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., ss. 266-270; S. Mühlebach, *Leki a mieszaniny odżywcze*, tłum. M. Ciszewska-Jędrasik, [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., ss. 270-276.

⁶⁵⁹ Por. M. Pertkiewicz, S. J. Dudrick, *Żywienie pozajelitowe obwodowe* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 234.

⁶⁶⁰ Por. M. Pertkiewicz, S. J. Dudrick, *Żywienie pozajelitowe drogą żył centralnych*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 238.

⁶⁶¹ J. Fibak, *Chirurgia. Repetytorium*, dz. cyt., s. 83.

wkłucia centralnego, są żyła szyjna wewnętrzna i zewnętrzna, żyła podobojczykowa, żyła ramiennie-głowa, żyła odłokciowa, żyła odpromieniowa i żyła udowa⁶⁶².

Cewnikowanie żyły szyjnej lub podobojczykowej wymusza ułożenie pacjenta w pozycji Trendelenburga⁶⁶³, co ma zapobiegać powikłaniu zabiegu zatorem powietrznym. Po miejscowym znieczuleniu skóry i kanału przebiegu cewnika, tylko raz nakłuwa się żyłę przy pomocy igły wprowadzającej, a następnie dzięki różnicy w barwie krwi utlenowanej i nieutlenowanej upewnia, że igła na pewno jest w żyłę, a nie w tętnicy. Po wprowadzonej prowadnicy przesuwają się cewnik aż do dalszego odcinka żyły głównej górnej, tuż nad prawy przedsionek serca, co powinno zostać potwierdzone zdjęciem radiologicznym. Jeżeli taki cewnik jest zakładany na dłuższy czas lub na stałe, zawsze należy dokonać jego tunelizacji. Niezależnie jednak od tego musi być w odpowiedni sposób pielęgnowany, co ma utrzymać jego drożność i zapobiec zakażeniu. Wiąże się to z pokryciem miejsca przerwania powłok skóry jałowym gazikiem albo specjalnie do tego przygotowaną folią, których zmian należy dokonywać odpowiednio co 48 godzin albo dwa razy w tygodniu. Należy jednak pamiętać, że każdorazowe usunięcie opatrunku wiąże się z dezynfekcją w tym miejscu skóry. Sam cewnik natomiast winien być przepłukiwany roztworem soli fizjologicznej⁶⁶⁴.

Pierwszy typ powikłań tego typu zabiegu ma **charakter techniczny**. Wymienia się tu przede wszystkim „nieudaną próbę założenia, miejscowe krwawienie lub ropień, krwawienie z miejsca wkłucia lub tunelu podskórnego, nieprawidłowe umiejscowienie i przemieszczenie, nakłucie lub rozwarstwienie tętnicy, zator spowodowany cewnikiem, zator powietrzny, uszkodzenie dróg oddechowych, zaburzenia rytmu serca, krwiak opłucnej, odma opłucnowa, płyn lub krew w jamie osierdzia i tamponada serca, zakrzepica żył centralnych i(lub) zatorowość, uszkodzenie nerwu błędnego, krtaniowego wstecznego i splotu ramiennego, zapalenie kości w obrębie obojczyka lub pierwszego żebra, uszkodzenie przewodu piersiowego i wyciek chłonki do opłucnej, ropne zapalenie śródpiersia”⁶⁶⁵.

⁶⁶² Por. M. Pertkiewicz, S. J. Dudrick, *Żywnienie pozajelitowe drogą żył centralnych* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 238. Tam także są przedstawione rodzaje stosowanych cewników. Zob. także M. Pertkiewicz, S. J. Dudrick, *Różne systemy żywienia pozajelitowego*, tłum. M. Ciszewska-Jędrasik [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., ss. 252–254.

⁶⁶³ Pozycja Trendelenburga zwana także pozycją odwróconą charakteryzuje się ułożeniem osi bioder powyżej osi barków. Por. R. Nowobilski, *Rehabilitacja w chorobach układu oddechowego* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 923.

⁶⁶⁴ Por. M. Pertkiewicz, S. J. Dudrick, *Żywnienie pozajelitowe drogą żył centralnych* [w:] *Podstawy leczenia żywienia*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., ss. 241-245; O żywnienie parenteralnym zob. M. Spodaryk, *Podstawy leczenia żywieniowego*, dz. cyt., ss. 224-235.

⁶⁶⁵ M. Pertkiewicz, A. Sitges-Serra, S. J. Dudrick, *Powikłania związane z zakładaniem cewników centralnych i opieką nad nimi*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., ss. 246-247.

Najlepszym sposobem zapobiegania tego typu powikłaniom jest właściwa edukacja personelu oraz pielęgnacja wkłucia⁶⁶⁶.

Kolejny, a zarazem najniebezpieczniejszy typ powikłań, to **powikłania septyczne**, często nazywane **odcewnikowym zakażeniem krwi**. Jest ono wywołane obecnością drobnoustrojów (przede wszystkim bakterii, zwłaszcza *Staphylococcus epidermidis* i *Staphylococcus aureus*), które z powierzchni wewnętrznej lub zewnętrznej cewnika przedostają się do krwioobiegu, czego konsekwencje mogą być miejscowe oraz ogólnoustrojowe. Wśród miejscowych należy wymienić zaczerwienienie, ból, obrzęk albo wyciek surowiczy lub ropny w miejscu prowadzenia cewnika, a także wytworzenia ropnia w tunelu, czego przejawem jest bolesny, zapalny wał. Objawy ogólnoustrojowe, początkowo nieswoiste, takie jak gorączka przebiegająca z dreszczami, bóle mięśni, brzucha lub gardła oraz duszności, uniemożliwiają prawidłowe postawienie rozpoznania. Brak wdrożenia właściwego leczenia, co jest związane z szerokospektralną antybiotykoterapią, może doprowadzić do rozwoju pełnoobjawowego wstrząsu septycznego ze spadkiem ciśnienia tętniczego, a w konsekwencji niewydolnością wielonarządową i zgonem. Tłumaczy to stosowanie odpowiedniej profilaktyki w postaci aseptyki i antyseptyki, bez podaży chemioterapeutyku. W przypadku rozwoju stanu septycznego należy jak najszybciej usunąć cewnik, a z jego końcówki wykonać posiew bakteriologiczny. W czasie oczekiwania na jego wynik należy rozpocząć empiryczną antybiotykoterapię, którą następnie należy zmodyfikować zgodnie z otrzymanym antybiogramem (terapia celowana)⁶⁶⁷.

Ostatnim typem powikłań jest **zakrzepica**, której objawy kliniczne przy 50% wykrywalności w badaniu ultrasonograficznym należą do rzadkości. Mimo tego jest to powikłanie niebezpieczne, gdyż wytworzona skrzeplina po uszkodzeniu śródbłonna w trakcie wprowadzania cewnika może ulec fragmentacji, a tym samym wraz z prądem krwi dostać się do prawej części serca i następnie tętnicy płucnej, doprowadzając do jej niedrożności. Rozwijająca się wówczas zatorowość płucna może doprowadzić do zgonu. Dlatego też istotny jest wybór właściwego miejsca wprowadzenia cewnika, lokalizacja jego końcówki, skrupulatne przestrzeganie zasad wprowadzania, wykonywania wlewów i płukania

⁶⁶⁶ Por. M. Pertkiewicz, A. Sitges-Serra, S. J. Dudrick, *Powikłania związane z zakładaniem cewników centralnych i opieką nad nimi* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 247.

⁶⁶⁷ Por. M. Pertkiewicz, A. Sitges-Serra, S. J. Dudrick, *Powikłania związane z zakładaniem cewników centralnych i opieką nad nimi* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., ss. 247-252.

oraz podskórnego podawania heparyny w bezpośrednim okresie po jego założeniu. U chorych z dużym ryzykiem rozwoju zakrzepicy należy włączyć leczenie przeciwzakrzepowe⁶⁶⁸.

Obok wymienionych powikłań mechanicznych, septycznych i zakrzepowych, żywienie pozajelitowe, a także enteralne choć o wiele rzadziej⁶⁶⁹, może wywołać **zaburzenia metaboliczne**. Dzieli się je na niedobory (elektrolitów, pierwiastków śladowych, witamin i niezbędnych kwasów tłuszczowych), oraz ostre i przewlekłe powikłania metaboliczne⁶⁷⁰. O wiele poważniejsze wydają się **powikłania przewlekłe**. Należy do nich występująca u dzieci i noworodków **cholestatyczna choroba wątroby** doprowadzająca do marskości wątroby i jej niewydolności oraz występująca u dorosłych **metaboliczna choroba kości**, która doprowadza do odwapnienia kości, czego konsekwencją są uciążliwe dolegliwości bólowe układu kostnego i jego patologiczne złamania. Jej profilaktyka polega na zwiększonej podaży fosforanów, magnezu i wapnia oraz odpowiednim dawkowaniu witaminy D⁶⁷¹.

Do **powikłań ostrych** zaliczamy **niedobory substancji odżywczych oraz przekarmienie**. W pierwszym przypadku, w wyniku nie zrównoważonej diety lub niewystarczającej podaży makro- i mikroskładników odżywczych, dochodzi do niedoboru konkretnych substancji, najczęściej kwasu linolowego, miedzi, cynku, chromu, seleniu, witamin rozpuszczalnych w tłuszczach lub w wodzie. Najniebezpieczniejszy jest jednak niedobór glukozy oraz fosforu. **Hipoglikemia** przejawia się nudnościami, bólami głowy, nadmierną potliwością, kołataniem serca, drżeniem, splątaniem, sennością, trudnością w mówieniu, wędrującymi parastezjami i wreszcie śpiączką⁶⁷². **Hipofosfatemia** z kolei charakteryzuje się osłabieniem lub porażeniem mięśni, drżeniami namiarowymi, drgawkami, hemolizą a nawet śpiączką⁶⁷³.

Przekarmienie, które prowadzi do niewydolności wielonarządowej⁶⁷⁴, może być wyrażone poprzez **zespół ponownego odżywienia** (*refeeding syndrome*, szok pokarmowy).

⁶⁶⁸ Por. M. Pertkiewicz, A. Sitges-Serra, S. J. Dudrick, *Powikłania związane z zakładaniem cewników centralnych i opieką nad nimi* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 247. O żywieniu parenteralnym zob. także M. Spodaryk, *Podstawy leczenia żywieniowego*, dz. cyt., ss. 143-172.

⁶⁶⁹ Por. M. Pertkiewicz, S. J. Dudrick, *Żywienie pozajelitowe obwodowe* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., ss. 230-231.

⁶⁷⁰ Por. L. Sobotka, M. E. Camilo, *Powikłania metaboliczne żywienia pozajelitowego*, tłum. M. Brzezińska [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 276.

⁶⁷¹ Por. L. Sobotka, M. E. Camilo, *Powikłania metaboliczne żywienia pozajelitowego* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., ss. 280-282.

⁶⁷² Por. J. Sieradzki, *Hipoglikemia polekowa* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., s. 1591.

⁶⁷³ Por. E. Franek, F. Kokot, *Zaburzenia gospodarki wapniowo - fosforanowej* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., ss. 2617-2625; F. Kokot, *Zaburzenia gospodarki fosforanowej* [w:] *Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki*. F. Kokot (red.), dz. cyt., s. 1287.

⁶⁷⁴ Por. L. Sobotka, M. E. Camilo, *Powikłania metaboliczne żywienia pozajelitowego*, tłum. M. Brzezińska [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., s. 279.

Występuje on u 5-25% ciężko niedożywionych, to jest u takich, którzy w przeciągu ostatnich dwóch miesięcy stracili co najmniej 10% swojej masy. Grupami podwyższonego ryzyka są chorzy z jadłowstrętem psychicznym, chorobami przewodu pokarmowego, alkoholicy oraz niedożywione dzieci. W jego patogenezie zasadniczą rolę odgrywają niedobory elektrolitów: hipofosfatemia upośledza działanie mięśni, w tym mięśni oddechowych, co doprowadza do hipowentylacji i niewydolności oddechowej; hipomagnezemia i hipokaliemia doprowadzają do zaburzeń rytmu serca, czego przejawem mogą być objawy niewydolności serca. Towarzyszący temu niedobór tiaminy upośledza krótkotrwałą pamięć, co przejawia się konfabulacjami. Dostarczony w tym momencie nadmiar węglowodanów zatrzymuje w organizmie wodę, co nasila objawy niewydolności serca. Dlatego leczenie zespołu ponownego odżywienia wymaga właściwej obserwacji chorego, w tym rytmu serca, częstości akcji serca i ilości oddechów; ponadto bilansu płynów oraz badań dodatkowych, takich jak elektrolity w osoczu i moczu oraz badanie równowagi kwasowo – zasadowej⁶⁷⁵.

5.3.3 Żywienie enteralne i parenteralne a uporczywa terapia

Rozwój technologii medycznych umożliwił wdrożenie sztucznego odżywiania i nawadniania na wiele sposobów, co zostało ukazane w niniejszym paragrafie. Niestety wydaje się, że niektóre z nich są zbyt obciążające dla terminalnie chorego i dlatego ich wdrożenie należałoby uznać za terapię daremną. Ponieważ jedna z zasad, która towarzyszy lekarzom od starożytności, zabrania działania na szkodę chorego (*Primum non nocere*), należy **odrzuć** te, które mogą dostarczyć choremu dodatkowego bólu i cierpienia oraz nie przyniosą poprawy jego stanu. Zaliczyć tu trzeba te wszystkie, których zastosowanie wiąże się z interwencją chirurgiczną, a więc **gastrostomia chirurgiczna, mikrojejunostomia igłowa** (tę także dlatego, że jest dedykowana chorym, których przeżycie jest liczone w miesiącach a nie w dniach jak u terminalnie chorych), **a także żywienie pozajelitowe drogą żył centralnych**. Terminalnie chorzy w większości przypadków charakteryzują się spadkiem masy ciała, co oznacza, że ich organizm w wyniku zachodzących procesów katabolicznych, których celem jest uzyskanie jak największej ilości substratów do otrzymania energii, utracił wszelkie zapasy białkowe. Interwencja chirurgiczna wymusza na organizmie proces gojenia, zabliznienia powstałej rany, co realnie ma małe szanse na pełne powodzenie z powodu wyczerpania zapasów aminokwasów oraz często ze zbyt małej ilości czasu, jaki dzieli tych

⁶⁷⁵ Por. L. Sobotka, *Zespół ponownego odżywienia (refeedingsyndrome, szok pokarmowy* [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), dz. cyt., ss. 290-292. O powikłaniach zob. także: M. Spodaryk, *Podstawy leczenia żywieniowego*, dz. cyt., ss. 173-210.

chorych od śmierci. Ponadto zachodzące procesy metaboliczne upośledzają mechanizmy immunologiczne, co przy naruszeniu ciągłości tkanek w czasie zabiegu operacyjnego, może stanowić potencjalne wrota zakażenia i rozwoju uogólnionej reakcji zapalnej. Sam zabieg jest także znacznym obciążeniem psychicznym dla chorego. Może także dawać złudną nadzieję na przedłużenie życia.

W przypadku zastosowania procedur, które wiążą się z mikroinwazyjnymi metodami endoskopowymi, do których należy zaliczyć **przezskórną gastrostomię endoskopową** oraz **endoskopową jejunostomię przezżołądkową**, ryzyko zabiegu i powikłań zostaje zminimalizowane, co przy korzyściach, jakie może odnieść chory przy ich wdrożeniu, przemawia za ich zastosowaniem. Wydaje się, że jedynym ograniczeniem jest spodziewany czas przeżycia, to jest mniej niż 30 dni, gdyż jest to umowny minimalny okres żywienia za pomocą przezskórnej gastrostomii endoskopowej. Dyskusyjnym może być wydanie odpowiednio wcześniej dyspozycji dotyczących zastosowania tych procedur przez samego chorego. Wydaje się, że jeśli terminalnie chory bezwzględnie ich zażąda, lekarz w pewnych przypadkach ma prawo odmówić ich wdrożenia uznając je za terapię daremną np. w sytuacji, gdy jako specjalista w swojej dziedzinie oceni, że czas przeżycia należy liczyć w dniach a nie tygodniach. Powinien wówczas przedstawić odpowiednie argumenty przemawiające za odrzuceniem tej metody i zaproponować żywienie za pomocą zgłębnika (ewentualnie żywienie pozajelitowe drogą żył obwodowych). Podobnymi argumentami powinien się posłużyć w przypadku, gdy przewiduje czas przeżycia dłuższy niż wspomniane 30 dni, pacjent natomiast odmawia procedury tłumacząc to chęcią jak najszybszego zakończenia życia – w takim przypadku winien ją zastosować. Sytuacja się komplikuje, gdy pacjent jej odmawia motywując to chęcią uniknięcia nawet najmniejszego bólu i cierpienia, które mają miejsce przy jej wdrożeniu.

Jedynymi metodami, których **nigdy nie powinno się uznać za terapię daremną** jest **żywienie doustne, żywienie za pomocą zgłębników oraz żywienie parenteralne drogą żył obwodowych**. Każda z wymienionych procedur powinna być zaliczona do minimalnych środków obowiązkowych, od których – zgodnie z Magisterium Kościoła – nie wolno odstąpić⁶⁷⁶. Wydaje się jednak, że wśród wymienionych powinna istnieć także pewna gradacja uwzględniająca wytworzone obciążenie metaboliczne przy zastosowaniu konkretnej

⁶⁷⁶ Por. Papieska Rada *Cor Unum*, *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających* 2.4.4.

metody. Największe będzie wynikało z zastosowania pełnego żywienia dietą przemysłową⁶⁷⁷, gdyż dostarczając pełnowartościowego pokarmu wymaga prawidłowego funkcjonowania narządów przewodu pokarmowego⁶⁷⁸, które są odpowiedzialne za włączenie ich w odpowiednie procesy metaboliczne. Jednak w procesie umierania w pewnym momencie, którego medycyna nie jest w stanie obiektywnie określić za pomocą odpowiednich narzędzi, dochodzi do ich wyłączenia, co przy dalszej podaży tą drogą substancji pokarmowych będzie stwarzało dodatkowe obciążenie organizmu. Doświadczony lekarz specjalista winien określić ten moment i odstąpić od dalszej podaży żywienia parenteralnego drogą żył obwodowych. Do podobnego obciążenia będzie dochodzić w trakcie stosowania żywienia za pomocą zgłębników. Dodatkowo jednak istnieje tutaj niebezpieczeństwo wymiotów i zachłystowego zapalenia płuc w momencie, gdy dojdzie do upośledzenia ruchów perystaltycznych przewodu pokarmowego. Moment ten znowu powinien być określony przez lekarza specjalistę w swojej dziedzinie, gdyż medycyna także tutaj nie wypracowała odpowiednich narzędzi do obiektywnego określenia tego momentu. Oznacza to, że najmniej szkodliwe jest żywienie doustne. Wynika to jednak z stanu ogólnego chorego, który w pewnym momencie będzie zbyt słaby do przyjmowania posiłków, a tym samym nie rozwiną się potencjalne dodatkowe obciążenia metaboliczne. W tym momencie powstaje jednak kolejny dylemat moralny: skoro terminalnie chory nie jest w stanie już przyjmować sam posiłków, a lekarz specjalista rozpoznał dysfunkcję przewodu pokarmowego i związanych z nim narządów uniemożliwiającą podaż żywienia za pomocą zgłębników i żył obwodowych, czy jest wówczas zobowiązany do zaordynowania płynoterapii? A jeśli tak, to jakiego rodzaju? Wydaje się, że nie można nawet umierającemu odmówić właściwego nawodnienia. Należy jednak stosować jedynie sól fizjologiczną lub płyn wieloelektrolitowy. Nie powinno się stosować wlewu glukozy, gdyż dysfunkcja przewodu pokarmowego uniemożliwi jej wchłonięcie przez komórki, co będzie skutkowało wzrostem jej stężenia w krwi obwodowej, a tym samym powstania ryzyka dodatkowego obciążenia organizmu. Jedynym ograniczeniem płynoterapii jest żywotność wkłucia obwodowego. W chwili jego utraty w wyniku zapalenia żyły lub jej pęknięcia, nie należy szukać kolejnego naczynia do kaniulacji, a jedynie zastosować specjalną igłę umożliwiającą wlew podskórny.

⁶⁷⁷ Dietą przemysłową nazywa się specjalnie przygotowaną mieszaninę zawierającą odpowiednio zbilansowaną ilość substancji odżywczych dla konkretnego pacjenta.

⁶⁷⁸ Chodzi głównie o wątrobę, która jest centrum metabolicznym organizmu.

ROZDZIAŁ VI

WNIOSKI

Dwadzieścia lat pracy z chorymi w Klinice Kardiologii i Chorób Wewnętrznych 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego w Krakowie uświadamia, jak bardzo zmieniało się oblicze medycyny i to w każdym wymiarze. Procedury, które na początku mojej pracy wydawały się jedynie marzeniem, dziś stają się coraz bardziej dostępne a czasami są wręcz powszechnie stosowane. Jest to bezdyskusyjny sukces, dzięki któremu możemy skuteczniej oddziaływać na proces choroby, a tym samym hamować jej postęp albo przywracać stan zdrowia. Rodzi to jednak także niebezpieczeństwo uprzedmiotowienia pacjenta, gdy te same procedury będą niewłaściwie stosowane. Ma to miejsce zwłaszcza w stosunku do pacjentów terminalnie chorych, to jest tych, u których nie ma już możliwości leczenia przyczynowego. Jednym z częstszych dylematów wydaje się zastosowanie sztucznego odżywiania i nawadniania. Dwadzieścia lat temu każdy terminalnie chory mógł otrzymać jedynie tak zwaną dietę zmiksowaną oraz dożylny wlew glukozy. Dostarczane w taki sposób substancje odżywcze nie były we właściwy sposób zbilansowane i nie zaspokajały dziennego zapotrzebowania. Dziś, by dostarczyć odpowiednią ilość glukozy, tłuszczu i białek oraz mikroelementów, należy stosować odpowiednio przygotowane preparaty, które można podawać drogą przewodu pokarmowego (żywienie enteralne) lub żył obwodowych albo centralnych (żywienie parenteralne). Pojawia się wówczas dylemat, które z wymienionych sposobów suplementacji substancji odżywczych są właściwe dla opieki, której nigdy nie można zaniechać w stosunku do terminalnie chorych, a z których należałoby zrezygnować, gdyż będą nosiły znamiona terapii daremnej/uporczywej, przedłużającej cierpienie umierającego pacjenta? Co stanowi granicę pomiędzy tymi przeciwstawnymi podejściami? Kto ma prawo określać, które procedury są daremne, a które przynależą choremu? Jak wytłumaczyć to najbliższemu, którzy także chcą uczestniczyć w procesie podejmowania decyzji, choć nader często nie mają wystarczającej wiedzy dotyczącej choroby?

Te pytanie niejednokrotnie pojawiały się w mojej praktyce medycznej. Wybrzmiewały one także w rozmowach z moimi kolegami i koleżankami, zwłaszcza tymi, którzy rozpoczynają swoją pracę zawodową. Wielu z nich, podobnie jak ja, pragnie realizować swoją wiarę oraz chrześcijański światopogląd także w miejscu pracy, w kontaktach z ludźmi chorymi i umierającymi, dlatego też podjąłem próbę przełożenia nauczania Kościoła Katolickiego na konkretne wskazania wyrażone językiem medycznym, czego owocem jest niniejsza praca.

Punktem wyjścia była analiza wypowiedzi Urzędu Nauczycielskiego Kościoła. Najważniejsze z nich to dwa artykuły *Katechizmu Kościoła Katolickiego*. Pierwszy z nich stwierdza, że „zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być uprawnione. Jest to odmowa „uporczywej terapii”⁶⁷⁹. Drugi mówi, że „nawet jeśli śmierć jest uważana za nieuchronną, zwykle zabiegi przysługujące osobie chorej nie mogą być w sposób uprawniony przerwane”⁶⁸⁰. O ile można przyjąć, że pierwszy z nich jedynie definiuje termin, który jest tematem niniejszej dysertacji, o tyle drugi zabrania odstąpienia od odżywiania i nawadniania chorego, które wydają się być zwykłymi zabiegami przynależnymi każdemu choremu, także umierającemu. Tak też może sugerować pobieżna analiza kolejnych dokumentów Urzędu Nauczycielskiego Kościoła, która kwalifikuje te procedury jako minimalną opiekę. Jednak precyzyjne zastosowanie zasady proporcjonalności oraz zasady podwójnego skutku pozwala określić trzy sytuacje, w których stają się one uporczywą terapią.

Potwierdzeniem takiego rozumowania jest najnowszy dokument Kongregacji Nauki Wiary *Samaritanus bonus. O opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia* opublikowany w 2020 roku. Zaliczając odżywianie i nawadnianie do form opieki, powyższy *List* stwierdza, że „gdy dostarczanie składników odżywczych i płynów fizjologicznych nie przynosi żadnej korzyści pacjentowi, ponieważ jego organizm nie jest już w stanie ich wchłonąć czy przyswoić, należy wstrzymać ich podawanie. (...) Obowiązkowy charakter (...) pielęgnacji chorego poprzez odpowiednie nawadnianie i odżywianie może wymagać w niektórych przypadkach zastosowania sztucznych metod, pod warunkiem, że nie jest ono szkodliwe dla chorego oraz nie powoduje niedopuszczalnego cierpienia dla pacjenta”⁶⁸¹.

Naturalne jest, że Urząd Nauczycielski Kościoła nie określa warunków ekonomicznych, które pozwalałyby odstąpić od procedur sztucznego odżywiania jako zbyt kosztownych; podobnie nie opisuje procesów patofizjologicznych, których zaistnienie decydowałoby o całkowitej dysfunkcji przewodu pokarmowego – zadania te pozostawia specjalistom właściwych nauk. Stara się jednak pomóc w aplikacji zasady proporcjonalności formułując w *Deklaracji Iura et bona. O eutanazji* pewne kryteria weryfikujące, których zadaniem jest określenie procedur o charakterze proporcjonalnym/zwyczajnym oraz nieproporcjonalnym/nadzwyczajnym. Niestety jest to podział jedynie względny, który tym

⁶⁷⁹ KKK 2278.

⁶⁸⁰ KKK 2279.

⁶⁸¹ Kongregacja Nauki Wiary, *List Samaritanus bonus. O opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia*, V.3.

bardziej staje się niejasny, gdy trzeba uwzględnić odmienną dynamikę choroby i stan ogólny konkretnego pacjenta.

Tożsame w treści są omówione w pracy dokumenty Konferencji Episkopatu Polski oraz Konferencji Biskupów Katolickich USA. Oba kładą jednak nacisk na zasadę proporcjonalności próbując uchwycić jej istotę. Dobitniej czynią to polscy biskupi definiując uporczywą terapię jako każdą procedurę, która nie przynosi „korzyści medycznej w postaci klinicznej poprawy stanu zdrowia, ocenianej obiektywnie w badaniu i opartej na doświadczeniu lekarskim lub też w postaci uwolnienia od cierpienia doświadczanego przez pacjenta”⁶⁸².

W tym kierunku zmierza także przedstawiona w II rozdziale koncepcja amerykańskiego lekarza Edmunda Pellegrino. Proponuje on, by porzucić stosowane dotychczas terminy zwyczajny/niezwyčajny oraz proporcjonalny/nieproporcjonalny na rzecz pojęcia daremności. Definiuje je analogicznie jak polscy biskupi, to jest jako brak możliwości osiągnięcia dobra pacjenta, czyli przywrócenia jego zdrowia, a gdy jest to niemożliwe przywrócenia utraconych funkcji fizjologicznych i psychicznych. Praktycznie oznacza to zaniechanie wdrożenia konkretnej procedury medycznej lub jej wstrzymanie w przypadku stosowania, gdy nie przynosi korzyści pacjentowi.

Pojęcie korzyści zostało bardziej szczegółowo opisane przez Edmunda Pellegrino niż przez ekspertów Konferencji Episkopatu Polski. Obok wspólnego dla obu kryterium skuteczności, które ocenia dobro medyczne stosowanej procedury (domena lekarza), Pellegrino kładzie ogromny nacisk na kryterium korzyści, za które odpowiada już sam pacjent. Wartościuje ono tę samą procedurę medyczną w aspekcie osiągnięcia jego życiowych celów, kolejnych wartości w porządku hierarchicznym czy zdobycia dobra duchowego. Wreszcie na samym końcu zarówno lekarz jak i sam chory winni zastosować kryterium obciążeń, to jest uwzględnić wszystkie negatywne skutki procedury z punktu widzenia medycznego (domena lekarza) oraz dodatkowego bólu i cierpienia (domena pacjenta). Dopiero ta kalkulacja pozwoli zakwalifikować konkretne postępowanie jako terapię daremną, gdy obciążenia przewyższą spodziewaną skuteczność i korzyść albo terapię zalecaną, gdy suma skuteczności i korzyści będzie większa niż przewidywane obciążenia.

Należy przyznać, że koncepcja Pellegrino niesie ze sobą pewne niebezpieczeństwo związane z niewłaściwie uformowanym sumieniem (lekarza i/lub chorego) w przypadku odniesienia do Boga albo błędnym pojęciem wolności (lekarza i/lub chorego) przy jego braku.

⁶⁸² Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych, *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii 2.*

W pierwszym przypadku może to prowadzić do fundamentalizmu polegającego na dosłownym rozumieniu nakazów i zakazów zawartych w Piśmie Świętym – przykładem tego jest sprzeczna z nauczaniem Kościoła etyka Davida J. Bleicha. Z kolei błędne rozumienie wolności prowadzi do odrzucenia wszelkich norm moralnych uznając je za niepotrzebne i szkodliwe, co prezentował także nieakceptowany permissywny system etyczny Petera Singera. Potwierdzenie takiego rozumowania można odnaleźć w tekście wspomnianego już *Listu Samaritanus bonus. O opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia*. Dopuszcza on stosowanie protokołów medycznych określanych mianem *Do Not Resuscitate* oraz *Physician Orders for Life Sustaining Treatment* jedynie wtedy, gdy są narzędziami pomagającymi uniknąć uporczywej terapii⁶⁸³ oraz dopuszcza rezygnację „z takich zabiegów, które dawałyby jedynie niepewne i bolesne przedłużanie życia [co] może także oznaczać poszanowanie woli umierającego wyrażone w tzw. oświadczeniach antycypowanych [testament życia – dopisek własny] dotyczących leczenia, z wykluczeniem wszelkich działań o charakterze eutanatycznym czy samobójczym”⁶⁸⁴.

W kolejnym rozdziale analizowałem stanowiska towarzystw medycznych obejmujących temat niniejszej pracy. Przełomowym jest dokument sygnowany przez Towarzystwo Internistów Polskich pt.: *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu – stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych. Część 1: chory umierający nieubezpieczeni, niebędący w stanie podejmować decyzji co do leczenia w sytuacji daremności terapii*. Wychodząc od definicji terapii daremnej, sposobów jej unikania oraz założeń filozoficzno – moralnych, autorzy starają się nie tyle podzielić konkretne procedury medyczne na te, od których należy odstąpić, i te, których nie należy podejmować, ale przedstawiają spotkanie lekarza, specjalisty w swojej dziedzinie, z chorym człowiekiem, który oddaje się w jego ręce. Tak scharakteryzowana modelowa relacja lekarz – pacjent jest rozwinięciem fenomenologicznego opisu ich spotkania przedstawionego w tekstach Edmunda Pellegrino. Pewne echa takiego rozumowania można znaleźć także w dokumentach Magisterium Kościoła, choć nie są one wyrażone w tak bezpośredni sposób. Przykładem może być definicja uporczywej terapii zaprezentowana w *Katechizmie Kościoła Katolickiego*, gdzie stroną spotkania staje się całe społeczeństwo reprezentowane przez lekarza. O wiele szerzej wspomina o pozostałych uczestnikach Jan Paweł II w encyklice *Evangelium vitae*.

⁶⁸³ Por. Kongregacja Nauki Wiary, *List Samaritanus bonus. O opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia*, V.1.

⁶⁸⁴ Kongregacja Nauki Wiary, *List Samaritanus bonus. O opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia*, V.2.

Punktem wyjścia spotkania lekarza z pacjentem w dokumencie Towarzystwa Internistów Polskich jest ustalenie optymalnego postępowania dla terminalnie chorego. Jest za to odpowiedzialny lekarz, a właściwie konsylium, które na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz analizy wyników badań określa, które elementy opieki przynależą choremu, a które należy zaliczyć do terapii daremnej. Pomocny w tym jest zamieszczony w dokumencie protokół zawierający spis procedur medycznych, które podlegają weryfikacji. To postępowanie odpowiada kryterium skuteczności oraz kryterium obciążeń od strony medycznej w etyce Edmunda Pellegrino.

Ponieważ dokument dotyczy chorych, którzy nie są w stanie sami podejmować decyzji, kolejnym etapem jest przedstawienie ustaleń konsylium najbliższemu pacjentowi. Jednocześnie mogą oni zaprezentować jego cele, które wciąż zamierzał osiągnąć, oraz ewentualne decyzje dotyczące postępowania medycznego, o ile zostały wcześniej przez niego sformułowane. Będzie to realizacja kryterium korzyści oraz dopełnienie zaprezentowanych przez lekarza kryteriów obciążeń z etyki Edmunda Pellegrino.

Należy przypuszczać, że w opracowywanym dokumencie dotyczącym chorych zdolnych do świadomego decydowania o proponowanej terapii, najprawdopodobniej to właśnie oni będą prezentowali lekarzowi swoje stanowisko, także w szerokim horyzoncie swoich celów, które zamierzają jeszcze osiągnąć. Jeśli jednak ich dążenie, podobnie jak ich najbliższych, byłoby żądaniem eutanazji lub wspomaganego samobójstwa, należy je zgodnie z przytoczonymi fragmentami *Listu Samaritanus bonus. O opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia* odrzucić.

W tym kontekście dokument Towarzystwa Internistów Polskich dostrzega inne niebezpieczeństwo. Ma ono polegać na próbie wymuszenia przez najbliższych (a być może także przez chorego z zachowaną świadomością) zastosowania wszelkich dostępnych terapii oraz form opieki. Rozwiązaniem problemu ma być rozszerzenie konsylium o specjalistów z zakresu medycyny paliatywnej i innych specjalności, w obecności których należy raz jeszcze przeprowadzić rozmowę z zainteresowanymi celem wyjaśnienia, że niektóre z żądanych procedur noszą znamiona terapii daremnej. Przy braku zrozumienia ostateczną decyzję podejmuje konsylium jako specjaliści w swojej dziedzinie.

Tak trudne decyzje lekarz bądź uczestnicy konsylium winni podejmować w swoim sumieniu w zgodzie ze swoim doświadczeniem klinicznym oraz aktualną wiedzą. Tym samym potwierdza to zasadność istnienia klauzuli sumienia oraz konkretnych programów duszpasterskich, których celem jest jego formowanie.

To samo konsylium w *Standardach żywienia dojelitowego i pozajelitowego* Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu jest zobowiązane zapewnić paliatywnie chorym jedynie takie procedury odżywcze, które będą służyły poprawie jego stanu ogólnego lub poprawie jakości życia przy uwzględnieniu wyrażonych celów chorego. Wydaje się, że jest to powtórzenie założeń, które zostały zaprezentowane już w stanowisku Towarzystwa Internistów Polskich. Jedyną nowością jest ustalenie kolejności wdrażania konkretnych procedur od najmniej inwazyjnych do najbardziej obciążających, co może pomóc w wyborze tych, które przysporzą umierającemu najmniejszej ilości dodatkowego bólu i cierpienia.

Ostatnim istotnym dokumentem medycznym były *Rekomendacje żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną*, które niejako są uzupełnieniem wcześniejszych zaleceń. Przede wszystkim leczenie żywieniowe nie powinno być włączane u chorych, których przewidywany czas przeżycia jest krótszy niż 3 miesiące. Wymienia także konkretne sytuacje, takie jak „progresja zaburzeń ogólnych opornych na leczenie (...), pojawienie się bólu opornego na leczenie, rozwój zaburzeń świadomości u chorego, oporne na leczenie powikłania żywieniowe”⁶⁸⁵, które wymagają przerwania stosowanych procedur sztucznego odżywiania. Podobna rekomendacja dotyczy okresu umierania (preagonii i agonii). Dochodzi wówczas do zmiany celu ich stosowania: nie mają już wyrównywać niedoborów pokarmowych a jedynie łagodzić objawy.

Czwarty rozdział mojej pracy to analiza wybranych dokumentów prawnych dotyczących praw i obowiązków lekarza i pacjenta. Kluczowym wydaje się pojęcie świadczenia medycznego (zdrowotnego), które można podzielić na czynności lecznicze, zabiegi pomocnicze oraz czynności nieterapeutyczne. Celem dwóch pierwszych jest ratowanie, przywracanie lub poprawa zdrowia, co nie jest już możliwe u terminalnie chorych. Oznacza to, że próba zastosowania procedury medycznej, która będzie do tego dążyła, będzie tożsama z uporczywą terapią. Zawsze jednak należy wdrażać czynności nieterapeutyczne, czyli te, które nie są związane z procesem leczenia.

Takie rozumowanie rodzi jednak co najmniej dwa pytania. Skąd lekarz ma wiedzieć, że proponowana czynność lecznicza nie przyniesie już korzyści choremu oraz czy stosowanie sztucznego odżywiania terminalnie chorych, traktowane już jako czynność nieterapeutyczna, jest wskazane aż do momentu śmierci.

⁶⁸⁵ *Rekomendacje żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną*, A. Zmarzły, T. Dzierżanowski i in., dz. cyt., s. 111.

Na tak sformułowane pytania nie dają odpowiedzi żadne z analizowanych aktów prawnych. Jednakże można wnioskować, że odpowiedzialność za udzielenie na nie odpowiedzi spoczywa na lekarzu. Winien on tego dokonać w odpowiednim momencie procesu chorobowego i zaprzestać wówczas konkretnych czynności leczniczych oraz zrezygnować ze sztucznego odżywiania nawet wówczas, gdy będzie ono traktowane jako czynność nieterapeutyczna. Będzie to możliwe dzięki wiedzy i doświadczeniu klinicznemu. Podstawą takiego działania są sformułowania w każdym z analizowanych dokumentów, które zobowiązuje go do postępowania z najwyższymi standardami, co obejmuje samokształcenie oraz doskonalenie umiejętności.

Czynnikiem dodatkowym, który ma pomóc lekarzowi określić moment przzerwania czynności posiadających znamiona terapii uporczywej, jest przynależna każdemu człowiekowi godność. Niestety żaden z aktów prawnych nie definiuje, czym ona jest. Są określone jedynie jej przejawy takie jak prawo do umierania z godnością, do leczenia bólu, obecności najbliższych. Szczególnym sposobem realizacji godności chorego jest informowanie o stanie zdrowia oraz sposobach postępowania. Dzięki temu pacjent może współuczestniczyć w procesie leczniczym i współdecydować o swoim losie. Wydaje się, że dzięki temu nie tylko wzrasta jego poczucie godności, ale zmienia to także paradygmat medycyny. Powoduje bowiem, że dotychczasowa asymetryczna relacja lekarz – pacjent z dominującą rolą specjalisty zostaje zastąpiona spotkaniem dwóch osób, w których potrzebujący pomocy oddaje się w ręce mogącemu pomóc, ale zachowuje w tym swoją podmiotowość właśnie poprzez możliwość aktywnego uczestnictwa w podejmowaniu odpowiednich decyzji dotyczących leczenia i terapii⁶⁸⁶. Oczywiście trzeba pamiętać, że niesie to za sobą przedstawione już wcześniej niebezpieczeństwa związane z niewłaściwie uformowanym sumieniem bądź błędnym rozumieniem wolności.

Niestety analiza odpowiednich fragmentów *Kodeksu Etyki Lekarskiej* nie wniosła istotnych treści do omawianego tematu.

⁶⁸⁶ „Konieczny jest wysiłek (...) celem pozostawienia miejsca na relację budowaną na podstawie uznania kruchości i bezbronności chorego. W rzeczywistości słabość przypomina nam o naszej zależności od Boga i zachęca do reagowania z szacunkiem należącym bliźniemu. Stąd pochodzi moralna odpowiedzialność, związana ze świadomością każdej osoby opiekującej się pacjentem (lekarza, pielęgniarki i pielęgniarsza, członka rodziny, wolontariusza, duszpasterza), iż znajduje się w obliczu podstawowego i niezbywalnego dobra – osoby ludzkiej – która wymaga, by nie przekraczać granicy szacunku dla siebie i drugiego, to znaczy akceptacji, ochrony i promocji życia ludzkiego aż do naturalnej śmierci”. Kongregacja Nauki Wiary, *List Samaritanus bonus. O opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia, Troska o bliźniego*. „Dokonyuje się [to] w codziennej praktyce, poprzez międzyosobową relację opartą na zaufaniu. (...) Taka relacja z chorym, w pełnym poszanowaniu dla jego autonomii, domaga się dyspozycyjności, uwagi, zrozumienia, współodczuwania, dialogu, jak też doświadczenia, kompetencji i wiedzy zawodowej. Musi być zatem wyrazem głęboko ludzkiego zaangażowania, przyjętego i spełnianego jako działalność nie tylko techniczna, ale z poświęceniem i miłością do bliźniego”. NKPSZ 4.

Piąty rozdział obejmuje medyczne aspekty wynikające z niedożywienia terminalnie chorych. Po zaprezentowaniu ogólnoustrojowych zmian patofizjologicznych oraz wynikających z tego objawów miejscowych, przedstawiłem różne sposoby sztucznego odżywiania i nawadniania wraz z opisem ich wdrożenia, zaletami i wadami. Pozwoliło to uznać żywienie doustne, żywienie za pomocą zgłębników oraz żywienie parenteralne drogą żył obwodowych za metody, od których nigdy nie można odstąpić. Z kolei procedury związane z interwencją chirurgiczną to jest gastrostomia chirurgiczna, mikrojejunostomia igłowa oraz żywienie parenteralne drogą żył centralnych należy zakwalifikować jako terapię daremną z powodu znacznego obciążenia wynikającego z ich wdrożenia. Pozostałe metody, to jest przezskórna gastrostomia endoskopowa oraz endoskopowa jejunostomia przeżołądkowa⁶⁸⁷ mogą być przydatne, o ile spodziewany czas przeżycia konkretnego pacjenta jest dłuższy niż 30 dni.

Niestety nie istnieją żadne obiektywnie mierzalne parametry, które pozwalają określić moment ustania funkcji przewodu pokarmowego. Jest to o tyle ważne, że dalsza podaż diety akceptowalną metodą nie będzie służyła dobru chorego a więc staje się terapią daremną. Stopniowa utrata funkcji narządów przewodu pokarmowego będzie wymuszała ograniczenie podaży diety przemysłowej (drogą żył obwodowych oraz przez zgłębnik), gdyż jako w pełni zbilansowana wymaga sprawnego trawienia i wchłaniania – brak funkcji będzie doprowadzał do powikłań metabolicznych oraz miejscowych w przypadku stosowania zgłębnika. Lekarz jako specjalista w swojej dziedzinie powinien określić moment zaprzestania podaży takiej diety. Pozostaje wówczas jedynie nawadnianie chorego za pomocą soli fizjologicznej oraz płynu wieloelektrolitowego. Nie powinno się stosować wlewu glukozy, gdyż dysfunkcja narządów przewodu pokarmowego, zwłaszcza wątroby i trzustki, będzie utrudniała lub wręcz uniemożliwiała jej wchłonięcie do wnętrza komórek, co wywoła wzrost jej stężenia we krwi obwodowej. Wydaje się, że jedynym ograniczeniem płynoterapii jest żywotność wkłucia obwodowego. Gdy zostanie ono utracone w wyniku pęknięcia naczynia lub zapalenia żyły, warto rozważyć zastosowanie wkłucia podskórnego i odstąpić od kaniulacji kolejnej żyły.

Przedstawione na początku niniejszej pracy pytania znalazły odpowiedź w analizowanych dokumentach. Przede wszystkim udało się wytłumaczyć hermetyczny język Kościoła i określić trzy sytuacje, w których podaż substancji odżywczych i wody staje się uporczywą terapią. Pierwsza, która dotyczy krajów z niskimi nakładami finansowymi na ochronę zdrowia, zachodzi wówczas, gdy koszty takich procedur uniemożliwiałyby

⁶⁸⁷ W polskich warunkach szpitalnych w zasadzie jest stosowana jedynie przezskórna gastrostomia endoskopowa, dlatego w dalszej części *Wniosków* będę mówił tylko o tej metodzie.

prawidłowe funkcjonowanie opieki zdrowotnej dla pozostałych obywateli. Wyznacznikiem kolejnej jest dysfunkcja przewodu pokarmowego, która czyni niemożliwym wchłanianie substancji odżywczych i wody ze światła przewodu pokarmowego. Wreszcie ostatnia sytuacja zachodzi wówczas, gdy wdrożenie procedur sztucznego odżywiania jest związane z nadmiernym bólem i cierpieniem terminalnie chorego. Ponieważ pierwsza sytuacja nie ma miejsca w Polsce, w kolejnych rozdziałach skupiłem się jedynie na dwóch pozostałych przesłankach.

Z założenia żaden dokument Magisterium Kościoła nie mógł praktycznie określić momentu, w którym dochodzi do takiej utraty funkcji przewodu pokarmowego, by podaż substancji odżywczych stała się uporczywą terapią. Wszystkie analizowane teksty Urzędu Nauczycielskiego Kościoła, ale także stanowiska towarzystw medycznych oraz akty prawne podkreślają, że to lekarz dzięki nabytej wiedzy oraz doświadczeniu klinicznemu, jest właściwą osobą, by określić ten moment w czasie naturalnego przebiegu choroby. Nie może w tym oprzeć się na jakichkolwiek obiektywnych wskaźnikach, gdyż aktualny stan wiedzy jeszcze ich nie określa. Pomocna dla niego może być jedynie opinia innych lekarzy, w tym specjalistów medycyny paliatywnej, którzy w ramach specjalnego konsylium będą mieli za zadanie określić sposób postępowania z terminalnie chorym pacjentem. Szczególną uwagę zwraca na to Towarzystwo Internistów Polskich oraz akty prawa stanowionego.

Do momentu wystąpienia dysfunkcji przewodu pokarmowego uniemożliwiającej wchłanianie substancji odżywczych oraz wody, lekarz jest zobowiązany stosować diety przemysłowe za pomocą zgłębników (żywienie enteralne) oraz drogą żył obwodowych (żywienie parenteralne), a także pod pewnymi warunkami związanymi z przewidywanym czasem przeżycia przezskórną gastrostomię endoskopową. Wszystkie pozostałe, a zwłaszcza powszechnie dostępne żywienie parenteralne drogą żył centralnych, należy uznać za terapię uporczywą, co wynika ze znacznego obciążenia wynikającego z chirurgicznych metod ich wdrożenia. Po zaistnieniu całkowitej dysfunkcji przewodu pokarmowego, gdy dotychczasowe możliwe w zastosowaniu sposoby stają się uporczywą terapią, lekarz jest zobowiązany jedynie do nawadniania terminalnie chorego za pomocą wlewu płynu wieloelektrolitowego lub izotonicznego roztworu soli fizjologicznej z pominięciem roztworów glukozy. Nie jest wskazana także kaniulacja kolejnych żył – można ją zastąpić wlewem podskórnym.

W powyższym wnioskowaniu starałem się stosować zalecaną w dokumentach Urzędu Nauczycielskiego Kościoła zasadę proporcjonalności oraz zasadę podwójnego skutku. Trzeba jednak przyznać, że w praktyce lekarskiej, a celem pracy było przełożenie języka Kościoła

na specjalistyczny język medyczny, lekarze posługują się nią w sposób nieświadomy. Dlatego też uzasadnionym wydaje się postulat Edmunda Pellegrino, by odstąpić od jej stosowania i zastąpić ją kryterium skuteczności, korzyści oraz obciążeń. Koncepcja ta jest niejako usystematyzowaniem argumentów pojawiających się w czasie rozmów lekarzy o proponowanym postępowaniu względem terminalnie chorych.

Etyka Edmunda Pellegrino w miejsce zasady proporcjonalności wprowadza trzy kryteria weryfikujące. Pierwsze nazwane kryterium skuteczności jest domeną lekarza i określa korzyść medyczną, jaką odniesie pacjent po zastosowaniu proponowanej procedury. Drugim jest kryterium korzyści, które umieszcza propozycję postępowania w szerokim horyzoncie celów chorego człowieka. Wreszcie na końcu zarówno lekarz jak i sam zainteresowany stosują kryterium obciążeń, to znaczy wartościują konkretną czynność medyczną pod kątem dodatkowego bólu fizycznego oraz cierpienia. W sytuacji, gdy w rozważanym rachunku dominują obciążenia, należy odstąpić od proponowanej procedury, gdyż staje się terapią daremną, to jest taką, którą nie pomnaża dobra chorego. W przeciwnym przypadku, gdy suma skuteczności i korzyści przewyższa obciążenia, terapię należy wdrożyć, gdyż będzie prowadziła do zwiększenia dobra pacjenta.

Niewątpliwie zaletą koncepcji Pellegrino jest przejrzystość oraz łatwość w stosowaniu wymienionych kryteriów. Powoduje to, że znaczna ilość lekarzy posługuje się nią w codziennej praktyce nie zdając sobie z tego sprawy. Wynika to z faktu, że u podstaw jego etyki leży fenomenologiczny opis spotkania lekarza z chorym człowiekiem, który oddaje się w jego ręce.

Argumentem przemawiającym za stosowaniem etyki Edmunda Pellegrino w miejsce zasady proporcjonalności oraz zasady podwójnego skutku jest rezygnacja z pojęcia środków proporcjonalnych/zwyczajnych oraz nieproporcjonalnych/nadzwyczajnych. Rewelacyjnym przykładem są tu procedury sztucznego odżywiania i nawadniania, które w zależności od stanu pacjenta stają się dzięki zastosowaniu przytoczonych zasad środkami nieproporcjonalnymi/nadzwyczajnymi, mimo iż początkowo były kwalifikowane jako proporcjonalne/zwyczajne. Początkowo, gdy chory nie jest jeszcze w stanie terminalnym, są one kwalifikowane jako element leczenia przynależny każdemu pacjentowi jako środek proporcjonalny/zwyczajny. W momencie zaistnienia stanu terminalnego, gdy dochodzi do odstąpienia od terapii na rzecz opieki, sztuczne odżywianie i nawadnianie przestają także być elementem terapii i są kwalifikowane jako środek proporcjonalny/zwyczajny, ale przynależny już opiece. Dopiero zaistnienie dysfunkcji przewodu pokarmowego uniemożliwiającej fizjologiczne procesy trawienia i wchłaniania, procedury sztucznego odżywiania, mimo

iż w dalszym ciągu są zaliczane do elementów opieki (od której zasadniczo nie można odstąpić), stają się środkami nieproporcjonalnymi/nadzwyczajnymi, których dalsze stosowanie będzie miało znamiona terapii daremnej. Tymczasem w koncepcji Edmunda Pellegrino procedury sztucznego odżywiania (podobnie jak wszystkie pozostałe) na każdym etapie postępowania z chorym są oceniane pod kątem skuteczności, korzyści i obciążeń, co pozwala w dalszym ciągu z nich korzystać lub odstąpić, bez zbędnego kwalifikowania ich do terapii lub opieki.

Wreszcie za etyką Edmunda Pellegrino przemawia możliwość wdrożenia ostatniej z trzech przytoczonych wcześniej sytuacji, w których odżywianie i nawadnianie terminalnie chorego może stać się uporczywą terapią. Aplikacja przez chorego (lub jego najbliższych) kryterium korzyści oraz kryterium obciążeń w stosunku do proponowanej procedury pozwala określić moment, gdy jej zastosowanie wiąże się z nadmiernym bólem oraz cierpieniem, a tym samym wskazuje na odstąpienie od niej.

Logiczną konsekwencją przyjęcia stanowiska Pellegrino jest rezygnacja z terminu uporczywej terapii na rzecz terapii daremnej, to jest takiej, której stosowanie nie przyniesie korzyści choremu. Jest to zrozumiały termin w przeciwieństwie do pojęcia uporczywej terapii, która dla wielu oznacza po prostu jakąś niedogodność w trakcie jej stosowania np. ciągłe wizyty w oddziałach chemioterapii celem poddania się uporczywemu leczeniu.

Oczywiście taki opis spotkania chorego człowieka z lekarzem, który chce mu pomóc, niesie ze sobą także określone niebezpieczeństwo. Przede wszystkim chodzi o sytuację, w której chory z niewłaściwie ukształtowanym sumieniem albo niechrześcijańskim światopoglądem, będzie żądał od lekarza pomocy w samobójstwie lub eutanazji argumentując to bólem i cierpieniem niemożliwym do opisania (kryterium obciążeń). Lekarz musi wówczas mieć prawo skorzystania z klauzuli sumienia czyli odmowy w zastosowaniu procedur sprzecznych z nauczaniem Kościoła, bez obowiązku wskazania placówki medycznej, w której chory uzyska takie świadczenia medyczne.

Dużym wyzwaniem dla lekarza jest także sytuacja, w której chory w sposób świadomy rezygnuje z proponowanego leczenia lub opieki jednocześnie nie mając jakichkolwiek inklinacji eutanatycznych. Zdecydowana większość lekarzy próbuje wówczas przekonać takiego pacjenta do poddania się proponowanemu postępowaniu. Trzeba sobie jednak zadać pytanie, czy taki chory ma prawo do rezygnacji z wszystkich proponowanych procedur? Czy jednak nie powinien zgodzić się na każdą formę opieki? Czy ma prawo odmówić sztucznego odżywiania i nawadniania?

Wydaje się, że przytoczone sytuacje wymagają dalszego opracowania, które byłyby uzupełnieniem proponowanej etyki Edmunda Pellegrino w postępowaniu z terminalnie chorym.

Wreszcie ogromnym wyzwaniem będzie opracowanie programu formacji przyszłych lekarzy, którzy coraz częściej będą zmuszeni decydować, które postępowanie należy zaliczyć do terapii daremnej. W zasadzie wszystkie dokumenty Magisterium Kościoła odwołują się do *Przypowieści o miłosiernym Samarytaninie*⁶⁸⁸. Jej głównym przesłaniem jest bezinteresowność oraz współodczuwanie tytułowej postaci wobec pobitego Żyda. Tymczasem wydaje się, że zasadniczym niebezpieczeństwem, które czyha na współczesnego lekarza, jest podświadome poczucie bycia panem życia i śmierci. Przykładem może być wykazane w niniejszej pracy zadanie, jakie jest stawiane przed lekarzem, to jest określenie, w którym momencie dochodzi do dysfunkcji przewodu pokarmowego uniemożliwiającej prawidłowe wchłanianie i trawienie substancji odżywczych. Lekarz ma wskazać ten moment jedynie na podstawie zdobytej wiedzy, nabytych umiejętności oraz doświadczenia klinicznego, gdyż brak jest jakichkolwiek obiektywnie mierzalnych parametrów, które pomogłyby mu wskazać poszukiwany moment. Może to rodzić w nim poczucie, że wszystko zależy od niego. Dlatego też nowe plany formacyjne powinny opierać się na holistycznym podejściu do formacji sumienia. Przede wszystkim trzeba ukazać współczesnemu człowiekowi, że tylko Bóg jest Panem życia i śmierci, Stworzycielem, w rękach którego znajduje się Jego stworzenie. Pomocna w tym może być prehistoria biblijna przedstawiona w jedenastu pierwszych rozdziałach *Księgi Rodzaju*⁶⁸⁹. Dopiero w kolejnym etapie powinien zostać położony nacisk na wrażliwość w spotkaniu z potrzebującym (*Przypowieść o miłosiernym Samarytaninie*). Dopełnieniem lektury Pisma Świętego musi być aktywne uczestnictwo w Eucharystii, która przenika codzienność, pracę z cierpiącym i potrzebującym człowiekiem⁶⁹⁰. Dopiero wówczas, niejako naturalnie z Objawienia Bożego może wypłynąć nauczanie Kościoła dotyczące uporczywej terapii.

⁶⁸⁸Łk 10, 29-37.

⁶⁸⁹„Kluczem (...) jest słowo «wzorczość» i że ta *Księga*, posługując się metaforą ludowej powiastki, obwieszcza do dziś absolutnie aktualny i niezmienny wzorzec obecności człowieka w przestrzeni *sacrum*. Wzorzec, który sam Bóg wszczepił w świat i w oparciu o który wciąż się z nami porozumiewa. Uchwycić go, przeniknąć – to znaczy zrozumieć, jak «kręci» się ten świat. To także zobaczyć go z perspektywy nadrzędnej. Z perspektywy ducha?”. M. Szamot, *Genezis. Czy ktoś w to jeszcze wierzy?*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2003, s. 7.

⁶⁹⁰Zob. J. Corbon, *Liturgia źródło wody życia*, W drodze, Poznań 2005.

ZAKOŃCZENIE

Celem niniejszej pracy była pomoc lekarzom w rozwiązywaniu ich dylematów moralnych w postępowaniu z terminalnie chorymi, zwłaszcza w aspekcie ich odżywiania i nawadniania. Analiza konkretnych dokumentów pozwoliła wysnuć przedstawione wcześniej wnioski.

Odpowiedzi na zadane pytania zostały ujęte w szerokim horyzoncie spotkania dwóch osób, które w rzeczywistości są przedstawicielami większych społeczności. W ręce lekarza – specjalisty w swojej dziedzinie oddał się terminalnie chory człowiek, którego celem było osiągnięcie konkretnego dobra medycznego rozumianego jako realizacja konkretnych celów życiowych z zapewnieniem mu komfortu życia. Towarzyszyli mu członkowie jego rodziny, którzy w momencie braku możliwości wyrażenia woli samego zainteresowanego, posiadali prawo, by zrobić to w jego imieniu. Naprzeciw stał lekarz, który dzięki posiadanej wiedzy oraz nabytym umiejętnościom, był w stanie podjąć próbę realizacji stawianych mu zadań, o ile ich wdrożenie nie wiązałoby się ze stosowaniem uporczywej terapii. Jednocześnie ten sam lekarz z nadania społecznego był odpowiedzialny za zdrowie powierzonego sobie całego społeczeństwa, spomiędzy członków którego szczególnej opieki wymagał terminalnie chory. Praktycznie czyniło to lekarza odpowiedzialnym za poniesione koszty związane z zapewnieniem opieki, w tym sztucznego odżywiania i nawadniania dla pacjenta, którego czas przeżycia należało liczyć w dniach przy jednoczesnym zapewnieniu środków finansowych dla prawidłowego funkcjonowania ochrony zdrowia (w tym profilaktyki) dla pozostałych członków społeczności, których czas życia – liczony w latach – wynikał ze średniej statycznej. Takie umiejscowienie spotkania lekarza z terminalnie chorym musi potęgować trudności w określeniu, którą procedurę medyczną można zaliczyć do terapii daremnej, pomimo tego, że przeprowadzona analiza dokumentów określiła trzy konkretne sytuacje, w których można odstąpić od sztucznego odżywiania i nawadniania terminalnie chorego.

Podjęte w pracy badania miały charakter interdyscyplinarny, które miały ukazać wzajemne relacje pomiędzy teologią i medycyną. Jednak szeroki horyzont spotkania przedstawicieli dwóch grup społeczeństwa, na których wybory i postępowanie wpływa światopogląd religijny, ich moralność oraz uwarunkowania psychologiczne, spowodowały, że przedstawione spotkanie lekarza z terminalnie chorym otrzymało cechy opisu holistycznego.

Wartym zauważenia jest fakt, że holistyczny opis prezentowanego spotkania został znacznie wzbogacony dzięki rozdziałowi: *Uporczywa terapia i sztuczne odżywianie w prawodawstwie polskim*. Nie chodzi tu jednak jedynie o dookreślenie rozumianego intuicyjnie pojęcia godności pacjenta oraz obowiązków lekarza. Analizowane dokumenty pozwoliły poznać prawne aspekty dotyczące zagwarantowania godności każdego chorego, co być może przyczyni się do zmniejszenia ilości roszczeń prawnych wysuwanych coraz częściej we współczesnym świecie wobec środowiska medycznego.

Holistyczny opis spotkania lekarza z terminalnie chorym, a zwłaszcza uświadomienie sobie, że odwrócona hierarchia wartości u umierającego człowieka w połączeniu z zanikającą we współczesnym świecie wiarą, może stawiać medyka w obliczu żądań o przesłance eutanatycznej. Wyzwanie to stawia przed Kościołem konkretne zadania. Pierwsze dotyczy wypracowania planów formacyjnych dla lekarzy, których celem będzie umocnienie ich wiary i więzi z Chrystusem. Tworząc konkretną wspólnotę będą mogli wśród jej członków znaleźć wsparcie emocjonalnie oraz poczucie, że nie są jedynymi, którzy bronią chrześcijańskiego światopoglądu. Ogromną rolę powinni odgrywać w nich duszpasterze, którzy oprócz głębokiej wiary będą wykazywać się zrozumieniem dla problemów natury medycznej. Dzięki temu wspólnie ze środowiskiem medycznym będą mogli wypracować argumentację dotyczącą postępowania z terminalnie chorym będącym pod opieką członka takiej wspólnoty.

Drugim zadaniem jest opracowanie dokumentu, który pozwoli przedstawicielom środowiska medycznego na korzystanie z klauzuli sumienia, która coraz częściej jest poddawana krytyce choćby z powodu ponoszonych przez państwo kosztów związanych z wykształceniem lekarza, co miałyby usprawiedliwiać nakaz wykonywania wszelkich procedur, także tych sprzecznych z sumieniem. Być może warto byłby zaangażować katolików świeckich do inicjatywy obywatelskiej, której celem byłoby prawne podtrzymanie aktualnie obowiązujących zapisów dotyczących klauzuli sumienia.

Na zakończenie przywołam łacińską sentencję *Da dextram misero*, co dosłownie znaczy *Podaj prawicę potrzebującemu*. Wyraża ona misję, jaką chce realizować personel 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego w Krakowie, którego częścią jestem jako starszy asystent Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych. Mam nadzieję, że niniejsza dysertacja pozwoli lepiej zrozumieć mnie i moim kolegom, że pomoc drugiemu człowiekowi, zwłaszcza terminalnie choremu, nie zawsze jest związana z wdrożeniem kolejnej procedury medycznej, kolejnego farmaceutyku, kolejnego sposobu sztucznego odżywiania, gdy dotychczas stosowany nie jest już wystarczający. Czasami pomoc polega na niewdrożeniu tego,

co jeszcze jest możliwe do wdrożenia, albo odstąpieniu od tego, co już jest wdrożone, tylko dlatego, że nosi to znamiona terapii daremnej. Terapii, która już nie pomnoży dobra pacjenta. Wówczas wystarczy dosłownie tylko podać prawicę potrzebującemu, chwycić go za dłoń i towarzyszyć w przejściu do domu Ojca.

BIBLIOGRAFIA

Biblia Jerozolimska, Wydawnictwo Pallotinum, Poznań 2006.

1. Literatura teologiczna

1.1 Dokumenty Magisterium Kościoła

Benedykt XVI, *Encyklika Spe salvi. O nadziei chrześcijańskiej*, Rzym 2007.

Jan Paweł II, *Encyklika Evangelium vitae. O wartości i nienaruszalności życia ludzkiego*, Rzym 1995.

Franciszek, *Encyklika Laudato si'. W trosce o wspólny dom*, Rzym 2015.

Katechizm Kościoła Katolickiego, Pallotinum, Poznań 1994.

Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja Iura et bona. O eutanazji*, Rzym 1980.

Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja Donum vitae. O szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania*, Rzym 1987.

Kongregacja Nauki Wiary, *Komentarz do Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania*, Rzym 2007.

Kongregacja Nauki Wiary, *List Samaritanus bonus. O opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia*, Rzym 2020.

Kongregacja Nauki Wiary, *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania*, Rzym 2007.

National Conference of Catholic Bishops, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections*,

<https://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1993&context=lnq>,
08.12.2022.

Papieska Akademia Nauk, *Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci*, Rzym 1985.

Papieska Akademia «Pro Vita», *Deklaracja końcowa V Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii «Pro Vita»*, Rzym 1999.

Papieska Rada *Cor Unum*, *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających*, Rzym 1976.

Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995.

Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 2016.

Sobór Watykański II, *Konstytucja Duszpasterska Gaudium et spes. O Kościele w świecie współczesnym*, Rzym 1965.

Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych, *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii*, <https://episkopat.pl/zespol-ekspertow-kep-ds-bioetycznych-zaprzestanie-terapii-daremnej-nie-moze-byc-utozsamiane-z-eutanazja/> (dostęp: 08.11.2022).

1.2 Przemówienia i listy papieskie

Benedykt XVI, *Przemówienie do uczestników zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii Pro Vita. Bioetyka i naturalne prawo moralne*, L'Osservatore Romano wyd. pol., 5(2010), ss. 19-20.

Benedykt XVI, *Przemówienie do uczestników zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii „Pro Vita”*, 25.02.2008, https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/benedykt_xvi/przemowienia/provita_25022008 (dostęp 13.02.2024).

Benedykt XVI, *Przesłanie do uczestników 25 Międzynarodowej Konferencji Papieskiej Rady ds. Służby Zdrowia i Duszpasterstwa Chorych*, L'Osservatore Romano wyd. pol., 1(2011), ss. 25-26.

Benedykt XVI, *Życie jest pierwszym darem, jakie otrzymujemy od Boga, i podstawą wszystkich innych*, L'Osservatore Romano 28(2007), nr 5, s. 45-46.

Franciszek, *Przemówienie do członków włoskiej Krajowej Federacji Izb Pielęgniarskich. Czulość jest «kluczem» do zrozumienia człowieka chorego*, L'Osservatore Romano wyd. pol., 3-4(2018), ss. 21-23.

Franciszek, *Przemówienie do uczestników zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii «Pro Vita». Fundamentalne różnice życia ludzkiego*, L'Osservatore Romano wyd. pol., 7(2018), ss. 35-37.

Franciszek, *Przemówienie do uczestników zgromadzenia generalnego Papieskiej Akademii «Pro Vita». Najcięższą chorobą jest opuszczenie*, L'Osservatore Romano wyd. pol., 3-4(2015), ss. 27-28.

Franciszek, *Przesłanie z okazji 20-lecia Papieskiej Akademii «Pro Vita». Najcięższą chorobą, na jaką są narażone osoby starsze, jest opuszczenie*, L'Osservatore Romano wyd. pol., 3-4(2014), ss. 20-21.

- Franciszek, *Spotkanie z uczestnikami międzynarodowej konferencji Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia i Chorych. Przestrzeganie godności i wolności*, L'Osservatore Romano wyd. pol., 1(2014), ss. 30-31.
- Franciszek, *Przemówienie do uczestniczek kapituły małych sióstr Jezusa. Wasze serca nie znają barier*, L'Osservatore Romano wyd. pol., 11(2017), ss. 8-12.
- Giovanni Paolo II, *Messa per il 120 di fondazione dell'ospedale «Bambino Gesù». Il medico, come il sacerdote, ha la missione di provvedere alla cura e alla salvezza dell'uomo 2* [w:] *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, XII/1 (1989), Libreria Editrice Vaticana 1991, ss. 605–608.
- Jan Paweł II, *Kultura uznająca człowieka jako pana drugiego człowieka stanowi zagrożenie dla przyszłości ludzkości* [w:] Jan Paweł II, *Nauczanie papieskie*, E. Weroch, A. Jaroch (red.), IX/2 (1986), Pallottinum, Poznań 2007, ss. 602-604.
- Jan Paweł II, *List apostolski motu proprio Dolentium hominum. Ustanawiający Papieską Komisję ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia* [w:] *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, K. Szczygieł (red.), Wydawnictwo Biblos, Tarnów 1998, ss. 170-173.
- Jan Paweł II, *List Apostolski motu proprio, w którym Jan Paweł II ustanawia Papieską Akademię Obrony Życia* [w:] „L'Osservatore Romano” wyd. pol., 162(1994), nr 4, ss. 9-10.
- Jan Paweł II, *List apostolski Salvifici Doloris. O chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia* [w:] *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, K. Szczygieł (red.), Wydawnictwo Biblos, Tarnów 1998, ss. 137-169.
- Jan Paweł II, *Przemówienie do dwóch grup roboczych powołanych przez Papieską Akademię Nauk 5* [w:] Jan Paweł II, *Nauczanie papieskie*, E. Weron, A. Jaroch (red.), VIII/2 (1985), Pallottinum, Poznań 2004, ss. 558–560.
- Jan Paweł II, *Tajemnica przeżywanej próby. 5 października – Lyon. Spotkanie z chorymi* [w:] „L'Osservatore Romano” (wyd. pol.) 84(1986), nr 10, ss. 25-26.

1.3 Opracowania

- Bortkiewicz P., *Kultura śmierci* [w:] *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, A. Muszala (red.), Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2007, ss. 316–320.
- Cieślik D., *Nienaruszalność ludzkiego życia w nauczaniu Benedykta XVI*, „*Studia Historyczno-Teologiczne Śląska Opolskiego*” 35 (2015), ss. 209-219.

- Corbon J., *Liturgia źródło wody życia*, W drodze, Poznań 2005.
- Dec I., *Życie czy śmierć – dramat naszego czasu* [w:] *Życie – dar nienaruszalny. Wokół encykliki Evangelium vitae* A. Młotek, T. Reroń (red.), Papieski Fakultet Teologiczny, Wrocław 1995, ss. 109–116.
- Dziedzic J., *Kościół a ekologia ludzka*, „Polonia Sacra” 23(2019), nr 1, ss. 103-126.
- Dziedzic J., *Kościół wobec współczesnych działań propagujących eutanazję*, [w:] *Trosce o godność człowieka*, red. J. Dziedzic, Wydawnictwo Naukowe UPJPII, Kraków 2019, ss. 273 -286.
- Dziedzic J., *Pastoralno-teologiczne aspekty straty dziecka poronionego i martwo urodzonego*, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie Wydawnictwo Naukowe, Kraków 2021.
- Kałuża J., *Problemy współczesnej medycyny w świetle encykliki Evangelium vitae* [w:] *Evangelium vitae. Dobra Nowina o życiu ludzkim. Materiały na temat encykliki Jana Pawła II Evangelium vitae oraz dyskusja panelowa o karze śmierci*, J. Brusilo (red.), Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 1995, ss. 19–28.
- Kamiński R., *Z metodologii teologii pastoralnej*, „Studia Nauk Teologicznych PAN” 2 (2007), ss. 235-249.
- Krakowiak P., *Szkolenia kapelanów służby zdrowia w Stanach Zjednoczonych metodą Clinica I Pastoral Education i zarys możliwości adaptacji tej metody w Polsce* [w:] *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym. Zapis konferencji. Łagiewniki, 14 marca 2009 roku*, K. Moćko (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, ss. 44–61.
- Krobicki M., *Centrum „Bracia czyńcie dobro”*. *Szkoła Kapelanii Szpitalnej św. Jana Bożego* [w:] *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym. Zapis konferencji. Łagiewniki, 14 marca 2009 roku*, K. Moćko (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, ss. 107-108.
- Matuszewicz K., *Kiedy najlepszą decyzją lekarza jest odstąpienie od terapii [opinie]*, <https://pulsmedycyny.pl/kiedy-najlepsza-decyzja-lekarza-jest-odstapienie-od-terapii-opinie-1112273> (dostęp 08.12.2022).
- Młotek A., *Służba zdrowia – służbą ewangelii życia* [w:] *Życie – dar nienaruszalny. Wokół encykliki Evangelium vitae* A. Młotek, T. Reroń (red.), Papieski Fakultet Teologiczny, Wrocław 1995, ss. 153–165.

- Nagórny J., „*Ewangelia życia*” wobec kultury śmierci, [w:] *Życie – dar nienaruszalny. Wokół encykliki Evangelium vitae* A. Młotek, T. Reroń (red.), Papieski Fakultet Teologiczny, Wrocław 1995, ss. 167–184.
- Olbrycht K., *Rola katolickiego wychowawcy w kształtowaniu sumienia. Refleksje w świetle encykliki Jana Pawła II Evangelium vitae* [w:] *Ewangelia życia. Materiały z sesji naukowej na temat encykliki Evangelium vitae*, E. Burzyk (red.), Wydział Duszpasterstwa Kurii Diecezjalnej Bielsko–Żywieckiej, Bielsko–Biała 1996, ss. 47–57.
- Reroń T., *Kultura życia* [w:] *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, A. Muszala (red.), Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2007, ss. 320–326.
- Szamot M., *Genesis. Czy ktoś w to jeszcze wierzy?*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2003.
- Ślipko T., *Wolność i postęp, a etyka lekarska. Rozważania na marginesie encykliki Evangelium vitae*, [w:] *Evangelium vitae. Dobra Nowina o życiu ludzkim. Materiały na temat encykliki Jana Pawła II Evangelium vitae oraz dyskusja panelowa o karze śmierci*, J. Brusilo (red.), Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 1995, ss. 29–53.
- Walton J. H., Matthews V. H., Chavalas M. W., *Komentarz historyczno–kulturowy do Biblii Hebrajskiej*, Chrostowski W. (red. nauk. wyd. polskiego), tłum. Z. Kościuk, Oficyna Wydawnicza „Vocatio”, Warszawa 2005.
- Warzeszak J., *Antropologia Benedykta XVI na tle błędnych antropologii współczesnych*, *Studia Teologii Dogmatycznej* 1(2015), Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2015, ss. 257-290.

2. Literatura etyczna

2.1 Źródła

- Bleich D. J., *Bioethical Dilemmas. A Jewish Perspective*, KTAV Publishing House, Hoboken 1998.
- Bleich D. J., *Judaism and Healing: Halakhic Perspectives*, KTAV Publishing House, Jersey City 2003.
- Bleich D. J., *May One Refuse Medical Treatment?*, *Sh'ma. A Journal of Jewish Responsibility* 44(1992), nr 23, ss. 17 – 21.
- Dorff E. N., *Matters of Life and Death. A Jewish Approach to Modern Medical Ethics*, The Jewish Publication Society, Philadelphia 2003.

- Fletcher J., *Indicators of Humanhood: A Tentative Profile of Man*, „Hastings Centers Report”, t.2, nr 5(1972), ss. 1-4.
- Kuhse H., *Introduction. The Practical Ethics of Peter Singer* [w:] P. Singer, *Unsanctifying Human Life. Essay on Ethics*, H. Kuhse (red.), Blackwell, Oxford 2002, ss. 1-14.
- Pellegrino E. D., *Bioethics at Century's Turn: Can Normative Ethics Be Retrieved?*, „Journal of Medicine and Philosophy” 25(2000), nr 6, ss. 655-675.
- Pellegrino E. D., *Decision at the end of life: the use and abuse of the concept of futility* [w:] *The Dignity of the Dying Person. Proceeding of the Fifth Assembly of The Pontifical Academy for Life*, J. de Dios Vial Correa, E. Sgreccia (red.), Libreria Editrice Vaticana, Citta del Vaticano 2000, ss. 219-241.
- Pellegrino E. D., *Professionalism, Profession and the Virtues of the Good Physician*, „Mount Sinai Journal of Medicine”, 69(2002), nr 6, s. 378-385.
- Pellegrino E. D., *The Internal Morality of Clinical Medicine: A Paradigm for Ethics of the Helping and Healing Professions*, „Journal of Medicine and Philosophy” 26(2001), nr 6, ss. 563–576.
- Pellegrino E. D., Thomasma D. C., *The Christian Virtues in Medical Practice*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1996.
- Singer P., *Etyka praktyczna*, tłum. A. Sagan, Książka i Wiedza, Warszawa 2003.
- Singer P., *Is the Sanctity of Life Ethic Terminally Ill?* [w:] P. Singer, *Unsanctifying Human Life. Essay on Ethics*, H. Kuhse (red.), Blackwell, Oxford 2002, ss. 246-261.
- Singer P., *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęśna, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1997.
- Singer P., *Philosophers are Back on the Job* [w:] P. Singer, *Unsanctifying Human Life. Essay on Ethics*, H. Kuhse (red.), Blackwell, Oxford 2002, ss. 53–65.
- Singer P., *The Triviality of the Debate over "Is – ought" and the Definition of "Moral"* [w:] P. Singer, *Unsanctifying Human Life*, H. Kuhse (red.), Blackwell, Oxford 2002, ss. 17-26.
- Staitman M. N., *Withdrawing or Withholding Nutrition, Hydration or Oxygen from Patients* [w:] *Death and Euthanasia in Jewish Law. Essays and Response*, W. Jacob, M. Zemer (red.), Rodef Shalom Press, Pittsburg 1994, ss. 1-10.

2.2 Opracowania

- Alichniewicz A., Szczęsna A., *Posłowie* [w:] P. Singer, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1997, ss. 265-275.
- Arystoteles, *Etyka nikomachejska*, tłum. D. Gromska [w:] Arystoteles, *Dzieła wszystkie*, t.5, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, ss. 7-300.
- Arystoteles, *Etyka eudemejska*, tłum. W. Wróblewski [w:] Arystoteles, *Dzieła wszystkie*, t.5, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, ss. 385-493.
- Aszyk P., *Granice leczenia*, Wydawnictwo Rhetos, Warszawa 2006.
- Aszyk A., *Stan terminalny* [w:] *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, A. Muszala (red.), Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2007, ss. 522-527.
- Bartoszek A., *Umieranie* [w:] *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, A. Muszala (red.), Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2007, ss. 609-614.
- Biesaga T., *Edmunda D. Pellegrino filozofia medycyny* [w:] *Systemy bioetyki*, T. Biesaga (red.), WN PAT, Kraków 2009, ss. 9-22.
- Biesaga T., *Uzasadnienie norm moralnych w bioetyce* [w:] Biesaga T., *Elementy etyki lekarskiej*, K. Moćko (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2006, ss. 49–57.
- Biesaga T., *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny* [w:] tenże, *Elementy etyki lekarskiej*, K. Moćko (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2006, ss. 62-64.
- Biesaga T., *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, „Medycyna Praktyczna”, (159)2004, nr 5, ss.20-25.
- Biesaga T., Gajewski P., *Kiedy lekarz może pozwolić choremu umrzeć? Drugie sympozjum z cyklu „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej”*, „Medycyna Praktyczna”, 223(2009), nr 9, ss. 133–134.
- Biesaga T., Galewicz W., Krajewski R., Łuczak J., Marczewski K., Radziwiłł K., Umiastowski J., Dymna A., *Kiedy lekarz może pozwolić choremu umrzeć? Głosy w dyskusji*, „Medycyna Praktyczna”, 223(2009), nr 9, ss. 167–177.
- Blackburn S., *Deontologia*, tłum. J. Woleński [w:] Blackburn S., *Oksfordzki słownik filozoficzny*, J. Woleński (red. pol.), Książka i Wiedza, Warszawa 2004, s. 81.
- Blackburn S., *Utylitaryzm czynów*, tłum. P. Dziliński [w:] S. Blackburn, *Oksfordzki słownik filozoficzny*, J. Woleński (red. pol.), Książka i Wiedza, Warszawa 2004, s. 419.
- Bleich David – nota biograficzna, https://en.wikipedia.org/wiki/J._David_Bleich (dostęp 13.02.2023).

- Bohdanowicz A., *Peter Singer i jego Etyka praktyczna. Szansa czy zagrożenie* [w:] *Ad libertatem in veritate. Księga pamiątkowa dedykowana księdzu profesorowi Alojzemu Marcolowi w 65. rocznicę urodzin i 35-lecie pracy naukowej*, P. Morciniec (red.), Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1996, ss. 357–366.
- Bołoz W., *Rezygnacja z uporczywej terapii a prawo do życia*, „Medycyna Praktyczna”, 223(2009), nr 9, ss. 147–154.
- Brusiłło J., *Lekarz wobec kresu ludzkiego życia w nauczaniu Kościoła i w dokumentach świeckich*, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2004.
- Bukowski K., *Religie świata wobec chrześcijaństwa*, Wydawnictwo M, Kraków 1999.
- Ferdynus M., *O uporczywej terapii oraz środkach zwyczajnych i nadzwyczajnych w polskim kontekście bioetycznym. Na marginesie dwóch debat Polskiego Towarzystwa Bioetycznego*, „Roczniki Filozoficzne” (79)2021, nr 2, ss. 65-81.
- Galewicz W., *W sprawie szpitalnych komisji bioetycznych*, „Medycyna Praktyczna”, 225(2009), nr 11, ss. 120-125.
- Gondek P., *Cel* [w:] *Powszechna encyklopedia filozoficzna*, t. 3, A. Maryniarczyk (red.), Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu, Lublin 2001, ss. 68-69.
- Gondek P., *Celowość - Celowość w filozofii* [w:] *Powszechna encyklopedia filozoficzna*, t. 3, A. Maryniarczyk (red.), Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu, Lublin 2001, ss. 70-75.
- Hołub G., *Teolodzy chrześcijańscy u początków współczesnej bioetyki* [w:] *Podstawy i zastosowania bioetyki*, T. Biesaga (red.), Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2001, ss. 27-42.
- Jaesche R., *Definiowanie leczenia daremnego jest daremnym wysiłkiem*, „Medycyna Praktyczna”, 223(2009), nr 9, ss. 144–146.
- Kapelak J., *Troska o zdrowie i życie człowieka w sytuacjach granicznych. Studium teologicznomoralne*, <http://hdl.handle.net/20.500.12153/274> (dostęp 17.02.2023).
- Kornas S., *Eksperyment medyczny* [w:] *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, A. Muszala (red.), Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2007, ss. 145–151.
- Kornas S., *Komitety bioetyczne* [w:] *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, A. Muszala (red.), Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2007, ss. 298–302.

- Kowalski E., *Osoba i bioetyka. Zagadnienia biomedyczne dla duszpasterzy i katechetów*, Wydawnictwo Homo Dei, Kraków 2009.
- Kraj T., *Katolik wobec pluralizmu etycznego na przykładzie bioetyki*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2023.
- Locke J., *Rozważania dotyczące rozumu ludzkiego*, PWN, Warszawa 1955.
- Łuczak J., *Co to jest leczenie objawowe/paliatywne, opieka paliatywno – hospicyjna oraz opieka długoterminowa i dlaczego warto z nich korzystać* [w:] *Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego*, P. Krakowiak, A. Modlińska, J. Binnebesel (red.), Biblioteka Fundacji Hospicyjnej, Gdańsk 2008, ss. 366-378.
- Machinek M., *Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle nauki Kościoła*, „Medycyna Praktyczna”, 223(2009), nr 9, ss. 155–159.
- Mueller P. S., *Historia TerrySchiavo – aspekty etyczne i prawne oraz wnioski dla lekarzy*, „Medycyna Praktyczna”, 223(2009), nr 9, ss. 135–143.
- Nawrocka A., *Etos w zawodach medycznych*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2008.
- Pańpuch Z., *Aretologia* [w:] *Powszechna encyklopedia filozoficzna*, t. 1, A. Maryniarczyk (red.), Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu, Lublin 2000, s. 325–329.
- Pańpuch Z., *Cnoty i wady* [w:] *Powszechna encyklopedia filozoficzna*, t. 3, A. Maryniarczyk (red.), Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu, Lublin 2001, ss. 216-231.
- Pettit P., *Konsekwencjalizm*, tłum. P. Łuków [w:] *Przewodnik po etyce*, P. Singer (red.), Książka i Wiedza, Warszawa 1998, ss. 272-282.
- Saja K., *Deontologia (deontologizm etyczny)*, <http://etykapraktyczna.pl/encyklopedia/deontologia> (dostęp 18.05.2023).
- Szczeklik A., *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2008.
- Szczepaniak L., *Etyczne aspekty rezygnacji z przetaczania krwi ze względów religijnych*, „Medycyna Praktyczna”, 228(2010), nr 2, ss. 142–147.
- Ślipko T., *Zarys etyki ogólnej*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2004.
- Tomasz z Akwinu, *Suma teologiczna*.
- Umiastowski J., *Uporczywa terapia* [w:] *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, A. Muszala (red.), Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2007, ss. 615–619.
- Unterman A., *Żydzi. Wiara i życie*, tłum. J. Zabierowski, Książka i Wiedza, Warszawa 2002.
- Woźniak R. J., *Przyszłość, teologia, społeczeństwo*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2007.

Wójcik B., *Bioetyka praktyczna Petera Singera* [w]: *Systemy bioetyki*, T. Biesaga (red.), Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2003, ss. 71-92.

Wróbel W., *Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle polskiego prawa*, „Medycyna Praktyczna”, 223(2009), nr 9, ss. 160–166.

Żelichowski M., *Brak zgody pacjenta na transfuzję krwi ze względów religijnych – aspekt prawny*, „Medycyna Praktyczna”, 228(2010), nr 2, ss. 139-147.

3. Literatura medyczna

3.1 Źródła

Definicja Uporczywej Terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia, W. Bołoz, M. Krajnik i in. (red.), „Advances in Palliative Medicine”, (7)2008, nr 3, ss. 91-91.

Rekomendacje żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką paliatywną, A. Zmarzły, T. Dzierżanowski i in., „Medycyna Paliatywna” (10)2018, nr 3, ss. 95-114.

Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego, S. Kłęk, M. Brudnik-Szymoniuk, W. Cebulski i in., Krakowskie Wydawnictwo Scientifica, Kraków 2019.

Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego. Aneks, S, Kłęk (red.), Krakowskie Wydawnictwo Scientifica, Kraków 2020.

Wytyczne ESC 2021 dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej, F. Viseren, F. mach i in. (red.), „Kardiologia Polska (Polish Hear Journal)” (79)2021, suplement V.

Wytyczne postępowanie wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii, A. Kübler, J. Siewiera i in., „Anestezjologia Intensywna Terapia” (46) 2014, nr 4, ss. 229 – 234.

Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu – stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych. Część 1: chory umierający nieubezważniony, niebędący w stanie podejmować świadomych decyzji co do leczenia w sytuacji daremności medycznej stosowanej terapii, W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., „Medycyna Praktyczna”, 4(2023), ss. 121 – 140.

3.2 Opracowania

- Abernethy A. P., Shelby – James T., Fazekas B. S., Wood D., Currow D. C., *The Australia – modified Karnofsky Performance Status (AKPS) scale: a revised scale for contemporary palliative care clinical practice*, „BMC Palliative Care”, t. 4(2005), nr 7, tab. 1.
- Adamczyk A. *Wybrane problem neurologiczne w opiece paliatywnej* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, ss. 251-252
- Aleksandrowicz J. W., *Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
- Armenti V. T., Jarrell B. E., *Choroby przewodu pokarmowego*, tłum. W. Rowiński [w:] *Chirurgia*, B. E. Jarrell, R. A. Carabasi (red.), W. Rowiński (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław 2003, ss. 189-205.
- Armenti F. R., Edie R. N., *Przełyk*, tłum. W. Rowiński [w:] *Chirurgia*, B. E. Jarrell, R. A. Carabasi (red.), W. Rowiński (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław 2003, ss. 208-215.
- Baranowska B., *Zaburzenia odżywiania związane z zachowaniem*, [w:] *Interna Szczeklika 2018*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2018, ss. 2664-2679.
- Barcikowska M., *Otępienie* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2023, ss. 2319-2326.
- Barnett M. I., Pertkiewicz M., Cosslett A. G., Mühlebach S., Dudrick S. J., *Sporządzanie mieszanin przeznaczonych do żywienia pozajelitowego*, tłum. M. Ciszewska-Jędrasik [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), T. Korta, M. Łyszkowska (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, ss. 261-265.
- Bilikiewicz A., *Zaburzenia odżywiania się* [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, A. Bilikiewicz (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, ss. 383–389.
- Bodoky G., Kent-Smith L., *Powikłania żywienia drogą przewodu pokarmowego*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), T. Korta, M. Łyszkowska (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, ss. 227-231.
- Brzozowski T, Konturek S., *Fizjologia człowieka. Tom I. Fizjologia ogólna, krew i mięśnie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.

- Ceranowicz P., Gorczyca J., Skawina A., Walocha J., *Anatomia prawidłowa człowieka. Brzuch*, A. Skawina (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.
- Choroby wewnętrzne. Podręcznik multimedialny oparty na zasadach EBM*, A. Szczeklik (red.), Medycyna praktyczna, Kraków 2006.
- Daniel P., Małecka – Wojcieszko E., Szczepanek M., *Biegunka* [w:] *Interna Szczeklika 2022/23. Mały podręcznik*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2022, ss. 46-51.
- Dardai E., *Dostęp przez nos*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), T. Korta, M. Łyszkowska (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, ss. 204-207.
- Dardai E., *Pokarmy do popijania*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), T. Korta, M. Łyszkowska (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, ss. 204.
- Dąbrowski A., Marlicz K., *Dyspepsja* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2023, ss. 1040-1043.
- de Walden – Gałuszko K., *Filozofia postępowania w opiece paliatywnej* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, ss. 11-19.
- de Walden – Gałuszko K., *Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, ss. 164–194.
- de Walden – Gałuszko K., *Zasady komunikacji w opiece paliatywnej* [w:] *Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2010*, A. Szczeklik (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, ss. 2305-2306.
- Droszcz W., *Chemiczne zapalenie płuc* [w:] *Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki*, F. Kokot (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, ss. 252–253.
- Esser M., *Podstawy fizjologii w leczeniu chirurgicznym*, tłum. K. Ostrowski [w:] *Chirurgia*, B. E. Jarrell, R. A. Carabasi (red.), W. Rowiński (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław 2003, ss. 1-29.
- Fibak J., *Chirurgia. Repetytorium*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
- Franek E., Kokot F., *Zaburzenia gospodarki wapniowo - fosforowej* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2023, ss. 2617-2625.

- Gajewski P., Jaeschke R., *Filozofia EBM* [w:] *Podstawy EBM czyli medycyny opartej na danych naukowych dla lekarzy i studentów medycyny*, J. Brożek, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2008, ss. 25–32.
- Gorczyca J., Skawina A., Walocha J., *Anatomia prawidłowa człowieka. Klatka piersiowa*, A. Skawina (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
- Górecka D., Mejza F. i inni, *Leczenie tlenem*, [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2023, ss. 912-916.
- Howard J. P., *Podawanie żywienia dojelitowego przez zgłębnik*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), T. Korta, M. Łyszkowska (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, s. 214.
- Howard J. P., *Sprzęt stosowany w żywieniu dojelitowym*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), T. Korta, M. Łyszkowska (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, ss. 215-217.
- Howard J. P., *Wskazania i przeciwwskazania do żywienia drogą przewodu pokarmowego*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), T. Korta, M. Łyszkowska (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, ss. 201-203.
- Jankowski M., Szuldrzyński K., *Krótkotrwałe dożylnie znieczulenie ogólne* [w:] *Interna Szczeklika 2021/21. Mały podręcznik*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2022, ss. 1555-1557.
- Jankowski M., Szuldrzyński K., *Nakłuwanie i cewnikowanie naczyń krwionośnych* [w:] *Interna Szczeklika 2021/22. Mały podręcznik*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2011, ss. 1557-1561.
- Jankowski M., Szuldrzyński K., *Przygotowanie pola operacyjnego do drobnych zabiegów* [w:] *Interna Szczeklika 2021/21. Mały podręcznik*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2022, s. 1554.
- Jankowski M., Szuldrzyński K., *Wprowadzenie zgłębnika do żołądka* [w:] *Interna Szczeklika 2022/23. Mały podręcznik*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2022, ss. 1583-1584.
- Jankowski M., Szuldrzyński K., *Wstrzyknięcia leków i innych środków* [w:] *Interna Szczeklika 2021/22. Mały podręcznik*, P. Gajewski (red.), dz. cyt., Medycyna Praktyczna, Kraków 2021, ss. 1552-1553.

- Jankowski M, Szuldrzyński K., *Znieczulenie miejscowe nasiękowe* [w:] *Interna Szczeklika 2021/21. Mały podręcznik*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2022, s. 1555.
- Jarosz J., Hagmajer E., *Wyniszczenie nowotworowe – zespół kacheksja – anoreksja – astenia* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, ss. 113-132.
- Jasiński A., *Pokarmowy układ kręgowców* [w:] *Leksykon biologiczny*, Cz. Jura i H. Krzanowska (red.), Wydawnictwo Wiedza Powszechna, Warszawa 1992, ss. 525-526.
- Jonkers-Schuijtem C. F., *Diety stosowane w żywieniu jelitowym*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), T. Korta, M. Łyszkowska (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, ss. 217-220.
- Kłęk S., *Ocena stanu odżywienia* [w:] *Interna Szczeklika 2022*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2022, ss. 2725 – 2726.
- Kłęk S., Pertkiewicz M., *Niedożywienie* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2023, ss. 2727 -2728.
- Kłęk S., Pertkiewicz M., *Leczenie żywieniowe* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2023, ss. 2729 -2734.
- Kokot F., *Biegunka* [w:] *Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki*, F. Kokot (red.), Wydawnictwo Lekarskiej PZWL, Warszawa 2004, ss. 1461-1464.
- Kokot F., *Jadłowstręt psychiczny* [w:] *Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki*, F. Kokot (red.), Wydawnictwo Lekarskiej PZWL, Warszawa 2004, ss. 1327 – 1330.
- Kokot F., *Niedożywienie* [w:] *Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki*, F. Kokot (red.), Wydawnictwo Lekarskiej PZWL, Warszawa 2004, ss. 1323-1330.
- Kokot F., *Nudności i wymioty* [w:] *Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki*, F. Kokot (red.), Wydawnictwo Lekarskiej PZWL, Warszawa 2004, ss. 1458-1460.
- Kokot F., *Zaparcia* [w:] *Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki*, F. Kokot (red.), Wydawnictwo Lekarskiej PZWL, Warszawa 2004, ss. 1465-1466.
- Kokot F., *Zaburzenia gospodarki fosforanowej* [w:] *Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki*. F. Kokot (red.), Wydawnictwo Lekarskiej PZWL, Warszawa 2004, s. 1285-1290.
- Kokot F., *Zasady żywienia* [w:] *Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki*, F. Kokot (red.), Wydawnictwo Lekarskiej PZWL, Warszawa 2004, ss. 1312-1323.

- Konturek S., *Fizjologia człowieka. Tom IV. Neurofizjologia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998.
- Konturek S., *Fizjologia człowieka. Tom V. Układ trawienny i wydzielanie wewnętrzne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
- Kotlińska – Lemieszek A., Krzywda M., Kluziak M., *Opieka w okresie umierania* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2023, ss. 2719-2722.
- Kotynia J., Kocot-Kępska M., Małecka – Wojcieszko E., *Ból brzucha* [w:] *Interna Szczeklika 2022*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2022, ss. 936 – 941.
- Kotynia J., Małecka – Wojcieszko E., *Dysfagia i odynofagia* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2023, ss. 943-943.
- Makarewicz R., Terlikiewicz J., *Zaburzenia polykania*, „Polska Medycyna Paliatywna”, t. 2(2003), nr 1, ss. 31-38.
- Marek T., Nowakowska – Duława E., Marlicz K., *Endoskopia przewodu pokarmowego* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2023, ss. 991-1004.
- Meier R., Harsányi L., *Dostęp chirurgiczny – gastrostomia, mikrojejunostomia igłowa*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), T. Korta, M. Łyszkowska (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, ss. 211-214.
- Meier R., *Dostęp endoskopowy*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), T. Korta, M. Łyszkowska (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, ss. 207-211.
- Mokrowiecka A., Małecka – Wojcieszko E., *Nowotwory przełyku* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2023, ss. 1026-1028.
- Mokrowiecka A., Małecka – Wojcieszko E., Leppert W., Łuczak J., *Nudności i wymioty* [w:] *Interna Szczeklika 2022/23. Mały podręcznik*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2022, ss. 95–98.
- Mühlebach S., *Leki a mieszaniny odżywcze*, tłum. M. Ciszewska-Jędrasik, [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), T. Korta, M. Łyszkowska (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, ss. 270-276.
- Niewydolność serca*, A. Surdacki i inni [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2023, ss. 426-463.

- Nowakowska - Duława E., Gibiński K., *Choroby przełyku* [w:] *Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki*, F. Kokot (red.), Wydawnictwo Lekarskiej PZWL, Warszawa 2004, ss. 280-301.
- Nowakowski M., Ciećkiewicz J., *Niedrożność jelit* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2023, ss. 1307-1311.
- Nowobilski R., *Rehabilitacja w chorobach układu oddechowego* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2023, ss. 923-927.
- Pertkiewicz M., *Leczenie żywieniowe* [w:] *Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2010*, A. Szczeklik (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, ss. 1051-1056.
- Pertkiewicz M., Cosslett A. G., Mühlebach S., *Stabilność mieszanin przeznaczonych do żywienia pozajelitowego*, tłum. M. Ciszewska-Jędrasik, [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), T. Korta, M. Łyszkowska (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, ss. 266-270.
- Pertkiewicz M., Dudrick S. J., *Różne systemy żywienia pozajelitowego*, tłum. M. Ciszewska-Jędrasik [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), T. Korta, M. Łyszkowska (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, ss. 252-254.
- Pertkiewicz M., Dudrick S. J., *Żywienie pozajelitowe drogą żył centralnych*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), T. Korta, M. Łyszkowska (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, ss. 237-246.
- Pertkiewicz M., Dudrick S. J., *Żywienie pozajelitowe obwodowe*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), T. Korta, M. Łyszkowska (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, ss. 233-237.
- Pertkiewicz M., Sitges-Serra A., Dudrick S. J., *Powikłania związane z zakładaniem cewników centralnych i opieką nad nimi*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), T. Korta, M. Łyszkowska (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, ss. 246-252.
- Pertkiewicz M., Szczygieł B., Sobotka L., Dudrick S. J., *Skład mieszanin odżywczych i programy żywienia pozajelitowego*, tłum. M. Ciszewska-Jędrasik [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), T. Korta, M. Łyszkowska (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, ss. 255-261.
- Podstawy EBM*, P. Gajewski, R. Jaeschke (red.) [w:] *Choroby wewnętrzne*, A. Szczeklik (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2006, ss. 2317–2320.

- Podstawy epidemiologii*, R. Beaglehole, R. Bonita, T. Kjellström (red.), Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 2002.
- Prusiński A., *Neurologia praktyczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.
- Sacks G. S., Dearman K., Replogle W. H., Cora V. L., Meeks M., Canada T., *Use of Subjective Global Assessment to Identify Nutrition-Associated Complications and Death in Geriatric Long-Term Care Facility Residents*, „Journal of the American College of Nutrition”, 19(2000), nr 5, ss. 570–577.
- Sarnecka – Keller M., *Katabolizm* [w]: *Leksykon biologiczny*, Cz. Jura i H. Krzanowska (red.), Wydawnictwo Wiedza Powszechna, Warszawa 1992, s. 293.
- Sieradzki J., *Hipoglikemia polekowa* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2023, s. 1591.
- Skokowski J., *Wybrane paliatywne zabiegi chirurgiczne i endoskopowe* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, ss. 222-240.
- Sobotka L., *Zespół ponownego odżywienia (refeeding syndrome, szok pokarmowy)*, tłum. M. Brzezińska [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), T. Korta, M. Łyszkowska (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, ss. 290-292.
- Sobotka L., Camilo M. E., *Powikłania metaboliczne żywienia pozajelitowego*, tłum. M. Brzezińska [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), T. Korta, M. Łyszkowska (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, ss. 276-282.
- Spodaryk M., *Podstawy leczenia żywieniowego*, Krakowskie Wydawnictwo Scientifica, Kraków 2019.
- Stachowiak A., *Dyspepsja* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, ss. 90-93.
- Stachowiak A., *Niedrożność przewodu pokarmowego* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, ss. 93-99.
- Stokłowska S., *Sprężenie zwrotne* [w:] *Leksykon biologiczny*, Cz. Jura i H. Krzanowska (red.), Wydawnictwo Wiedza Powszechna, Warszawa 1992, s. 643.
- Stręk P., *Patofizjologia zaburzeń połykania u chorych w podeszłym wieku po operacjach częściowego usunięcia krtani z powodu raka o lokalizacji nagłośniowej*, „Polska Medycyna Paliatywna”, t. 4(2005), nr 4, ss. 156–161.

- Szczygieł B., *Leczenie żywieniowe chorych na nowotwory*, „Nowotwory. Journal of Oncology”, 57(2007), nr 1, ss. 1-8.
- Talar-Wojnarowska R., Małecka – Wojcieszko E., Eder P., Bartnik W., *Zaparcie* [w:] *Interna Szczeklika 2022/23. Mały podręcznik*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2022, ss. 122 - 126.
- Terlikiewicz J., *Dysfagia* [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, K. de Walden – Gałuszko (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, ss. 76-78.
- Thor T., *Podstawy patofizjologii człowieka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
- Tomczak Sz., Dadej A., Zielińska-Tomcza Ł., Jedlińska A., *Rys historyczny żywienia klinicznego*, *Farmacja Współczesna* 12(2019), ss. 162-167.
- Wawrzynowicz - Syczewska M., *Marskość wątroby* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red), Medycyna Praktyczna, Kraków 2023, ss. 1271-1285.
- Woyke S., *Ogólna charakterystyka procesu nowotworowego* [w:] *Podstawy patomorfologii. Podręcznik dla studentów medycyny*, J. Groniewski i S. Kruś (red.), Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1991, ss. 162-223.
- Wybrane zagadnienia onkologii klinicznej*, M. Krzkowski, W. M. Wysocki (red.) [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red), Medycyna Praktyczna, Kraków 2023, ss. 2333-2389.
- Zadák Z., Kent – Smith L., *Diety przemysłowe*, tłum. J. Sobocki [w:] *Podstawy żywienia klinicznego*, L. Sobotka i inni (red.), T. Korta, M. Łyszkowska (red. wyd. polskiego), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, ss. 220-227.
- Zaporska – Stachowiak I., Gorzelińska L., *Jadłowstręt, wyniszczenie i zmęczenie nowotworowe* [w:] *Interna Szczeklika 2023*, P. Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2022, ss. 2715 – 2718.

4. Literatura prawnicza

4.1 Źródła

Kodeks Etyki Lekarskiej, <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>
(dostęp 08.05.2023).

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, <https://www.prezydent.pl/prawo/konstytucja-rp>
(dostęp 24.04.2023).

Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego Sygnatura U 1/92 z dnia 7 października 1992 roku, Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego ZU 1992, poz. 38, <https://otkzu.trybunal.gov.pl/otk.xhtml?rok=1992&pozycja=38> (dostęp 09.05.2023).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000262> (dostęp 26.04.2023).

Uchwała Trybunału Konstytucyjnego Sygnatura W 16/92 z dnia 17 marca 1993 roku, Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego ZU 1993, poz. 16, <https://otkzu.trybunal.gov.pl/otk.xhtml?rok=1993&pozycja=16> (dostęp 09.05.2023).

Ustawy o działalności leczniczej, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000711> (dostęp 12.05.2023).

Ustawa i izbach lekarskich, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210001342> (dostęp 09.05.2023).

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000849> (dostęp 25.04.2023).

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210001285> (dostęp 14.05.2023).

Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19970280152> (dostęp 14.05.2023).

4.2 Opracowania

Bednarski P., *Realizacja prawa do godności pacjenta w stanie terminalnym [w:] Prawne aspekty medyczne dotyczące stanów terminalnych*, G. Gura, P. Bednarski (red.), Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2021, ss. 29-41.

Bosek L., *Charakter prawny i funkcje Kodeksu Etyki Lekarskiej [w:] Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), Wydawnictwo Arche, Sopot 2021, ss. 31-43.

- Bujny J., *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2007.
- Cnota Z., *Prawo pacjenta w stanie terminalnym do świadczeń zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień w kontekście prawa do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych* [w:] *Prawne aspekty medyczne dotyczące stanów terminalnych*, G. Gura, P. Bednarski (red.), Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2021, ss. 63-77.
- Dappa R., *Modlitwy w celu osiągnięcia uzdrowienia od Boga a sakrament namaszczenia chorych* [w:] *Prawne aspekty medyczne dotyczące stanów terminalnych*, G. Gura, P. Bednarski (red.), Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2021, ss. 133-143.
- Dąbek A., *Komentarz do artykułu 18* [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2022, ss. 656-664.
- Gliszczyńska M., Młot M., *Rodzaje opieki długoterminowej* [w:] *Opieka długoterminowa. Uwarunkowania medyczne i prawne*, E. Zielińska, B. Guzak, K. Syroka-Marczewska (red.), PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018, ss. 87-100.
- Grzesiewski P., *Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2021, ss. 609-648.
- Gura G., *Prawo pacjenta do umierania w spokoju i godności a uporczywa terapia* [w:] *Prawne aspekty medyczne dotyczące stanów terminalnych*, G. Gura, P. Bednarski (red.), Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2021, ss. 17-27.
- Guzak B., *Rola rodziny w opiece nad pacjentem objętym opieką długoterminową* [w:] *Opieka długoterminowa. Uwarunkowania medyczne i prawne*, E. Zielińska, B. Guzak, K. Syroka-Marczewska (red.), PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018, ss. 69-72.
- Iwański R., *Opieka długoterminowa nad osobami starszymi*, CeDeWu, Warszawa 2016
- Kapelańska – Pręgowska J., *European Court of Human Right (GC), case of Lambert and Others v. France, Judgment of 5 June 2015* [w] *Comparative Law Review* 2017, t. 21, ss. 157-175 (dostęp 11.11.2022).
- Karkowska D., Kmiecik B., *Prawo pacjenta do informacji* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2021, ss. 445-513.

- Karkowska D., *Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2021, ss. 232-444.
- Karkowska D., *Rozdział 1. Przepisy ogólne* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2021, ss. 33-231.
- Kmieciak B., *Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2021, ss. 772-791.
- Kolankiewicz K., *Komentarz do artykułu 12* [w:] *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), Wydawnictwo Arche, Sopot 2021, ss. 161-172.
- Kolankiewicz K., *Komentarz do artykułu 13* [w:] *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), Wydawnictwo Arche, Sopot 2021, ss. 172-181.
- Lazer J., Hudziak M i in., *Rozstrój zdrowia. Ile wynosi odszkodowanie za błąd medyczny?*, <https://bladlekarza.com/rozstroj-zdrowia/> (dostęp 15.05.2023).
- Malczewska M., *Komentarz do artykułu 31* [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2022, ss. 786-807.
- Malczewska M., *Komentarz do artykułu 32* [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2022, ss. 807-830.
- Malczewska M., *Komentarz do artykułu 36* [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2022, ss. 854-864.
- Malczewska M., *Komentarz do artykułu 43* [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2022, ss. 942-955.
- Młot M., *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry* [w:] *Opieka długoterminowa. Uwarunkowania medyczne i prawne*, E. Zielińska, B. Guzak, K. Syroka-Marczewska (red.), PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018, ss. 164-192.
- Nawrot O., *Komentarz do artykułu 2* [w:] *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), Wydawnictwo Arche, Sopot 2021, ss. 64-86.

- Nowak A., *Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, D. Karkowska (red.), Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2021, ss. 792-813.
- Pojęcie i rodzaje świadczenia zdrowotnego*, <https://legalekspert.pl/pojecie-i-rodzaje-swiadczenia-zdrowotnego> (dostęp 14.05.2023).
- Pudłowska K., *Prawo medyczne w pigułce*, Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2022.
- Siek B., *Rys historyczny* [w:] *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), Wydawnictwo Arche, Sopot 2021, ss. 19-29.
- Skrenty Ż., *Dylematy lekarzy intensywiści wobec terapii doremnej* [w:] *Prawne aspekty medyczne dotyczące stanów terminalnych*, G. Gura, P. Bednarski (red.), Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2021, ss. 119-132.
- Skrenty Ż., *Prawo pacjenta w stanie terminalny do informacji* [w:] *Prawne aspekty medyczne dotyczące stanów terminalnych*, G. Gura, P. Bednarski (red.), Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2021, ss. 43-61.
- Syroka – Marczevska K., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* [w:] *Opieka długoterminowa. Uwarunkowania medyczne i prawne*, E. Zielińska, B. Guzak, K. Syroka-Marczevska (red.), PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018, ss. 152-164.
- Szudejko P., *Komentarz do artykułu 30* [w:] *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), Wydawnictwo Arche, Sopot 2021, ss. 322-327.
- Szudejko P., *Komentarz do artykułu 31* [w:] *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), Wydawnictwo Arche, Sopot 2021, ss. 328-335.
- Szudejko P., *Komentarz do artykułu 32* [w:] *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), Wydawnictwo Arche, Sopot 2021, ss. 325-340.
- Vachev V., *Komentarz do artykułu 16* [w:] *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), Wydawnictwo Arche, Sopot 2021, ss. 232-242.
- Vachev V., *Komentarz do artykułu 17* [w:] *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), Wydawnictwo Arche, Sopot 2021, ss. 242-250.
- Vachev V., *Komentarz do artykułu 19* [w:] *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, O. Nawrot (red.), Wydawnictwo Arche, Sopot 2021, ss. 250-253.
- Wina umyślna i nieumyślna*, <https://pidipo.pl/baza-wiedzy/w/wina-umyslana-nieumyslana/> (dostęp 08.05.2023).

Wojtas P., *Przywilej terapeutyczny, czyli kiedy lekarz nie informuje pacjenta o stanie zdrowia?*, <https://praktycznemedyczne.pl/przywilej-terapeutyczny/> (dostęp 01.05.2023).

Zajdel – Całkowska J., *Prawo medyczne*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019.

Zielińska E., Namysłowska – Gabrysiak B., *Komentarz do artykułu 4 [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2022, ss. 91-119.

Zielińska E., Namysłowska – Gabrysiak B., *Komentarz do artykułu 4 [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, E. Zielińska (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2022, ss. 768-786.

5. Słowniki

Cambridge International Dictionary of English, Cambridge University Press, Cambridge 1995.

Lexicon Medicum Anglicum. Russicum. Gallicum. Germanicum. Latinum. Polonum, B. Złotnicki (red.), Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1971.

Oxford Wordpower. Słownik angielsko-polski z indeksem polsko-angielski, Oxford University Press, Oxford 2005.

Stanisławski J. Billip K., Chociłowska Z., *Podręczny słownik angielsko-polski. Tom I A – Misgiving*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1988.

Stanisławski J. Billip K., Chociłowska Z., *Podręczny słownik angielsko-polski. Tom II Misgiving - Zymotic*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1988.

Stanisławski J., Szerecha M., *Podręczny słownik polsko-angielski. Tom I A – Panewka*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1988.

Stanisławski J., Szerecha M., *Podręczny słownik polsko-angielski. Tom II Pani - Żyzny*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1988.