

Kraków, 26.09.2024

**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**

Pracując jako lekarz w Klinice Kardiologii Szpitala Wojskowego spotykam chorych wobec których zakończono już leczenie a rozpoczęto proces opieki. Są to terminalnie chorzy, wobec których zaprzestano już leczenia przyczynowego. Realizowana względem nich opieka zapewnia im komfort życia i pozwala godnie przeżyć śmierć. Jednakże pojawia się pytanie, czy w czasie stosowania opieki, niektóre z jej procedur, takie jak sztuczne odżywianie i nawadnianie, nie stają się w pewnym momencie uporczywą terapią. Zadaniem niniejszej pracy było znalezienie odpowiedzi, kiedy może to mieć miejsce.

Punktem wyjścia badań były dokumenty Kościoła. Ich analiza pozwoliła określić trzy sytuacje, w których procedury odżywiania stają się uporczywą terapią. Pierwszą z nich zbyt duże koszty, które musiałoby ponieść społeczeństwo – w pracy pominięta tę sytuację z uwagi na rozwój ekonomiczny Polski. Drugą stacją jest całkowita dysfunkcja przewodu pokarmowego. Wreszcie ostatnia to moment, gdy zastosowanie takich procedur wywoła u terminalnie chorego dodatkowego bólu lub cierpienia. Dalsza część pracy to poszukiwanie etycznych i medycznych wykładników dwóch ostatnich sytuacji.

Kolejny rozdział analizował etykę trzech przykładowych bioetyków. Dwie skrajne postawy prezentowane przez Davida Bleicha oraz Petra Singera zostały odrzucone jako sprzeczne z nauczaniem Kościoła. Jako etykę prezentującą stanowisko Kościoła przyjęto poglądu Edmunda D. Pellegrino. Jego głównym sukcesem jest rezygnacja z podziałów procedur medycznych na proporcjonalne/zwyczajne oraz nieproporcjonalne/nadzwyczajne na rzecz pojęcia daremności. Definiuje je poprzez kryterium skuteczności, korzyści i obciążeń. W ich określaniu bierze udział lekarz oraz pacjent.

Praktyczną próbą przełożenia etyki Edmunda D. Pellegrino, którą przedstawiam w kolejnym rozdziale, jest stanowisko Towarzystwa Internistów Polskich dotyczące terminalnie chorych umierających w szpitalu. W swoich wytycznych określają w szczegółach kroki, które należy podjąć, by określić, które procedury staną się terapią daremną. W procesie

tym uwzględniają nie tylko lekarza oraz pacjenta, ale także jego najbliższych, którzy w przypadku gdy sam zainteresowany jest niezdolny do wyrażenia swojej opinii, mogą przekazać jego zdanie wyrażone wcześniej. W kalkulacji jest oceniane nie tylko dobro medyczne, które może osiągnąć chory, ale także cele określone osobiście przez terminalnie chorego lub jego rodzinę. W kwalifikacji procedur pomaga przygotowany protokół odstąpienia od terapii daremnej. Podobny został opracowany wcześniej przez Polskie Towarzystwo Anestezjologiczne.

W tym samym rozdziale analizuję także stanowiska innych towarzystw medycznych wobec pacjentów niedożywionych, którzy wymagają konkretnych procedur odżywczych. Opisują oni konkretne etapy procesu, którego celem jest wyselekcjonowanie takiej grupy chorych. Towarzystwa te orzekają także, że w czasie agonii, takie procedury nie powinny być stosowane.

Rozdział czwarty to analiza dokumentów prawnych oraz *Kodeksu Etyki Lekarskiej*. Niestety wbrew utartym opiniom, że takie dokumenty zawierają szczegółowe opisy wytyczne, ich analiza nie pomogła określić, które procedury sztucznego odżywiania i nawadniania są terapią daremną wobec terminalnie chorych. Podkreślają jednak główną rolę lekarza jako specjalisty w swojej dziedzinie w kwalifikacji procedur medycznych oraz określaniu momentu, gdy dochodzi do całkowitej dysfunkcji przewodu pokarmowego lub określenia procedur, które przysporzą terminalnie choremu nadmiernego bólu lub cierpienia. Dlatego też kolejny rozdział podejmował tematy medyczne. Przede wszystkim opisywał patofizjologię przewodu pokarmowego, dzięki czemu było możliwe przybliżenie opisu momentu utraty funkcji przez przewód pokarmowy. Ponadto przybliżał techniczne aspekty stosowanych procedur sztucznego odżywiania, co umożliwiło ich podział na te, które należy stosować w każdym etapie opieki nad terminalnie chorym, oraz te od których można odstąpić.

Ostatni etap pracy to określenia obszarów wymagających dodatkowych opracowań. Jest to przede wszystkim opracowanie planów formacyjnych dla duszpasterstwa lekarzy czy podjęcie pracy nad dokumentami stającymi w obronie klauzuli sumienia.

S.J.B.