

Małgorzata Niemiec

Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

# Aspekty etyczne dotyczące końca życia

## Ethical aspects of the end of life

### Streszczenie

Opieka nad ciężko chorymi wymaga fachowego przygotowania, ale również wielkiej mądrości życiowej, poprzedzonej głęboką etyczno-moralną refleksją. W medycynie paliatywnej zainteresowanie zasadami etyki jest olbrzymie z powodu specyficznych problemów, które pojawiają się podczas opieki nad pacjentami u kresu życia. Ważne jest dbanie o podmiotowość chorego, jego godność, prawidłową komunikację, mówienie prawdy. W pojęciu poszanowania autonomii mieści się prawo pacjenta do podejmowania świadomych decyzji, informacji o rozpoznaniu, rokowaniu i leczeniu. Z etycznego punktu widzenia trudnym problemem jest pojęcie uporczywej terapii, której konsekwencją powinna być decyzja o rezygnacji z wszystkich nieskutecznych lub pozbawionych celowości działań, ponieważ przedłużają one umieranie i wiążą się z nadmiernym cierpieniem pacjenta. Dużym etycznym dylematem jest wykorzystywanie zasady podwójnego skutku, stosowanej w sedacji paliatywnej. Stanowi ona element terapii, a jej celem jest uśmierzenie cierpienia. Zasada czynienia dobra jest powiązana z problematyką wartości i jakości życia. Opieka paliatywna łączy w sobie aspekty wsparcia medycznego, psychologicznego, socjalnego i duchowego, zaś umieranie traktuje jako naturalny proces, akceptuje jego nieuchronność. Istotą działania jest dążenie do zapewnienia choremu najwyższej jakości ostatniego okresu życia. Walka ze śmiercią za wszelką cenę nie jest obowiązkiem lekarza. Personel opiekujący się ciężko chorymi często jest zobligowany do rozwiązywania wielu moralnych dylematów. Etyka w medycynie końca życia ma na celu podtrzymanie humanistycznego wymiaru sztuki lekarskiej.

*Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016; 10, 1: 1–7*

**Słowa kluczowe:** etyka, opieka paliatywna, autonomia pacjenta, mówienie prawdy, jakość życia, uporczywa terapia, sedacja paliatywna, afirmacja życia, umieranie

### Abstract

The care for seriously ill patients requires good professional training and life wisdom preceded by a deep moral-ethical reflection. Ethical rules are extremely important in palliative care because of specific problems which arise at the end of human life. Taking care of the subjectivity of the patient, his dignity, proper communication and telling the truth are essential elements of the palliative care. Respect for the autonomy includes the patient's right to take deliberate decisions, information of the diagnosis, prognosis and the treatment. From the ethical point of view, the term of futile therapy is a difficult problem. The consequence of identification of such therapy should be a decision to refrain from any ineffective or aimless procedures which prolong dying and may cause excessive suffering. A serious ethical dilemma is applying the principle of double consequence which is used in palliative sedation. It is an element of the therapy and its role is to palliate suffering. The principle of doing good is linked to issues of the value and comfort of life. The most important thing in palliative care is pursuance to assure the patient the highest quality of the terminal period. Palliative care respects life, therefore it links the aspects of medical psychological, social, and spiritual support. However, it treats dying as a natural process and accepts the inevitability of death. The fight against death at any price is not a doctor's duty. Medical staff that takes care of the seriously ill is often obliged to solve many moral dilemmas. The point of ethics in the medicine of the end of life is to maintain humanistic aspect of medical art.

*Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016; 10, 1: 1–7*

**Key words:** ethics, palliative care, patient's autonomy, telling the truth, quality of life, futile therapy, palliative sedation, life affirmation, dying

**Adres do korespondencji:** lek. Małgorzata Niemiec

Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu  
pl. Hirszfelda 12, 53–413 Wrocław

e-mail: [mniemiec@op.pl](mailto:mniemiec@op.pl)



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016; 10, 1, 1–7

Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

## Wstęp

Starannie pełniona opieka nad ciężko chorym wymaga nie tylko fachowego przygotowania, ale i dużej mądrości życiowej, poprzedzonej właściwą refleksją. Lekarze, którzy opiekują się pacjentami u kresu życia, często są zmuszeni do rozwiązywania wielu etycznych dylematów. W medycynie obowiązują cztery podstawowe zasady etyczne dotyczące opieki medycznej:

- szacunek dla autonomii pacjenta,
- zakaz szkodzenia,
- zasada czynienia dobra,
- poszanowanie zasady sprawiedliwości.

W medycynie kresu życia do tych zasad należy dodać:

- szacunek dla życia,
- akceptację nieuchronności śmierci [1].

## Autonomia pacjenta

Jedną z zasad etycznych w medycynie jest poszanowanie autonomii chorego. Autonomia to zdolność do podejmowania kompetentnych, racjonalnych decyzji bez zewnętrznego przymusu. Chory musi być zdolny do porównania proponowanych opcji leczenia, a także do zrozumienia przekazywanych mu informacji, do oceny problemów i konsekwencji podjętych decyzji [2]. Kompetentny pacjent może zgłaszać żądania na każdym etapie choroby i może odmówić leczenia w każdej jego fazie. Może również nie wyrazić zgody na terapię ratującą i podtrzymującą życie [3]. Jednak autonomia pacjenta rozumiana jako moralna odpowiedzialność za jego decyzje i wybory, powinna być ograniczona autonomią lekarza, który kieruje postępowaniem terapeutycznym zgodnie z zasadami zawodowego etosu. W pojęciu poszanowania autonomii mieści się prawo pacjenta do informacji o rozpoznaniu, rokowaniu i leczeniu. Mają miejsce przypadki, w których lekarz ogranicza informacje o stanie zdrowia i rokowaniu, powołując się na przywilej terapeutyczny, o którym jest mowa zarówno w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (art. 31 ust. 4), jak i w art. 17 Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL) [3]. Korzystając z tego przywileju lekarz może nie mówić pacjentowi o złym rokowaniu, pod warunkiem, iż jest głęboko przekonany o tym, że zatajenie tych informacji ma na celu dobro pacjenta, a ich ujawnienie może przyczynić się do istotnego pogorszenia jego stanu fizycznego lub psychicznego. W żadnym przypadku lekarz nie może chorego okłamywać.

W pojęciu poszanowania autonomii mieści się wyrażenie przez pacjenta świadomej zgody na objęcie opieką, badanie oraz leczenie. Etyka katolicka opierająca się na prawie naturalnym również obdarza pacjenta przywilejem podejmowania świadomych de-

cyzji, które lekarz powinien uznawać z szacunkiem [4]. W sytuacji, kiedy pacjent nie jest w stanie wyrazić zgody na leczenie, etycznym obowiązkiem lekarza jest zastosowanie terapii najbardziej optymalnej dla chorego [1]. Na oddziale intensywnej terapii (OIT) większość pacjentów jest nieprzytomna na skutek urazów lub uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego (OUN) lub poddawana jest stałej sedacji, w wyniku czego są pozbawieni możliwości świadomego wyrażania własnej woli. Podczas czynności wykonywanych na OIT kluczowe decyzje dotyczące życia i śmierci pacjenta zależą od lekarzy. Na nich ciąży obowiązek doboru odpowiednich celów i metod leczenia.

Formę egzekwowania zasady autonomii pacjenta stanowi dyrektywa na przyszłość czyli oświadczenie woli *pro futuro*. Są one spisywane przez pacjentów kompetentnych na wypadek utraty zdolności podejmowania decyzji. Wyróżnia się trzy rodzaje dyrektywy na przyszłość:

1. testament życia — prawo człowieka do braku zgody na leczenie lub podtrzymywanie życia w stanie nierokującym żadnych możliwości wyleczenia,
2. stałe pełnomocnictwo dla osoby bliskiej lub adwokata do podejmowania decyzji w przedmiocie dotyczącym postępowania medycznego,
3. opis uznawanych wartości [3].

W polskim prawie brakuje przepisów dostatecznie odnoszących się do możliwości złożenia oświadczenia *pro futuro*. Ustawodawca stworzył lukę poprzez brak ratyfikacji przez Polskę Europejskiej Konwencji Bioetycznej. Zgodnie z art. 9 Europejskiej Konwencji Bioetycznej „należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia osoby zainteresowanej co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzenia nie jest ona w stanie wyrazić swej woli”.

W wyniku podjętych w 2009 roku prac powstał projekt ustawy, między innymi o Polskiej Radzie Bioetycznej, zgodnie z którą pacjent mógłby wyrażać sprzeciw *pro futuro* na wypadek utraty zdolności do świadomego i dobrowolnego decydowania o sobie samym [6].

Kolejną formą dyrektywy na przyszłość jest deklaracja DNAR (*do not attempt resuscitation*), oznaczająca brak zgody na resuscytację w ściśle określonych przypadkach po zatrzymaniu krążenia. Terminów reanimacja i resuscytacja na ogół używa się zamiennie jako równorzędnych określeń zabiegów ratunkowych, które mają na celu przywrócenie funkcji życiowych. Jeśli w wyniku zabiegów ratowniczych uda się przywrócić krążenie, oddychanie i funkcję ośrodkowego układu nerwowego wraz ze świadomością, pacjent został zreanimowany. Przywrócenie podstawowych funkcji życiowych, krążenia krwi lub krążenia i oddychania, bez powrotu świadomości nazywamy resuscytacją [7]. Dokumenty DNAR mogą mieć formę dyrektywy

o niepodejmowaniu resuscytacji, sporządzonej przez kompetentnego pacjenta albo przedstawiciela chorego niekompetentnego lub polecenia niepodejmowania resuscytacji, które wystawia lekarz [8]. Protokół DNAR nakreśla plan stosowanej procedury i obejmuje wcześniejszą identyfikację osób, u których nie powinno się wdrażać czynności ratowniczych, formalny sposób dokumentowania takiej decyzji oraz formę jej przekazywania personelowi medycznemu [9]. Decyzję o rozpoczęciu lub zaniechaniu resuscytacji podejmuje często lekarz dyżurny, którego wiedza o chorym jest zwykle ograniczona. Rola pacjenta jest marginalna, a sama decyzja ma zazwyczaj charakter nieformalnego ustnego przekazu. Resuscytacja okazuje się nieskuteczna w 70–98% przypadków, w których śmierć jest nieuchronna [10]. Dylematem moralnym dla lekarza są sytuacje, w których nie powinno podejmować się akcji reanimacyjnej. Stwierdzenie, że pacjent jest w stanie terminalnym może być przez lekarzy różnie rozumiane. Dlatego ważne jest bazowanie na danych klinicznych, a nie na emocjach. Resuscytacja staje się leczeniem daremnym, kiedy jej podjęcie nie przyniesie korzyści w aspekcie przedłużenia życia o zadowalającą jakość [4]. W przypadku nieuleczalnie chorych procedury resuscytacyjne uniemożliwiają godną i spokojną śmierć. Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 32 stanowi, że w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia resuscytacji. Etyka katolicka również akceptuje takie stanowisko [4].

W Polsce protokół DNAR jest stosowany zaledwie w kilku szpitalach, ponieważ nie istnieją regulacje prawne dotyczące tego problemu. W większości placówek medycznych dominuje archaiczny i mocno kontrowersyjny sposób podejmowania decyzji o resuscytacji. Jedną z najważniejszych decyzji klinicznych często zapada jednoosobowo, w ostatniej chwili. Zdarzają się sytuacje, kiedy lekarz nie posiada informacji o chorobie, która doprowadziła do zatrzymania krążenia. Obowiązuje wtedy zasada „najpierw ratować, pytania zadawać w trakcie” [4]. Kiedy lekarz zorientuje się, że brakuje wskazań do wykonywania czynności ratowniczych powinien, zgodnie z art. 32 KEL, odstąpić od prowadzenia akcji resuscytacyjnej. Moralnym obowiązkiem każdego lekarza jest znajomość zasad postępowania resuscytacyjnego i szkolenie się w ich praktycznym przeprowadzaniu.

### *Primum non nocere*

Poszanowanie zasady „po pierwsze nie szkodzić” w medycynie końca życia łączy się z pojęciem uporczywej terapii. Decyzje o ograniczaniu leczenia mogą być różnie nazywane. W środowisku specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii funkcjonuje poję-

cie „terapii daremnej”, które powinno być uznane za obowiązujące na OIT, ponieważ precyzyjniej ujmuje ten problem. Określa podtrzymywanie czynności narządów nieprzynoszące korzyści dla pacjenta [11]. Procedury, które nie dają szans na wyleczenie i przeżycie należą do świadczeń daremnych.

Według konsensusu Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia uporczywą terapią nazywamy stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłużają jego umieranie i wiążą się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności. Należy przy tym pamiętać, że uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych dokuczliwych objawów oraz karmienia i nawadniania, jeśli przynoszą pacjentowi pożytek [12]. Zasadniczy problem polega na tym, że wiele osób postrzega decyzję o zaprzestaniu uporczywej terapii jako eutanazję bierną. Artykuł 32 pkt 1 KEL stanowi, że w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia uporczywej terapii oraz stosowania środków nadzwyczajnych.

Eutanazją bierną określamy nieuzasadnione medycznie zaprzestanie leczenia w celu przyspieszenia zgonu, motywowane współczuciem dla cierpiącego [13]. Głównym czynnikiem różnicującym oba pojęcia jest intencja lekarza związana z jego wiedzą medyczną i moralnością. Istnieje radykalna różnica między „zadaniem śmierci” i „zgodzeniem się na śmierć” [9]. Z uporczywością terapeutyczną związana jest zasada stosowania proporcjonalnych (zwyczajnych) i nieproporcjonalnych (nadzwyczajnych) metod leczniczych. Uporczywa terapia zgodnie z tą zasadą polega na utrzymywaniu przy życiu nieuleczalnie chorego przy pomocy nieproporcjonalnych środków terapeutycznych, nie zważając na godność pacjenta, wbrew jego interesom i przekonaniom.

Trudnym zadaniem dla lekarza jest należyte zdefiniowanie wskazań do intensywnej terapii, aby nie nadużywać procedur uciążliwych dla pacjenta. Lekarz sam musi podjąć w danym przypadku decyzję o niestosowaniu daremnej terapii. Odstąpienie od takich działań przy braku dla nich wskazań medycznych nie jest eutanazją [14].

Odpowiedzialność lekarza za decyzje dotyczące końca życia pacjenta nieprzytomnego ma wymiar zawodowy, moralny i karny. O ograniczeniu daremnej terapii powinno decydować przynajmniej dwóch specjalistów, ponieważ władza sądowa w Polsce nie jest dostosowana do realiów oddziałów leczących chorych u kresu życia [5]. Przed podjęciem takiej decyzji należy porozmawiać z pacjentem lub z jego przedstawicielem. Zgoda bliskich nie jest wymagana, jednak normy etyczne wskazują, aby poinformować przedstawicieli

chorego i uzgodnić dalsze postępowanie. Ograniczając terapię daremną z warunków intensywnej terapii zmienia się cel leczenia na paliatywny.

Uznanie terapii za daremną jest decyzją medyczną, która składa się z nakazu lekarskiego, obejmującego wiedzę lekarza i system jego wartości oraz nakazu etycznego, czyli znajomości przekonań moralnych i religijnych pacjenta [3]. Decyzje dotyczące odstąpienia od leczenia pacjenta w stanie terminalnym należą do najtrudniejszych w praktyce lekarskiej: „Lekarz ma moralny i prawny obowiązek niepodejmowania i prowadzenia terapii medycznie daremnej. Decyzja o niepodejmowaniu i zaprzestaniu terapii należy do lekarza i wynika z oceny szans leczniczych procedury” [3].

Konsekwencją rozpoznania terapii daremnej powinna być decyzja o rezygnacji z wszystkich działań, które są nieskuteczne lub pozbawione celowości. Ograniczenie leczenia może przybierać formę niepodjęcia, czyli niewdrażania nowej metody lub niezwiększenia intensywności metody już stosowanej albo formę odstąpienia od stosowania określonej metody leczenia [5]. Od strony etycznej niepodjęcie wykonania procedury medycznej i odstąpienie od jej wykonania są działaniami równoważnymi. Z lekarskiego punktu widzenia łatwiejszą decyzją jest niepodjęcie leczenia niż odstąpienie od stosowanej terapii [15]. Koszt terapii nigdy nie może być czynnikiem klasyfikującym terapię jako daremną [3].

*Primum non nocere* odnosi się również do zasady podwójnego skutku, która jest moralnie usprawiedliwiona pod warunkiem, że intencją jest wywołanie jedynie dobrego skutku, natomiast zły, choć jest brany pod uwagę, nie jest zamierzony [3]. W medycynie paliatywnej jest ona wykorzystywana podczas stosowania sedacji paliatywnej, zwanej również terminalną. Sedacja jest procedurą medyczną powszechnie wykorzystywaną w anestezjologii i intensywnej terapii przy zabiegach diagnostycznych i leczniczych wywołujących lęk i ból. U pacjentów z objawami trudnymi do opanowania, takimi jak ból, duszność czy lęk lekarz z pewnością zetknie się z koniecznością zastosowania sedacji paliatywnej w trosce o odpowiednią jakość życia chorego. Przy wykonywaniu tej procedury lek nasenny należy miareczkować, żeby podać jego optymalną dawkę, która zmniejszy dolegliwości fizyczne i cierpienie, ale nie spowoduje dokuczliwych objawów ubocznych.

Sedację paliatywną powinno się stosować jako leczenie ostatniego rzutu. Taką procedurę należy uzgodnić z chorym lub z jego przedstawicielem. Trudnym zagadaniem jest rozmowa z chorym i jego bliskimi o ewentualnych następstwach zastosowania sedacji paliatywnej. Lekarze często pomijają słowo „sedacja”, aby uniknąć nieporozumień, a sedację paliatywną

opisują jako aplikowanie leku wywołującego sen [16]. Przy wykonywaniu sedacji w opiece paliatywnej powinno się mieć na uwadze wskazania medyczne. Należy ją dokładnie monitorować i dokumentować jej efekty. Bardzo istotna jest też refleksja dotycząca kwestii etycznych i prawnych. Z etycznego punktu widzenia sedacja nie może być stawiana na równi z eutanazją, ponieważ jest elementem terapii, która chroni pacjenta przed dolegliwościami trudnymi do zniesienia. W leczeniu ciężko chorych terapia i opieka opierają się na zaufaniu jakim pacjent i jego rodzina darzą lekarza, ale niestety zdarzają się przypadki nieetycznego wykorzystanie tej procedury do przyspieszenia śmierci.

Każdy ośrodek medycyny paliatywnej powinien posiadać opisaną procedurę stosowania sedacji terminalnej, aby nie narazić się na posądzenie o stosowanie powolnej eutanazji.

## Czynienie dobra

W opiece paliatywnej zasada ta jest powiązana z problematyką wartości i jakości życia [2]. Wartość życia to godność, nienaruszalność i „świętość życia”, którą można opisać jako samoistną wewnętrzną wartość przysługującą życiu samemu w sobie. Życie ludzkie cechuje się celowością i stanowi bazę dla innych wartości człowieka, zarówno materialnych jak i duchowych [8]. Zasada wartości życia jest niezależna od biologicznego, psychicznego, społecznego i ekonomicznego statusu chorego człowieka.

Jakość życia człowieka zawsze jest wartością subiektywną i w dużym stopniu zależy od cech osobowości, stanu psychicznego, systemu wartości, upodobań. Postęp w naukach medycznych i metodach leczenia spowodował wzrost zainteresowania problematyką jakości życia, ponieważ zadowalające leczenie nie zawsze przekłada się na podwyższenie jego jakości [17]. Problem uściślenia definicji jakości życia w medycynie doprowadził do powstania pojęcia „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia” (HRQL, *health-related quality of life*), definiowanego jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany przez pacjenta [18]. Wprowadzenie koncepcji jakości życia do procesu leczniczego przeobraziło spojrzenie na chorego. Zaczęto troszczyć się nie tylko o przedłużenie życia w sensie biologicznym, ale również by było ono jak najbardziej niezależne, aktywne i satysfakcjonujące [17]. Oceniając jakość życia bierze się pod uwagę: objawy fizyczne, stan emocjonalny, aspekty socjalne, duchowość, seksualność, zagadnienia związane z religią. Główną rolę w ocenie jakości życia pełni sam pacjent. Lekarz na podstawie swojego doświadczenia i w oparciu o dane o stanie zdrowia pacjenta może tylko ogólnie

określić potencjalne korzyści w zakresie przeżycia i możliwości działania ubocznego proponowanego leczenia [4]. W opiece nad ludźmi w terminalnej fazie choroby jakość życia jest definiowana jako różnica pomiędzy indywidualnymi oczekiwaniami chorego a rzeczywistością w jakiej się znajduje [19].

Dla lekarza pracującego z chorymi u kresu życia problem w jakim stopniu należy przedłużać życie kosztem jego jakości stanowi istotną kwestię etyczną. Na podstawie art. 30 KEL lekarz zobowiązany jest do utrzymania jakości kończącego się życia w miarę możliwości.

## Praworządność w prowadzonej opiece

Zasada sprawiedliwości wskazuje na obowiązek sprawiedliwego i równomiernego rozlokowania ograniczonego potencjału leczniczego. Zgodnie z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej każdy potrzebujący powinien mieć zapewniony dostęp do opieki. W podejmowaniu decyzji o podziale świadczeń zdrowotnych powinna obowiązywać uczciwość i równość. W Polsce opieka paliatywna dla pacjentów ze schorzeniami nienowotworowymi jest nie wystarczająca [20]. Dostępność do stanowisk intensywnej terapii dla pacjentów, którzy mogliby osiągnąć niewątpliwą korzyść z takiego leczenia, jest również bardzo ograniczona.

## Etyczne wartości opieki paliatywnej

**Opieka paliatywna szanuje życie.** Jej istotą jest dążenie do zapewnienia choremu najwyższej jakości ostatniego okresu życia. W swoich działaniach terapeutycznych nie wolno redukować osoby ludzkiej do prostego biologicznego bytu [21]. Dlatego opieka paliatywna stanowi całościowy, wielowymiarowy, czynny nadzór nad pacjentem, u którego choroba zasadnicza nie poddaje się leczeniu przyczynowemu. Opieka nad cierpiącym u kresu życia łączy w sobie aspekty wsparcia medycznego, psychologicznego, socjalnego i duchowego. Jej zadaniem jest również przygotowanie chorego do pełnego pogodzenia się z własną śmiercią.

Opieka paliatywna nie sprowadza się wyłącznie do opieki sformalizowanej. Stanowi raczej filozofię opieki, którą można wykonywać we wszystkich miejscach pobytu chorego [21].

Z afirmacją życia chorego łączy się obowiązek poszanowania jego godności na każdym etapie życia. Zgodnie z KEL oznacza to w praktyce, że lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności (art. 12) oraz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej, również po śmierci (art. 23).

Jednym z największych w medycynie paliatywnej wyzwań etyczno-moralnych jest szczerłość wobec umierającego i jego bliskich. Niechęć do rzetelnej rozmowy z pacjentem na temat jego choroby wynika najczęściej z uwarunkowań kulturowych i ze strachu przed własną śmiercią. Lekarz pracujący z ciężko chorymi powinien odpowiedzieć sobie na pytanie jakie on sam prezentuje stanowisko w sprawie śmierci, umierania i własnej śmiertelności.

Podstawowym obowiązkiem lekarza jest wysłuchanie pacjenta i jego bliskich. Kiedy choroba postępuje, medycyna nie zapewnia wyzdrowienia, między lekarzem a pacjentem i jego rodziną mają miejsce „trudne rozmowy”. Idealnym modelem, chociaż niełatwym do osiągnięcia dla osób opiekujących się chorym, jest sugerowanie prawdy bez odbierania nadziei. Przecież nadzieję na to, że jutro będzie mniej bolało, apetyt będzie lepszy, a sen spokojniejszy należy mieć zawsze. Informacje, które otrzymuje chory powinny dawać ukojenie, minimalizować lęk, zapewniać o tym, że wszystko zostanie uczynione, żeby mógł godnie żyć do końca [22]. Zawsze trzeba pamiętać, że prawda jest jak lekarstwo, które należy dawkować w zależności od indywidualnych potrzeb i wrażliwości pacjenta [23]. Nieuleczalnie chorzy przeważnie chcą znać prawdę o swoim stanie, chcą móc o swojej sytuacji rozmawiać, obawiają się izolacji, samotności, odrzucenia. Według Cicely Saunders trzy główne prośby terminalnie chorych to: pomóż mi, wysłuchaj mnie, nie opuszczaj mnie [24].

Komunikowanie się jest delikatną siecią interakcji między pacjentem, jego bliskimi i opiekującym się zespołem, to umiejętność, której można i trzeba się uczyć. Dobre porozumiewanie się z pacjentem i jego rodziną jest ciągle niedocenianym elementem postępowania leczniczego. Skuteczna kontrola objawów jest niemożliwa bez skutecznej komunikacji, której celem jest zrozumienie cierpiącego i opanowanie problemów takich jak: ból fizyczny, duszność, lęk, niepewność i osamotnienie. Na podstawie art. 30 KEL lekarz winien do końca łagodzić cierpienie chorych w stanach terminalnych. Umiejętność leczenia bólu jest wyzwaniem i obowiązkiem każdego lekarza. Postępowaniem nieetycznym jest niestosowanie skutecznych, zgodnych z aktualnym stanem wiedzy metod leczenia bólu, jak również niepogłębianie swojej wiedzy na temat sposobów jego zwalczania. Nadmierne obawy przed ryzykiem związanym ze stosowaniem leków opioidowych uniemożliwiają wykorzystanie ich potencjału w leczeniu przeciwbólowym. Opioidofobia może występować wśród pacjentów, ale również może dotyczyć środowiska lekarskiego.

Uwolnienie od bólu i innych trudnych do zniesienia objawów jest imperatywem moralnym i medycznym



wobec umierającego pacjenta. U chorych na nowotwory cierpienie opisywane jest jako ból wszechogarniający, dotyczący sfery somatycznej, psychicznej, socjalnej i duchowej. W ostatnim okresie życia u wszystkich chorych występuje szereg dolegliwości, którym towarzyszą przykre odczucia psychiczne oraz ból duchowy i egzystencjalny. Wielowymiarowość cierpienia chorego zbliżającego się do końca życia ma zasadnicze znaczenie podczas podejmowania decyzji medycznych oraz właściwego reagowania na życzenia chorego odnośnie sposobu postępowania [25].

Opieka paliatywna traktuje umieranie jak naturalny proces, **akceptuje nieuchronność śmierci**. Walka ze śmiercią za wszelką cenę nie jest obowiązkiem lekarza, zwłaszcza w obliczu pewnej śmierci. Jednak należy mieć na uwadze, że pomimo otrzymanego wsparcia, chory może nigdy nie pogodzić się z nieuchronnością swojej śmierci [23].

Okres terminalny łączy się z nasilonymi objawami cierpienia fizycznego takimi jak: ból, nudności i wymioty, duszność, kaszel, świąd, zmiany skórne. Jest również powodem emocjonalnych cierpień związanych ze strachem, lękiem, poczuciem winy, bezradnością, przygnębieniem, depresją czy poczuciem samotności.

Cierpienie towarzyszy całemu życiu i daje możliwość uporządkowania jego wartości [4]. W cierpieniu człowiek „**odnajduje siebie, swoje człowieczeństwo, swoją godność**” [26]. Uciążliwe cierpienie i proces umierania wiążą się z samotnością. Ważnym aspektem etycznym jest umieranie w samotności [3]. W tym przypadku oznaką troski o chorego jest obecność przy nim i współtowarzyszenie mu w umieraniu.

W świetle art.19 KEL chory w trakcie leczenia ma prawo do kontaktów z duchownym. Dla katolików ważna jest posługa sakramentalna z namaszczeniem chorych. Personel medyczny powinien być uświadomiony, jakie są potrzeby duchowe i religijne pacjentów, aby w czasie stosowanych praktyk i wykonywanych przy chorym czynnościach nie naruszać norm religijnych [27].

Opieka paliatywna oferuje również rodzinom system wsparcia w zmierzeniu się z realiami choroby, a po śmierci pacjenta w przeżyciu żałoby i osierocenia.

Według ks. prof. Tadeusza Biesagi [28] współczesna medycyna angażując się w walkę ze śmiercią zbyt często traktuje ją jak swego największego wroga i nie może zaakceptować, że jest ona czymś naturalnym. Wyeliminowanie śmierci ma charakter utopijny, który znieszczała działalność medyczną [28].

## Podsumowanie

Z punktu widzenia etyki życie nie jest absolutnym dobrem, a śmierć absolutnym złem. Dlatego przy-

szłość medycyny paliatywnej to zapewnienie chorym prawdziwie holistycznej opieki. Etyka w medycynie końca życia ma na celu podtrzymanie humanistycznego wymiaru sztuki lekarskiej, który jest skoncentrowany na cierpiącym pacjencie. Zaś dalszy rozwój opieki paliatywnej w aspekcie medycznym i etycznym stanowi nadzieję na powrót do właściwej postawy wobec śmierci i umierania. Wyznacza również sposób aktywnego przeciwstawienia się próśbom i próbom eutanazji.

## Piśmiennictwo

1. Twycross R. Pozwolić odejść. Med. Pal. Prakt. 2009; 3: 161–165.
2. De Walden-Gałuszko K., Pawłowski L. Problemy etyczne w opiece paliatywnej. W: De Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.). Medycyna paliatywna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
3. Szewczyk K. Bioetyka. Medycyna na granicach życia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
4. Muszała A. (red.) Encyklopedia bioetyki. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2009.
5. Siewiera J., Kubler A. Terapia darenna dla lekarzy i prawników. Edra Urban & Partner, Wrocław 2015.
6. [www.prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=1025](http://www.prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=1025) (dostęp: 16.02.2016 r.).
7. Kamiński B. (red.) Anestezjologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1981.
8. Morończyk D. Do not resuscitate, czyli kiedy można odstąpić od reanimacji? Wydawnictwo św. Stanisława, Kraków 2011.
9. Grupa ekspertów Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla Lekarzy. Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Warszawa 2011.
10. Lippert F. K., Raffay V., Georgios M., Steen P. A., Bossaert L. Etyka resuscytacji oraz problemy końca życia. Wytyczne resuscytacji 2010. [www.prc.krakow.pl/2010/10.pdf](http://www.prc.krakow.pl/2010/10.pdf) (dostęp: 16.02.2016 r.).
11. Kübler A., Siewiera J., Durek G., Kusza K., Piechota M., Szulmowski Z. Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii darennej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składowania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii. Anaesthesiol. Intensive. Ther. 2014; 46: 215–220.
12. Bołoz W., Krajnik M. oraz członkowie Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. Definicja uporczywej terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2008; 2: 77.
13. Brzeziński T. Etyka lekarska. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
14. Szeroczyńska M. Odstąpienie od uporczywej terapii — *de lege lata* i *de lege ferenda*. Medycyna Paliatywna 2013; 5: 31–40.
15. Kübler A., Chęciński I. (red.) Dylematy medyczne i prawne. Intensywna terapia bezpieczna dla lekarza i pacjenta. Dolnośląska Izba Lekarska. Wrocławskie Wydawnictwo Naukowe Atla2, Wrocław 2013.
16. Stachowiak A., Mrówczyńska E. Sedacja w opiece paliatywnej — nadzieje i zagrożenia. Medycyna Paliatywna 2011; 1: 1–10.
17. Forycka M., Leppert W. Ocena jakości życia chorych i jakości opieki paliatywnej. W: De Walden-Gałuszko K.,

- Ciałkowska-Rysz A. (red.). *Medycyna paliatywna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
18. De Walden-Gałuszko K., Majkowski M. *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
  19. De Walden-Gałuszko K. *U kresu: opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*. Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 1996.
  20. Ciałkowska-Rysz A., *Organizacja opieki paliatywnej*. W: De Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.). *Medycyna Paliatywna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
  21. *Wytyczne (Rekomendacje) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej*. Rada Europy 12 listopada 2003 [www.hospicjum-palium.pl/nowy/public/wydarzenia10/czytelnia5.pdf](http://www.hospicjum-palium.pl/nowy/public/wydarzenia10/czytelnia5.pdf) (dostęp: 16.02.2016 r.).
  22. Górecki M. *Hospicjum w służbie umierającym*. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2000.
  23. De Walden-Gałuszko K. *Zasady komunikacji w opiece paliatywnej*. W: Szczeklik A. (red.). *Choroby wewnętrzne. Medycyna Praktyczna*, Kraków 2006.
  24. Orońska A. *Rozmowa z nieuleczalnie chorym*. W: Barański J., Waszyński E., Steciwko A. (red.) *Komunikowanie się lekarza z pacjentem* Wydawnictwo ASTRUM, Wrocław 2000
  25. Sinkiewicz W., Krajnik M., Grabowski R. (red.). *Dylematy etyczne końca życia — problem uporczywej terapii*. Bydgoska Izba Lekarska, Bydgoszcz 2013.
  26. Bartoszek A. *Człowiek w obliczu śmierci i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*. Księgarnia św. Jacka, Katowice 2000.
  27. Orońska A. *Godność człowieka umierającego w różnych religiach świata*. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2009; 3: 82–85.
  28. Biesaga T. *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*. *Medycyna Praktyczna*, 2004; 5: 20–25.
  29. *Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty*.
  30. *Kodeks Etyki Lekarskiej*.