

PRÓBA OCENY SYTUACJI GRANICZNYCH ZWIĄZANYCH Z CHOROBA I UMIERANIEM



BOGNA WACH

Podstawowym problemem poruszonym w artykule jest pytanie: czy w każdych okolicznościach należy podtrzymywać i przedłużać życie za pomocą wszelkich dostępnych środków, które oferuje nowoczesna medycyna? Trzeba zdać sobie sprawę, że dzięki jej postępowi żyjemy znacznie dłużej niż jeszcze pół wieku wcześniej. Z jednej strony można ratować i przedłużać życie, zaś z drugiej – nowoczesne technologie mogą przynieść przedłużenie procesu umierania.

Rozważając kwestię zasadniczą, należy pamiętać, że postęp medycyny powoduje pojawienie się nowego typu decyzji związanych z zaprzestaniem bądź niepodejmowaniem terapii. To wiąże się ze skróceniem życia pacjenta i może być uznane za formę eutanazji, a tym samym – za naruszenie zakazu zabijania. W jakich zatem sytuacjach dozwolone jest niepodejmowanie leczenia lub rezygnacja z rozpoczętej terapii? Czy jest to zabójstwo, czy też pozwolenie, by osoba chora umarła w sposób naturalny? Jak na przykład ocenić odłączenie respiratora czy nierozpoczęcie leczenia antybiotykami przy infekcjach układu oddechowego u osób przewlekle chorych – czy sytuacje te są tożsame z eutanazją lub wspomaganym samobójstwem?

Należy pamiętać, że rozróżnienie pomiędzy „zabić”, czyli dokonać eutanazji, a „pozwolić umrzeć” odgrywa bardzo dużą rolę w debacie o umieraniu i nurtuje przedstawicieli różnych wyznań, lekarzy, etyków, pacjentów i ich rodziny oraz staje się przedmiotem ustawodawstwa i orzecznictwa sądowego.

Zwolennicy legalizacji eutanazji i wspomaganego samobójstwa podkreślają, że przeprowadzenie granicy pomiędzy „zabić” a „pozwolić umrzeć” nie ma znaczenia. Czym bowiem jest odłączenie respiratora, jak nie eutanazją bierną? Według nich ten, kto nie podaje pożywienia osobie chorej, jest tak samo winny, jak ten, kto podaje truciznę.

Warto podkreślić, że na przerwanie lub nierozpoczęcie terapii, zaprzestanie sztucznego nawadniania i odżywiania istnieje przyzwolenie, pomimo że po zaprzestaniu interwencji medycznych pacjenci mogą umierać w trwających przez dłuższy czas męczarniach. Natomiast nie wolno wykonać zastrzyku czy przepi-

sać pacjentowi tabletek w śmiertelnej dawce. Dlaczego wykonanie zastrzyku jest uważane za moralnie gorsze od przyzwolenia na śmierć?

W większości porządków prawnych pacjent może zrezygnować z terapii czy w ogóle jej nie rozpoczynać, nie może on natomiast prosić o aktywną interwencję, której celem jest skrócenie życia. Etycy i sądy bronią się przed użyciem słowa „zabić” jako obłożonego anatamą moralną. Powszechnie używa się określenia „pozwolić umrzeć”, podczas gdy zdaniem zwolenników zalegalizowania eutanazji praktycznie i moralnie nie ma między tymi dwoma określeniami żadnej różnicy, kryją one mianowicie praktyki zmierzające do skrócenia życia pacjenta.

Wobec rozwoju technik podtrzymywania i przedłużania życia bardzo trudne stało się wypracowanie uniwersalnych zasad etycznych związanych z ich zastosowaniem. Każde rozwiązanie proponowane przez etyków jest rodzajem konsensusu. Z jednej strony nie chcemy stać się więźniami nowoczesnej technologii, z drugiej zaś – nie chcemy przedwcześnie rezygnować lub przerywać leczenia na podstawie osądu, że dalsze podtrzymywanie życia nie ma sensu. Należy pamiętać, że każda próba wyznaczenia granic pomiędzy „zabić” a „pozwolić umrzeć” będzie bardzo trudna. Zagadnienie to jest jednym z głównych problemów współczesnej bioetyki.

Poniżej zostaną rozważone przypadki, które stanowią otwarte pole do dyskusji dla lekarzy, etyków, prawników oraz pacjentów. Są nimi: zaprzestanie lub niepodejmowanie terapii ratującej życie, zaprzestanie sztucznego nawadniania i odżywiania oraz terminalna sedacja.

I. ZAPRZESTANIE LUB NIEPODEJMOWANIE TERAPII RATUJĄCEJ ŻYCIE

W dobie intensywnego rozwoju technik medycznych, zwłaszcza związanych z podtrzymywaniem życia, pojawia się pytanie: w jaki sposób ocenić niepodejmowanie czy zaprzestanie terapii podtrzymującej życie? Czy w tych przypadkach mamy do czynienia z eutanazją bierną, czy też jest to zabójstwo¹. Decyzje o zaprzestaniu i nierozpoczynaniu terapii wiążą się ze skróceniem życia pacjentowi². W etyce medycznej przyjęto założenie o istnieniu różnicy pomiędzy przyzwoleniem na śmierć a zamierzonym zabójstwem³. To rozróżnienie jest bardzo istotne, gdyż w przeciwnym wypadku każda rezygnacja (np. zaprzestanie reanimacji) lub niepodejmowanie terapii w stanach zagrożenia życia byłyby zabójstwem⁴. Przeciwnicy takiego rozumowania wskazują na trudność w wykazaniu różnicy np. przy wyłączeniu respiratora: jeśli zrobi to osoba z zewnątrz – jest to zabójstwo, jeśli to samo zrobi lekarz – jest to dozwolone. Lekarza powinien obowiązywać ten sam zakaz zabijania, tak jak wszystkie inne osoby, a jego kwalifikacje nie powinny mieć w takiej sytuacji znaczenia⁵. Zwolennicy powyższego rozróżnienia twierdzą, że ocena sytuacji związanych z zaprzestaniem oraz niepodejmowaniem leczenia ratującego życie powinna być uzależniona od intencji towarzyszącej takiemu po-

stępowaniu oraz od zgody wyrażonej przez pacjenta, nie zaś od formy działania⁶.

Jeszcze innym sposobem odróżnienia zaprzestania bądź niepodejmowania interwencji, związanych z przedłużaniem bądź ratowaniem życia, od celowego spowodowania śmierci jest założenie, że rezygnacja lub nierozpoczęcie leczenia w określonych przypadkach są pozwoleniem, by umrzeć, przyczyną śmierci pacjenta jest zatem choroba, na którą cierpi⁷. I tak na przykład, zgodnie z tym założeniem, wyłączenie respiratora jest usunięciem przeszkody na drodze naturalnego procesu, jakim jest choroba⁸.

1. PROBLEMY Z OKREŚLENIEM DOZWOLONÝCH GRANIC ZAPRZESTANIA TERAPII

Problematyczne jest określenie, czym jest zaprzestanie lub niepodejmowanie terapii. W literaturze obecny jest pogląd, że powyższe działania są tzw. eutanazją bierną, czyli przyzwoleniem na śmierć pacjenta. Pogląd ten jest na ogół akceptowany w środowisku medycznym. O ile eutanazja bierna uznawana jest przez część lekarzy za dozwoloną, o tyle eutanazja czynna, polegająca na aplikacji śmiertelnej dawki środków farmakologicznych, jest uważana za moralnie naganną⁹. Dlaczego akceptowana jest rezygnacja z leczenia podtrzymującego życie lub zaprzestanie sztucznego nawadniania i odżywiania, podczas gdy nie można podać zastrzyku śmiertelnie choremu, który o to prosi? Czy wszystkich tych działań nie można nazwać eutanazją?¹⁰

Z kolei przeciwnicy eutanazji akceptują niektóre formy skrócenia życia, szczególnie w postaci niestosowania tzw. środków nadzwyczajnych. Podstawą jest tu rozróżnienie pomiędzy zabójstwem, jakim jest w tym przypadku eutanazja czynna, a przyzwoleniem na śmierć, czyli eutanazją bierną, nazywaną też odstępstwem od uporczywej terapii. W przypadku eutanazji czynnej celem jest zawsze śmierć drugiej osoby, co jest niedopuszczalne, zaś przerwanie terapii podtrzymującej życie jest moralnie, medycznie i prawnie dozwolone¹¹.

Zwolennicy eutanazji argumentują, że różnica pomiędzy eutanazją czynną a bierną jest taka, że ta pierwsza jest niedozwolona, natomiast druga jest – według nich – nieunikniona. Eutanazja bierna, polegająca na zaniechaniu działań mających przywrócić lub podtrzymać życie, skutkuje śmiercią pacjenta, gdyż lekarz nie robi nic. Rezygnacja z działań ratujących życie powinna być zatem potraktowana jak eutanazja bierna, zakładając, że medycyna dochodzi do punktu, w którym dla danego pacjenta nie można już nic zrobić¹².

W przypadku eutanazji czynnej lekarz bezpośrednio powoduje śmierć pacjenta. O ile eutanazja czynna jest zakazana ze względów etycznych i prawnych, o tyle eutanazję bierną w praktyce stosuje każdy szpital, chociażby zaprzestając reanimacji¹³.

2. DZIAŁANIE I ZANIECHANIE – OCENA KONSEKWENCJI

Przeciwnicy założenia, że „pozwoić umrzeć” jest moralnie lepsze niż „zabić”, uważają, że nie ma żadnej różnicy pomiędzy podaniem choremu śmiertelnego zastrzyku a odłączeniem respiratora. Ważna jest tu konsekwencja, czyli śmierć chorego, i nie ma znaczenia, czy została ona spowodowana przez działanie lekarza, czy też lekarz nie zrobił nic, by ratować pacjenta¹⁴.

Krytycy takiego spojrzenia mówią, że nie można skupiać się tylko na konsekwencjach działania bądź zaniechania, ważna jest w tym przypadku obecność choroby. O ile poprzez zaniechanie również można skrzywdzić pacjenta, np. zaprzestać terapii przez pomyłkę, zakładając, że choroba jest śmiertelna, to nie można przyjąć, że wszystkie przypadki zaprzestania terapii będą niedopuszczalne, w przeciwieństwie do czynnego spowodowania śmierci¹⁵. Potrzebna jest kompleksowa analiza danego przypadku, wszystkie fakty związane z chorobą i opieką nad pacjentem należy rozważyć jako całość¹⁶. Należy pamiętać, że to właśnie działanie, które jest zamierzonym spowodowaniem śmierci pacjenta, jest niedozwolone w praktyce medycznej. Przecież bardziej obawiamy się eutanazji niż tego, że nie zostaniemy uratowani w szpitalnej izbie przyjęć¹⁷. Poza tym granica między działaniem a zaniechaniem jest płynna. Pytaniem jest na przykład: jak traktować odłączenie respiratora czy usunięcie sondy żołądkowej? Jednakże istotą rozważań związanych z zagadnieniami dotyczącymi końca życia nie jest teoria przyczynowości, lecz reguły moralne, wedle których oceniamy zaprzestanie terapii, które nie jest uznawane za zabicie¹⁸. Czasem jest tak, że zabicie jest tym samym, co przyzwolenie na śmierć, ale najczęściej terapia jest przerywana, gdy nie ma już sensu z medycznego czy moralnego punktu widzenia. Takiej decyzji nie musi towarzyszyć zamiar pozbawienia życia. Można dążyć do innego skutku, mimo faktycznej groźby utraty życia, będącej złem koniecznym, dla racji, jaką stanowi odstąpienie od interwencji medycznej, która jest zbyt bolesna i uciążliwa, a nie może pokonać choroby¹⁹.

Działanie czy zaniechanie w istocie jednak nie mówią o tym, co jest moralnie dozwolone, a co – dopuszczalne. Z jednej strony mówimy o świadomym i celowym czynie, o który pacjent jednak nie może prosić, z drugiej – o przyzwoleniu na śmierć jako konsekwencji choroby. Zwykle łączy się eutanazję czynną z celowym pozbawieniem życia drugiego człowieka²⁰, zaś zaniechanie – z pozwoleniem, by umarł²¹. Jednak zaniechanie może być również naganne. Nie każde wyłączenie respiratora będzie w pewnych przypadkach tylko zaprzestaniem terapii, może być także niedozwolonym przerwaniem życia, dlatego należy szczegółowo rozważyć każdy przypadek²².

3. ZAPRZESTANIE TERAPII A EUTANAZJA BIERNA

Przy zaniechaniu leczenia przyczyną śmierci jest nieuleczalna choroba, z którą walka stała się nieracjonalna lub przestała być korzystna dla osoby chorej. Zaprzestanie terapii w tym przypadku nie jest przyczynieniem się do śmierci w żadnej, biernej czy czynnej, formie. Jest wyrazem prawidłowego postępowania medycznego. Chodzi tu o bezzasadność dalszego leczenia, gdy chory doświadcza jego nadmiernej uciążliwości, która jest niewspółmierna do korzyści²³. Utożsamianie przerywania leczenia ratującego życie z eutanazją bierną jest błędem. Czyż jednak sytuacja, w której przyzwolenie na umieranie może być równoznaczne z przerywaniem życia, a zatem równie złe lub nawet gorsze niż zastosowanie eutanazji czynnej? Nie oznacza to jednak, że zabijanie w jakiegokolwiek formie jest dozwolone²⁴.

Uważa się, że zaprzestanie leczenia podtrzymującego życie nie zawsze jest eutanazją bierną, może stanowić rezygnację z nadzwyczajnych środków przedłużających życie w sytuacji, gdy śmierć jest biologicznie nieuchronna. Prawo pacjenta do autonomii, w tym wypadku do rezygnacji z niechcianego leczenia, nie jest tym samym co prawo do śmierci, to znaczy że nie ma on prawa do pomocy w zakończeniu życia. Jednocześnie może istnieć inny powód zaniechania leczenia podtrzymującego życie niż spowodowanie śmierci pacjenta. A zatem przerywanie leczenia nie musi być tożsame z zamiarem przerywania życia, w szczególności gdy stała opieka medyczna nie daje szans na poprawę i zamiast przynosić ulgę, zwiększa dolegliwości. Można ją jednak kontynuować, jeśli pacjent chce zyskać jeszcze trochę czasu. W zaprzestaniu terapii chodzi o uniknięcie leczenia, które może przynieść więcej szkody niż pożytku. Można zrezygnować z nadzwyczajnych środków medycznych w sytuacji, gdy śmierć jest już blisko. Nie jest to umieranie tygodniami, jak argumentują zwolennicy eutanazji, twierdząc, że tzw. przerywanie leczenia jest hipokryzją²⁵. Tymczasem uniknięcie przysparzającego bólu leczenia, które nie daje perspektyw poprawy lub są one niewielkie, nie jest przerywaniem życia, chyba że lekarz zamierzał spowodować śmierć, dlatego każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie. Dlatego też zwolennicy eutanazji stawiają pytanie: skoro można zaprzestać leczenia, to dlaczego nie można zrobić zastrzyku, który umożliwi szybką śmierć? Odpowiedzią na ten zarzut przeciwników eutanazji jest argument, że nawet jeśli przyspieszenie śmierci jest postrzegane jako realizacja najlepszego interesu pacjenta, nie oznacza to jeszcze, że należy ją przedkładać nad powolne umieranie w cierpieniach²⁶. Czynnikiem obiektywnym jest nadzieja na postęp nauki, która daje szansę na poprawę stanu pacjenta lub przynajmniej na uśmierzanie jego cierpień. Jeśli lekarz i pacjent zdecydują się na przyspieszenie śmierci, rezygnują także z możliwości, które może oferować rozwój współczesnej medycyny.

Z tego, że przerwanie leczenia w pewnych okolicznościach jest dozwolone, nie wynika, że dozwolone jest także zabijanie w postaci eutanazji czy wspomaganego samobójstwa, nawet gdy okoliczności te są identyczne²⁷.

4. UPORCZYWOŚĆ (DAREMNOŚĆ) TERAPEUTYCZNA

Pokazanie, w jakiej sytuacji można przerwać lub nie podejmować leczenia, jest bardzo trudną próbą kompromisu pomiędzy odsuwaniem śmierci w czasie za pomocą środków, którymi dysponuje współczesna medycyna, a eutanazją i wspomaganym samobójstwem jako przyspieszeniem śmierci. Potrzebne jest narzędzie, za pomocą którego będzie można określić, kiedy rezygnacja z terapii jest dozwolona²⁸. Pod względem technicznym w wielu wypadkach można podtrzymywać życie wbrew wszelkiej nadziei, dzięki metodom intensywnej terapii. Z jednej strony prawo do życia mogłoby zostać podane w wątpliwość przez zaniechanie ratowania życia. Z drugiej strony nie można zapominać, że każdy człowiek jest istotą śmiertelną, a rola lekarza nie polega na utrzymaniu przy życiu zespołu narządów bez jednostki, jaką jest człowiek²⁹. Należy pamiętać, że wytyczenie tej granicy jest bardzo trudne, niemalże niemożliwe, w każdym przypadku należy kierować się poszanowaniem drugiej osoby. Decyzje, które mogą budzić kontrowersje, powinny być podejmowane przez zespół specjalistów na podstawie danych klinicznych i podyktowane altruizmem oraz szacunkiem do drugiej osoby³⁰. Rezygnacja z uporczywej terapii stwarza usprawiedliwienie dla zaniechania stosowania środków, które mogą okazać się niepotrzebne bądź przesadzone, nawet jeśli nieznacznie przedłużają one życie. Zachodzi pytanie, czy nie jest to przedłużenie agonii. Eutanazja jest zadaniem śmierci, nawet jeśli dokonywane jest przez zaniechanie, natomiast rezygnacja z uporczywej terapii pozwala pacjentowi umrzeć w wyniku choroby, na którą cierpi. Jeśli chory, na przykład, znajduje się w ostatnim stadium choroby nowotworowej, nie ma sensu poddawać go niepotrzebnej terapii farmakologicznej czy zabiegom chirurgicznym, mogą one wprawdzie przedłużyć życie nawet o kilka tygodni, ale jednocześnie mogą spowodować cierpienia chorego, odbierając mu spokój. Jednakże rozróżnienie metod, które są konieczne, od tych, których można zaniechać, nie jest proste³¹.

Przyjmuje się, że zbędna terapia to taka, która jest bardzo uciążliwa dla chorego, a efekty osiągane są za bardzo wysoką cenę, dlatego stosowanie niektórych technik medycznych nie jest uzasadnione³². W obliczu śmierci można odstąpić od leczenia, które staje się zbędne, gdy nie można uczynić nic wartościowego dla chorego, a nie dlatego, że zamierza się zabić pacjenta.

Pojęcie uporczywej terapii, przypisywane Jeanowi-Robertowi Debray, pojawiło się w latach 70. ubiegłego stulecia³³. Termin ten szybko przyjęły organizacje lekarzy w swoich uregulowaniach dotyczących etyki zawodowej. I tak, polski Kodeks Etyki Lekarskiej stanowi, iż w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku

podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych³⁴. Podobne uregulowanie zawiera Francuski Kodeks Deontologiczny, który ma status obowiązujących norm prawnych; mówi on o unikaniu uporczywej terapii także poprzez niekontynuowanie leczenia podtrzymującego życie (zaniechanie resuscytacji, odłączenie respiratora i podawanie leków)³⁵. Z kolei brytyjski raport komisji Waltona mówi o ograniczeniu terapii daremnej, która już nic nie wnosi dla dobra pacjenta³⁶.

Nie ma precyzyjnej definicji, czym jest uporczywa lub daremna terapia, podobnie jak nie ma precyzyjnego określenia, czym jest choroba terminalna, stan terminalny czy chory umierający³⁷. Powzięcie decyzji o rezygnacji z leczenia w sytuacji granicznej zawiera osąd o daremności terapii. Powstaje pytanie, na czym ma się on opierać: opinii lekarza, pacjenta czy tylko na faktach empirycznych³⁸. Jest to kolejna próba wypracowania kompromisu między uszanowaniem życia i godności umierania oraz znalezieniem rozwiązania pomiędzy istniejącym napięciem, aby przedłużyć życie, nie powodując jednocześnie przedłużania cierpienia lub agonii³⁹. Trzeba wziąć także pod uwagę, że terapia uważana dzisiaj za daremną może stać się wraz z rozwojem medycyny zwyczajnym postępowaniem⁴⁰. Należy zastanowić się, do jakiego momentu ratujemy osobę chorą, nawet jeśli nie możemy wytyczyć linii granicznej pomiędzy środkami, które powinny być użyte bezwzględnie, oraz takimi, które są nieobowiązkowe⁴¹.

5. AUTONOMIA PACJENTA I PRZERWANIE LECZENIA

Zwolennicy legalizacji eutanazji powołują się na autonomię pacjenta i jego prawo do wyboru momentu i sposobu własnej śmierci, także w drodze wspomaganego samobójstwa i eutanazji. W słynnym *Apelu filozofów* podkreślają, że nie ma moralnej różnicy między wyłączeniem respiratora przez lekarza a przepisaniem pacjentowi śmiertelnej dawki leku, w obydwu przypadkach pozwala się choremu umrzeć⁴². Osoba, która w sztuczny sposób jest podtrzymywana przy życiu, może zrezygnować z terapii, natomiast pacjent, który nie jest uzależniony od aparatury, ma prawo jedynie do opieki paliatywnej. Wysoki poziom takiej opieki (pozwalający wyeliminować każdy ból) nie uzasadnia odmowy asysty przy umieraniu. Dlaczego można wyłączyć respirator, a własnego organizmu już nie?⁴³. Prawem pacjenta jest wybór, jak umrzeć, a więc nie ma etycznej różnicy pomiędzy zaprzestaniem leczenia a eutanazją⁴⁴. Tak naprawdę nie pozwala się pacjentowi podjąć najbardziej osobistej decyzji, kiedy i w jakich warunkach odejść. W ocenie przerwania terapii podtrzymującej życie kluczowa powinna być wola pacjenta, to on bowiem podejmuje decyzję, czy chce takiego leczenia, czy też nie (co jest dopuszczalne), nawet gdy konsekwencją są komplikacje czy śmierć. Tak na przykład u Świadców Jehowy – szanuje się ich odmowę transfuzji krwi i stosowania preparatów krwiopochodnych⁴⁵. Osoba chora może uchylić zakaz, by jej nie zabijać,

przez podjęcie świadomej decyzji na podstawie własnej oceny, że w jej sytuacji przedłużanie życia jest gorsze niż śmierć⁴⁶.

Według linii orzecznictwa przyjętej przez Sąd Najwyższy Stanów Zjednoczonych można odmówić leczenia lub z niego zrezygnować, ale odmawia się pomocy w zakończeniu życia pacjentom, którzy nie są podtrzymywani przy życiu przez aparaturę⁴⁷.

Zwolennicy powyższego rozróżnienia argumentują, że wyłączenie aparatury to jedynie przyzwolenie, aby naturalny proces chorobowy zakończył się śmiercią⁴⁸. Sąd Najwyższy przyjął, że wycofanie środków podtrzymujących życie nie jest zabójstwem. Przyczyną śmierci jest usunięcie środków technicznych, które opóźniają śmierć. Odłączenie respiratora jest w pewnych przypadkach przyzwoleniem na śmierć, która nastąpiłaby, gdyby ich nie użyto⁴⁹. Eutanazja czynna i wspomagane samobójstwo są objęte zakazem, natomiast rezygnacja z terapii podtrzymującej życie jest dozwolona. Sędzia Sądu Najwyższego USA, J. Renquist, w sprawie *Vacco vs Quill* wyraził opinię, że jeśli pacjent odmawia leczenia podtrzymującego życie, to umiera w wyniku patologii, ale jeśli zażywa lek w śmiertelnej dawce przepisany przez lekarza, to przyczyną śmierci jest właśnie ten przyjęty przez chorego środek farmakologiczny⁵⁰. Osoba, która wyraża wolę rezygnacji z leczenia, nie jest w tej samej sytuacji, jak osoba, która chce popełnić samobójstwo w asyście lekarza. Odrzucając leczenie, chory umrze z powodu stanu, jakim jest choroba, natomiast przy wspomaganym samobójstwie czy eutanazji przyczyną śmierci będzie podany środek farmakologiczny⁵¹.

Skoro pacjenci, którzy chcą przerwać leczenie podtrzymujące życie, nie są w takiej samej sytuacji, jak osoby, które proszą o pomoc w zakończeniu życia poprzez asystę w samobójstwie lub eutanazję, to jaka jest różnica pomiędzy wyłączeniem aparatury a podaniem leku powodującego śmierć? Zaprzestanie leczenia uważane jest za część praktyki medycznej, natomiast podanie środka farmakologicznego z zamiarem spowodowania śmierci w żaden sposób nie może być uznane za formę praktyki lekarskiej⁵². Można odmówić pacjentom prawa do eutanazji i wspomaganego samobójstwa, a jednocześnie przyznać prawo do rezygnacji z agresywnej terapii i korzystania z opieki paliatywnej. Według stanowiska Sądu Najwyższego Stanów Zjednoczonych w przypadku eutanazji i wspomaganego samobójstwa chodzi wyłącznie o zabicie pacjenta i o nic więcej, natomiast przy rezygnacji z podtrzymywania życia lekarz odpowiada na prośbę pacjenta o przerwaniu terapii, istnieje bowiem różnica pomiędzy sztucznym podtrzymywaniem życia a sztucznym jego skracaniem⁵³.

Zabicie i pozwolenie, by umrzeć, mają różną przyczynę. Jeśli wyłączymy respirator, zdrowa osoba nie poniesie żadnej szkody, natomiast jeśli tej samej osobie podamy śmiertelny zastrzyk, to ona z pewnością umrze. Przy wyłączeniu respiratora powodem śmierci będzie choroba, przy iniekcji to podanie śmiertelnej dawki leku spowoduje śmierć. W większości przypadków decyzję o zaprzestaniu terapii

podejmuje się, gdy jej kontynuacja pozbawiona jest sensu z medycznego i etycznego punktu widzenia. Podstawą decyzji w takich sytuacjach jest osąd o granicach leczenia, nie zaś o życiu pacjenta. W przypadku chorych, którzy są umierający, śmierć jest nieunikniona, nie można powiedzieć, że lekarz ma zamiar zabić, jeśli nie ma możliwości powstrzymania nieodległej śmierci. Jeśli zostanie przyjęte założenie, że przerwanie terapii jest uśmierceniem chorego, stajemy się zakładnikami nowoczesnej technologii. Oczywiście, trzeba jeszcze rozważyć zamiar lekarza przerywającego terapię⁵⁴.

Wyłączenie respiratora to dopuszczenie do śmierci na skutek usunięcia sztucznej interwencji medycznej. Przyczyną śmierci jest w tym wypadku beznadziejny stan pacjenta. Podobnie można ocenić zaprzestanie reanimacji czy dializy⁵⁵. Bardzo ważne jest stworzenie przejrzystych procedur dotyczących przerywania terapii u pacjentów śmiertelnie chorych. Szczególnie ważne jest ustalenie kryteriów medycznych w podejmowaniu takich decyzji⁵⁶.

Zwolennicy legalizacji eutanazji twierdzą, że typowe przypadki zaprzestania leczenia podtrzymującego życie są równoznaczne z zabójstwem, a nie z przyzwoleniem na śmierć, chociaż można znaleźć dla nich usprawiedliwienie. Nie każde bowiem zabójstwo jest niesłusznym i nieuzasadnionym spowodowaniem śmierci. Przykładem jest wyłączenie respiratora przez członka rodziny chorego, które jest nieusprawiedliwione, a identyczne działanie dokonane przez lekarza uważane jest za słusne. Założenie, że rezygnacja z terapii podtrzymującej życie jest równoznaczna z rezygnacją ze sztucznej ingerencji i pozwoleniem, by umrzeć, ma znaczenie psychologiczne dla lekarza, ponieważ zabijanie nie jest uznawane za część profesji medycznej⁵⁷. Jeśli przyjmiemy, że lekarzowi wolno w takim przypadku zaniechać leczenia, w konsekwencji należałoby także dopuścić do bardziej aktywnych form przyspieszania śmierci, na przykład przez podanie zastrzyku. W sytuacji, gdy mamy do czynienia z agonią i chory straszliwie cierpi, w eutanazji czy wspomaganym samobójstwie można widzieć rozwiązanie korzystniejsze od zaprzestania leczenia, które może w niektórych wypadkach zintensyfikować cierpienia chorego. Jeśli chory wyraził zgodę, to eutanazja i wspomagane samobójstwo mogą okazać się bardziej humanitarnymi sposobami umierania niż powolna agonía w niektórych przypadkach przerywania leczenia⁵⁸.

W praktyce medycznej niektórzy lekarze sądzą, że rezygnując z terapii podtrzymującej życie, pozwala się umrzeć pacjentowi dla jego własnego dobra. Zwykle pozbawienie życia oceniane jest jako niedopuszczalne, ale gdy życie na skutek długiej i śmiertelnej choroby staje się ciężarem, nie musi tak być. Jeśli pacjent może odnieść korzyść na skutek przerywania leczenia, to może on mieć taką samą korzyść z umożliwienia mu skorzystania z czynnej eutanazji czy wspomaganego samobójstwa. Istnieją przypadki, kiedy pacjent nie może skorzystać z przerywania leczenia, gdyż nie jest uzależniony od aparatury podtrzymującej życie lub po jej odłączeniu czeka go długa agonía, wtedy rozwiązaniem jest eutanazja lub wspo-

magane samobójstwo. Jeśli można zatem usprawiedliwić przerwanie terapii podtrzymującej życie, to może z takich samych powodów usprawiedliwić eutanazję⁵⁹. Odmawiając prawa do bardziej aktywnych sposobów przyspieszenia śmierci niż zaprzestanie leczenia, krzywdzi się tych wszystkich, którzy uważają, że kontynuowanie istnienia skazuje ich na egzystowanie w bólu i poniżeniu, pozbawiając tym samym możliwości ucieczki od takiego stanu⁶⁰. Zatem może być tak, że pozwolić umrzeć będzie moralnie gorszą możliwością (szczególnie wtedy, gdy dana osoba będzie odchodziła bardzo powoli) od eutanazji i wspomaganego samobójstwa, pozwalających uniknąć niepotrzebnego cierpienia – ostatecznym wynikiem jest śmierć pacjenta⁶¹.

Przeciwnicy eutanazji uważają, że można wypełnić wolę pacjenta odnośnie zaprzestania terapii, nawet gdy uważa się tę decyzję za błędną, ale nie można zaaprobować pomocy w samobójstwie. Mamy tu do czynienia z ryzykiem wystąpienia równi pochyłej, wynikającej z założenia, że życie można przerwać za zgodą pacjenta, mogłoby to doprowadzić do tego, iż zagrożeni byłiby najslabsi członkowie społeczeństwa poprzez rozszerzenie prawa do samobójstwa w obowiązek umierania⁶².

Akceptując śmierć jako pożądaną, wybór środków jej zadawania może być coraz mniej kłopotliwy, a granica między dozwolonym spowodowaniem śmierci a niedozwolonym zabójstwem czy morderstwem może być trudna do uchwycenia, a w konsekwencji ulec zatarciu. Może to być niebezpieczne dla pacjentów, ponieważ ktoś inny będzie decydował o ich życiu i śmierci, ponieważ nie przestrzegano by wtedy zasady autonomii⁶³.

Autonomia pacjenta to jedna z najważniejszych wartości szczególnie w sytuacji, gdy jest on bliski śmierci. Według zwolenników śmierci na życzenie chory może poprosić o skrócenie jego cierpienia i nie ma w tym przypadku znaczenia, czy będzie to wyłączenie respiratora, zaprzestanie dializy, wykonanie zastrzyku czy przepisanie tabletek w śmiertelnej dawce. Z kolei przeciwnicy eutanazji podkreślają różnicę pomiędzy rezygnacją z terapii a celowym spowodowaniem śmierci. Jedni i drudzy zgadzają się ze sobą w kwestii możliwości nadużyć wobec osób niekompetentnych. Decyzje podejmowane za takich chorych zawsze będą obciążone większym ryzykiem błędu niż te, które podejmują pacjenci kompetentni. W przyszłości może to być główny punkt sporów związanych z sytuacjami osób znajdujących się w stanach granicznych.

II. PROBLEM SZTUCZNEGO NAWADNIANIA I ODŻYWIANIA

Najwięcej kontrowersji budzi zaprzestanie nawadniania i odżywiania w sposób sztuczny⁶⁴ pacjentów przewlekle chorych lub znajdujących się w stanie terminalnym. Problem ten w szczególności dotyczy osób niekompetentnych, które nie są w stanie samodzielnie podjąć decyzji. W takiej sytuacji o losie tych pacjen-

tów decydują członkowie rodziny, personel medyczny, natomiast najbardziej kontrowersyjne przypadki znajdują swój finał w sądach. O ile niektóre procedury podtrzymujące pacjenta przy życiu mogą zostać przerwane, o tyle zaprzestanie podawania wody i pokarmu kojarzone jest z zagłodzeniem, które trudno usprawiedliwić⁶⁵.

Zwolennicy zaprzestania nawadniania i odżywiania w sposób sztuczny postulują, aby potraktować takie postępowanie na równi z terapią podtrzymującą życie, z której można w niektórych sytuacjach zrezygnować, jako niekorzystnej dla chorego⁶⁶.

Kompetentny pacjent powinien mieć możliwość rezygnacji ze sztucznego nawadniania i odżywiania chociażby dlatego, że gdy chory nie musi korzystać ze zgłębnika (sondy) czy kroplówki (tzn. może przyjmować wodę i pokarm samodzielnie), a nie chce jeść, panuje przekonanie, iż nie należy go do tego zmuszać⁶⁷. Zaprzestanie sztucznego nawadniania i odżywiania powinno być dopuszczalne, podobnie jak rezygnacja z innych środków podtrzymujących życie, ponieważ pomiędzy tymi sposobami sprawowania opieki nad pacjentem nie ma żadnej moralnej różnicy. Ponadto dostarczanie wody i pożywienia choremu w sposób sztuczny nie zawsze jest najkorzystniejszą dla niego opcją⁶⁸. Dzieje się tak szczególnie wtedy, gdy stopień przyswajania składników zawartych w pokarmach i w napojach jest i tak niewielki oraz gdy obciążenia związane ze sztucznym nawadnianiem i odżywianiem przewyższają korzyści⁶⁹.

2. PRZYKŁADY SPRAW SĄDOWYCH ZWIĄZANYCH Z PRZERWANIEM SZTUCZNEGO NAWADNIANIA I ODŻYWIANIA

O ile pacjenci kompetentni mają możliwość wypowiedzenia się, czy chcą zrezygnować z procedury przyjmowania pokarmów i napojów w sposób sztuczny, to w przypadku chorych, którzy nie mogą podjąć decyzji w swoim imieniu, o ich losie postanawia ktoś inny. Takie przypadki budzą najwięcej wątpliwości.

Oto kilka z nich.

Pierwszym głośnym przypadkiem rezygnacji z nawadniania i odżywiania, który miał miejsce w Wielkiej Brytanii, była sprawa Tony'ego Blanda. Na skutek urazu doznanego podczas rozruchów na stadionie piłkarskim znalazł się on w stanie trwale wegetatywnym i był utrzymywany przy życiu przez trzy i pół roku. Należy dodać, że pacjent nie znajdował się w stanie terminalnym ani nie był uzależniony od aparatury podtrzymującej życie i mógł żyć jeszcze wiele lat w tym stanie. Rodzina oraz szpital zwróciły się do sądu o zaprzestanie nawadniania i odżywiania w sposób sztuczny oraz przerwanie podawania antybiotyków. W 1993 roku sprawa znalazła swój finał w Izbie Lordów, która orzekła, że nie istnieje obowiązek dalszego prowadzenia nawadniania i odżywiania w przypadku, jeśli procedura ta jest inwazyjna i nie przynosi pacjentowi korzyści. Dnia 22

lutego 1993 roku wstrzymano podawanie pokarmów i wody oraz antybiotyków, Tony Bland zmarł dziewięć dni później.

W swoim orzeczeniu Izba Lordów uznała nawadnianie i odżywianie za element terapii, nie zaś za zwykłą opiekę sprawowaną nad pacjentem. Jest to zatem zabieg medyczny, z którego można zrezygnować⁷⁰. Ponadto część sędziów stwierdziła, że życie nie ma wartości, jeśli ograniczone zostało tylko do biologicznego trwania. Lord Hoffman odpowiedział na zarzut, że wyrok zawiera ocenę życia Tony'ego Blanda, według której nie żyje on żadnym życiem, a podtrzymywane są jedynie funkcje życiowe. Podobną opinię wyraził lord Goff, nazywając pacjenta „żywym trupem”. Lord Mustill stwierdził natomiast, że przerwanie leczenia jest usprawiedliwione nie tylko z prawnego punktu widzenia, lecz także ze względów moralnych, ponieważ nie ma możliwości przywrócenia w tym przypadku tego, co nazywamy osobowością. Stwierdził on również, że pacjenci w przetrwałym stanie wegetatywnym nie są zdolni do jakiegokolwiek odczuwania, nie mają zatem żadnych interesów, dlatego nie ma obowiązku kontynuowania postępowania utrzymującego ich przy życiu. Z kolei lord Brownie-Wilkinson wyraził wątpliwość: skoro pozwala się umrzeć pacjentowi w wyniku braku wody oraz pożywienia, co może trwać przez wiele tygodni, to dlaczego zabroniona jest iniekcja kończąca życie na prośbę chorego? W związku z tym bardzo trudno jest znaleźć moralne rozróżnienie, ale to właśnie podanie zastrzyku prawo nazywa morderstwem, jako działanie podjęte z zamiarem spowodowania śmierci⁷¹. Lekarze chcieli przerwać nawadniania i odżywianie pacjenta, mając na celu doprowadzenie do jego śmierci. Natomiast sędziowie Izby Lordów uznali pytanie, czy śmierć leży w interesie chorego, za źle sformułowane. Skład sędziowski akcentował, że chciał odpowiedzieć na pytanie, jakie procedury stosowane w opiece nad pacjentem będą służyły dobru Tony'ego Blanda⁷².

Według K. Szewczyka werdykt w sprawie T. Blanda był zabójstwem eutanatycznym:

1. zaniechanie podtrzymywania życia zostało wykonane przez lekarzy i na ich wniosek,
2. motywem było współczucie dla stanu, w jakim znalazł się pacjent,
3. do śmierci doprowadziło odłączenie sondy (zaprzestanie nawadniania i odżywiania),
4. chory nie był kompetentny, nie sporządził też żadnego oświadczenia woli na przyszłość⁷³.

Doktor Keith Andrews, zajmujący się pacjentami w stanie trwale wegetatywnym, stwierdził, iż jedynym powodem, dla którego nawadnianie i odżywianie traktowane są jak terapia, jest to, aby móc je przerwać. To nie sposoby utrzymywania Tony'go Blanda przy życiu są daremne, lecz w istocie za takie uznane zostało życie tego pacjenta⁷⁴.

Przypadek Tony'go Blanda dostarczył istotnych pytań do rozważań na temat eutanazji. W przypadku stanu trwale wegetatywnego leczenie może zostać ograniczone, jednak opieka sprawowana nad pacjentem – już nie. Powstało pytanie, czy nawadnianie i odżywianie zalicza się do zwykłej opieki, czy są one terapią, a jeśli tak, to w jakim przypadku można ją przerwać?⁷⁵.

Na podobne trudności musiały odpowiadać sądy w Stanach Zjednoczonych. W 1985 roku został złożony wniosek o zaprzestanie nawadniania i odżywiania 84-letniej pani O'Conroy, która ze względu na zaburzenia psychiczne, spowodowane demencją, została uznana za niekompetentną, lecz zachowywała pełny kontakt z otoczeniem. Wnioskodawcą był siostrzeniec pacjentki, będący prawnym opiekunem, który wcześniej nie zgodził się na operowanie zgorzeli u podopiecznej. Sąd niższej instancji stwierdził, że zaprzestanie podawania pokarmu i wody stanowiłoby czynne pozbawienie życia poprzez zagłodzenie. Natomiast Sąd Najwyższy stanu New Jersey stwierdził, że sztuczne podawanie pokarmów i wody jest takim samym środkiem medycznym, jak respirator, można zatem z niego zrezygnować. Nie udało się stwierdzić, jaka byłaby wola pacjentki odnośnie zaprzestania stosowania środków podtrzymujących życie, a także brak dowodów, że stanowiłoby to najlepszy interes chorej. Zważywszy, że pani O'Conroy nie cierpiała bólu oraz zachowała kontakt z otoczeniem, Sąd Najwyższy stwierdził, że zaprzestanie nawadniania i odżywiania w sposób sztuczny byłoby sprzeczne z prawem⁷⁶.

Kolejna głośna sprawa miała miejsce we Włoszech i dotyczyła Eluany Englaro, znajdującej się od 17 lat w stanie trwale wegetatywnym na skutek wypadku samochodowego. Eluana nie była podłączona do aparatury podtrzymującej życie, a jedynie karmiona i pojoana za pomocą zgłębnika. Należy dodać, że we Włoszech pacjent może odmówić leczenia, nie ma natomiast uregulowań dotyczących tzw. testamentu życia. Jej ojciec wystąpił w 1999 roku na drogę sądową, aby przerwać sztuczne nawadnianie i odżywianie. Po trwających kilka lat procesach, 9 lipca 2008 roku Sąd Apelacyjny w Mediolanie wydał wyrok zezwalający na przerwanie podawania pokarmów i napojów przez sondę, 13 listopada 2008 roku wyrok ten został podtrzymany przez Sąd Najwyższy. Mimo że włoskie prawo dopuszcza przerwanie terapii tylko na wyraźne życzenie pacjenta, sąd wydał orzeczenie na podstawie zeznań świadków. Zeznali oni, że Eluana twierdziła, iż woli śmierć niż życie w stanie wegetatywnym. Sąd wziął pod uwagę także fakt, że przed wypadkiem prowadziła ona aktywny styl życia, co skłoniłoby ją, gdyby była przytomna, do wyboru śmierci⁷⁷.

Sprawa wywołała liczne dyskusje z udziałem m.in. przedstawicieli rządu, parlamentu oraz Stolicy Apostolskiej. W tej sytuacji minister zdrowia wydał dekret zakazujący, w przypadku pani Englaro, procedury ograniczenia podawania wody i pożywienia przez zakłady opieki zdrowotnej we Włoszech. Został on jednak uchylony przez Naczelny Sąd Administracyjny⁷⁸. Ponieważ we Włoszech nie było dotychczas uregulowania dotyczącego sytuacji osób trwale nieprzytomnych, par-

lament rozpoczął prace legislacyjne zmierzające do uchwalenia odpowiedniej ustawy. Jednocześnie rząd włoski wydał dekret zakazujący zaprzestania sztucznego nawadniania i odżywiania Eluany Englaro, którego z kolei nie podpisał prezydent Giorgio Napolitano. Prezydent powołał się na porządek konstytucyjny, który nie przewiduje sytuacji, w której dekret rządu miałby podważać wyrok niezawisłego sądu⁷⁹.

Eluana Englaro zmarła 9 lutego 2009 roku, cztery dni po przerwaniu nawadniania i odżywiania w prywatnej klinice w Udane, dokąd z katolickiego ośrodka w Lecco przewiózł ją ojciec⁸⁰. Dnia 11 stycznia 2010 roku sąd odrzucił wszystkie oskarżenia skierowane przeciwko trzynastu osobom, które pomogły Eluanie umrzeć⁸¹. Należy dodać, że włoski parlament przyjął projekt ustawy, w myśl którego pacjent może po konsultacji z lekarzem notarialnie zarejestrować dyspozycje dotyczące leczenia na wypadek utraty świadomości. Takie oświadczenie byłoby jedynie obowiązującym dowodem woli pacjenta w przypadku procesu sądowego. Nie można w takim dokumencie zażądać eutanazji, pomocy w samobójstwie czy wyłączenia respiratora, ponadto odżywianie i nawadnianie są uznane za postępowanie obowiązkowe bez względu na stan pacjenta⁸².

Wszystkie przytoczone wyżej przykłady dotyczyły osób, które nie mogły same podjąć decyzji o swoim losie. Nie wiadomo, jak by się wypowiedziały, gdyby były do tego zdolne. Ponadto nie znajdowały się one w ostatnim stadium choroby i mogły żyć wiele lat. Decyzję o przerwaniu nawadniania i odżywiania, a zatem o przyspieszeniu śmierci, podejmowały sądy na wniosek opiekunów prawnych.

3. CZYM JEST NAWADNIANIE I ODŻYWIANIE

Jak zatem należy traktować nawadnianie i odżywianie w sposób sztuczny? Według jednego stanowiska sztuczne podawanie wody i pożywienia należy traktować tak, jak pozostałe procedury medyczne służące podtrzymywaniu życia, np. sztuczną wentylację, a zatem takie, z których można zrezygnować. Podstawą decyzji o zaprzestaniu sztucznego nawadniania i odżywiania powinna być autonomia pacjenta oraz bilans korzyści i strat. To chory powinien decydować o tym, co jest dla niego najlepsze. Pozostawienie pacjentowi takiej możliwości stanowi wyraz ochrony jego prawa do prywatności oraz niezależności⁸³.

Nie istnieje moralna różnica pomiędzy różnymi środkami podtrzymującymi życie, a zatem można odmówić sztucznego nawadniania i odżywiania, które należą do takich środków. Jeśli można zadecydować o odłączeniu respiratora, to równie dobrze można zaakceptować przerwanie podawania wody i pokarmów w sposób sztuczny, skutek jest bowiem ten sam. Dlatego trzeba rozważyć, czy dostarczanie pokarmu i wody jest zawsze najkorzystniejsze dla pacjenta i czy stanowi obowiązkową część opieki nad chorym. Może być tak, że śmierć pacjentów, u których zrezygnowano ze sztucznego nawadniania i odżywiania, może być okupiona

mniejszym cierpieniem niż u tych, u których kontynuowano podawanie jedzenia i wody. Mogą oni umierać w lepszych warunkach niż ci, których karmi się na siłę lub u których stosuje się gastrostomię czy kroplówkę. Dzieje się tak zwłaszcza w sytuacjach, gdy pacjent nie jest umierający, natomiast nie odczuwa łaknienia ani pragnienia i jest karmiony po uprzednim unieruchomieniu. Trudno jest mówić w takim wypadku o godności pacjenta jako osoby. W niektórych sytuacjach bywa tak, że choroba zniszczyła odruch połykania i zaprzestanie sztucznego nawadniania i odżywiania pozwala toczyć się naturalnemu procesowi umierania. Dlatego tak ważne jest oszacowanie tego, co stanowi korzyści dla pacjenta i tego, co jest dla niego uciążliwością⁸⁴. Jeśli pacjent nie odczuwa głodu ani pragnienia, nie należy odżywiać ani nawadniać takiej osoby na siłę. Powinno się to odnosić nie tylko do chorych umierających, lecz także do cierpiących na choroby terminalne. Ważne jest rozpoznanie indywidualnych potrzeb każdego pacjenta i zapewnienie jak największego komfortu⁸⁵.

Według innego poglądu podawanie pożywienia i wody dożylnie czy też przez zgłębnik jest elementem zwykłej opieki nad chorym, gdyż każdy człowiek potrzebuje jedzenia i picia, zatem przerwanie takiego postępowania oznacza spowodowanie śmierci przez zagłodzenie, a to jest niedopuszczalne⁸⁶. Nawadnianie i odżywianie jest takim samym elementem podstawowej opieki nad chorym, jak utrzymywanie go w cieple i czystości. Żadnego z tych elementów opieki nie wolno choremu odmawiać niezależnie od tego, czy ma on zachowaną świadomość, czy jest nieprzytomny lub znajduje się w końcowym okresie życia⁸⁷. Brak podania wody i pożywienia, choćby w sposób sztuczny, postrzegany jest jako okrucieństwo⁸⁸. Nic nie usprawiedliwia umyślnego zagłodzenia istoty ludzkiej. Rezygnacja z nawadniania i odżywiania nie jest tym samym, co niepodejmowanie operacji czy innych sposobów leczenia. Dostarczanie pokarmu i wody jest nie tylko warunkiem zachowania godności chorego, ale ma również znaczenie głęboko symboliczne, jest najprostszym gestem świadczącym o poczuciu wspólnoty⁸⁹. Jest to wyraz solidarności z pacjentem oraz podstawowy ludzki obowiązek⁹⁰. Ponadto nie można uważać, że zaprzestanie sztucznego nawadniania i odżywiania służy najlepszym interesom pacjenta, ponieważ dla każdego człowieka, nawet tego, który znajduje się w śpiączce lub ma poważnie uszkodzony układ nerwowy, najważniejsze jest zachowanie życia⁹¹. Na poruszoną przez zwolenników zaprzestania nawadniania i odżywiania kwestię obciążenia i dyskomfortu chorego z powodu tych procedur, jej przeciwnicy odpowiadają, że zgłębnik nie obciąża pacjenta i może być stosowany przez długi czas, podobnie jest z kroplówką. Odwodnienie natomiast jest stanem, który nasila cierpienia pacjenta, powodując trudności w mówieniu i połykaniu oraz niepokój i zaburzenia świadomości⁹².

Należy też rozważyć kwestię kosztów opieki nad ciężko chorymi i często nieprzytomnymi pacjentami. Czy zaprzestanie nawadniania i odżywiania pod pretekstem przerwania terapii, która nie przynosi korzyści, nie jest wygodnym

usprawiedliwieniem ograniczenia wydatków związanych z opieką nad pacjentami przewlekle chorymi, w tym z ciężko uszkodzonym układem nerwowym, którzy w wielu przypadkach nie odzyskują świadomości⁹³. Niemniej jednak taki argument można odnieść do każdego przypadku zaprzestania leczenia podtrzymującego życie⁹⁴.

Kryterium oceny odstąpienia od nawadniania i odżywiania w sposób sztuczny powinno opierać się na określeniu, czy zaprzestanie stosowania tej procedury może przyczynić się do śmierci pacjenta. Jeżeli równałoby się to zagłodzeniu, stanowiłoby bezpośrednią przyczynę śmierci, a zatem eutanazję. Jeżeli przynosiłoby dodatkowe cierpienia choremu, mogłoby stanowić agresywną terapię. Natomiast u chorych w stanie wegetatywnym, śpiączce czy końcowym stadium choroby jest to element niezbędnej opieki, z którego można zrezygnować tylko w przypadku zbliżającej się śmierci⁹⁵. O ile w przypadkach wielu chorób płyny i pokarmy można podawać aż do końca, o tyle często u chorych na nowotwory w końcowej fazie choroby żywienie należy przerwać (zdarza się, że chory nie chce jeść), natomiast płyny należy dostarczać do końca⁹⁶.

Według przeciwników sztucznego nawadniania i odżywiania nie ma dowodu, że procedurę tę należy kontynuować w każdych okolicznościach, szczególnie jeśli pacjent nie ma z tego korzyści lub jest to bardzo obciążające⁹⁷. Praktycznie lekarze i pielęgniarki nie godzą się na przerwanie podawania płynów i pokarmów w sposób sztuczny, ponieważ są przekonani, że jest to wyrok śmierci na chorego, pomimo że po zaprzestaniu innych procedur, np. dializ, transfuzji krwi oraz po rezygnacji z reanimacji śmierć jest tak samo pewna⁹⁸.

Zwolennicy i przeciwnicy rezygnacji ze sztucznego nawadniania i odżywiania są zgodni w jednym punkcie: każdy przypadek takiego zaniechania należy rozważyć indywidualnie po zapoznaniu się ze wszystkimi argumentami za i przeciw⁹⁹. Trzeba zauważyć, że jest to jedna z najbardziej palących kwestii związanych z opieką nad osobami znajdującymi się u schyłku życia oraz przewlekle chorymi. O ile kompetentny pacjent mógłby odmówić przyjmowania wody i pożywienia także w sposób sztuczny, o tyle zaprzestanie takiego postępowania u osób niekompetentnych czy nieprzytomnych mogłoby być polem do nadużyć. Powstaje pytanie, które będzie powracało: jak dalece można ingerować w los osób, które nie mogą same podjąć decyzji?

III. TERMINALNA SEDACJA

Kolejnym zagadnieniem, które należy poruszyć, jest dopuszczalność terminalnej sedacji, nazywanej inaczej uspokojeniem przedśmiertnym¹⁰⁰. Procedura ta polega na ograniczeniu dolegliwości pacjentów poprzez wprowadzenie w stan głębokiego i nieodwracalnego ograniczenia świadomości za pomocą mieszanki leków (opiatów, barbituranów i benzodiazepin)¹⁰¹. W medycynie paliatywnej pacjentowi

poddanemu sedacji nie podaje się wody i pożywienia, czego konsekwencją jest śmierć chorego¹⁰². Procedura ta stosowana jest również w hospicjach w Polsce¹⁰³.

Według K. Szewczyka należy odróżnić następujące formy sedacji terminalnej:

1) Sedacja pacjentów umierających – procedurze tej poddawane są osoby w ostatnich dniach życia.

2) Sedacja pacjentów cierpiących na choroby terminalne. Nie są oni jeszcze umierający. Przewidywana długość życia tych osób jest różna. Omawiana procedura jest stosowana zarówno u pacjentów mogących podejmować decyzje, jak i pacjentów niekompetentnych w ostatnich tygodniach życia.

3) Sedacja połączona z przerwaniem nawadniania i odżywiania u pacjentów w stanach terminalnych. Środki farmakologiczne stosowane są wówczas, gdy cierpienia związane z chorobą oraz przerwaniem nawadniania i odżywiania nasilają się. Następuje to kilka miesięcy lub tygodni przed przewidywaną śmiercią¹⁰⁴.

Należy podkreślić, że w zastosowaniu terminalnej sedacji śmierć jest pewna, a nie tylko przewidywana, jak przy stosowaniu terapii przeciwbólowej¹⁰⁵. Utrzymywanie pacjenta w wywołanej farmakologicznie śpiączce stosowane jest po to, aby zlikwidować dyskomfort wynikający ze stanu terminalnego (ból, bezsenność, nudności). Chorego utrzymuje się w takim stanie, dopóki nie nastąpi śmierć. Intencją w tym przypadku jest likwidacja niepożądanych objawów i to odróżnia tę procedurę od eutanazji. Pacjent ma zachowany komfort, ponieważ nic nie czuje, a powodem jego śmierci jest choroba, na którą cierpi¹⁰⁶. Sedacja traktowana jest jako element opieki paliatywnej. Spełniona zostaje w tym przypadku prośba pacjenta o uśmierzenie bólu¹⁰⁷.

Można powiedzieć, że jest to kompromis polegający na zniesieniu lub ograniczeniu pewnych niekorzystnych dla pacjenta objawów związanych z umieraniem za cenę ograniczenia świadomości. Jednocześnie, godząc się na zastosowanie sedacji, akceptujemy fakt, że jest to postępowanie, którego konsekwencją stanowi śmierć chorego. Czy procedurę tę można potraktować jako wyraz sprzeciwu wobec agresywnych form podtrzymywania przy życiu?¹⁰⁸. Przykładem może być sprawa Larry'ego McAfee z 1989 roku, która znalazła swój finał w Sądzie Najwyższym stanu Georgia. Larry McAfee został dotknięty paraliżem, w konsekwencji musiał być podłączony do respiratora. Pozostając osobą kompetentną, chciał rezygnacji z terapii i odłączenia urządzeń podtrzymujących życie oraz zastosowania sedacji, aby uniknąć wszystkich objawów związanych z odcięciem dopływu tlenu. Sąd w swoim orzeczeniu stwierdził, że prawo pacjenta do otrzymania sedacji łączy się z prawem do jednoczesnego odłączenia respiratora. Sąd podkreślił też, że pacjent ma prawo, aby umierać w warunkach sprzyjających zachowaniu godności, przy jak największej redukcji bólu i innych niepożądanych objawów¹⁰⁹.

Terminalna sedacja budzi kontrowersje. Postawienie granicy między dozwoloną opieką paliatywną a zakazanymi wspomaganym samobójstwem i eutanazją jest bardzo trudne. Przeciwnicy stosowania tej procedury twierdzą, że jest ona

w istocie formą eutanazji. Pozbawienie pacjenta świadomości poprzez wprowadzenie go w śpiączkę pozbawia go zdolności do przyjmowania pokarmów i napojów, których jednocześnie nie podaje się w sposób sztuczny, np. w postaci kroplówki. Umieranie w tym wypadku trwa kilka dni. Chory jednocześnie zostaje pozbawiony możliwości podejmowania jakichkolwiek decyzji, gdyż jest pozbawiony świadomości. W konsekwencji jest to gorsze rozwiązanie od wspomaganego samobójstwa, w przypadku którego pacjent ma do końca kontrolę nad swoim ciałem oraz możliwość wycofania się z podjętej decyzji o przyspieszeniu śmierci¹¹⁰.

Sąd Najwyższy Stanów Zjednoczonych uznał terminalną sedację za dozwoloną rezygnację z terapii podtrzymującej życie¹¹¹. Sąd odrzucił jednocześnie możliwość uznania wspomaganego samobójstwa za konstytucyjne prawo jednostki. Odrzucając prawo do wspomaganego samobójstwa, sąd stwierdził, że usprawiedliwienie tej możliwości jako drogi ucieczki przed dotkliwym i niepotrzebnym cierpieniem jest niewystarczające. Jednocześnie, akceptując wprowadzenie pacjenta w stan głębokiej śpiączki jako rozwiązanie inne od wspomaganego samobójstwa, sąd w istocie otworzył drzwi dla eutanazji¹¹².

Terminalna sedacja to dwa zaplanowane działania: wywołanie nieprzytomności u chorego oraz wstrzymanie podawania wody i pokarmu. Pacjent, wbrew temu, co twierdzą zwolennicy stosowania tej procedury, nie umiera z powodu choroby, na którą cierpi. Sztucznie wywołana śpiączka powoduje niezdolność do jedzenia i picia, a to prowadzi do śmierci. Należy założyć, że lekarz stosujący tę procedurę musi obejmować swym zamiarem spowodowanie śmierci chorego, nikt bowiem nie jest w stanie przeżyć dłuższy czas bez pokarmu i wody¹¹⁵. Stosowanie terminalnej sedacji stwarza także ryzyko nadużyć, gdyż może być ona stosowana bez zgody i wiedzy pacjenta lub użyta w stosunku do osób upośledzonych, dotkniętych chorobą umysłową, demencją lub nieprzytomnych. Możliwe jest także wywieranie nacisku na osoby chore, aby poddały się tej procedurze, żeby ograniczyć koszty finansowe oraz emocjonalne, związane z opieką w ostatniej fazie życia. Osoby te mogą wybrać sedację z powodu braku odpowiedniej opieki paliatywnej. Nie ma bowiem dostatecznej pewności, że lekarze będą poddawali sedacji tylko tych pacjentów, których cierpienia nie będzie można uśmierzyć w inny sposób¹¹⁴.

Zwolennicy stosowania sedacji terminalnej z jednoczesną rezygnacją z nawadniania i odżywiania zalecają daleko posuniętą ostrożność i proponują następujące warunki dopuszczalności tej procedury:

1. Pacjent musi mieć dostęp do opieki paliatywnej.
2. Sedacja jest w danym przypadku ostatnią dostępną metodą walki z bólem.
3. Podstawowym warunkiem jest intensywnie obciążające pacjenta cierpienie fizyczne i psychiczne. W przypadku pacjentów umierających procedurę można usprawiedliwić zasadą podwójnego skutku. W przypadku pacjentów terminalnych, gdy przewidywana długość życia zwiększa się do kilku tygodni, odmawiając nawadniania i odżywiania, można powołać się na zasadę proporcjonalności.

Zamiarem zastosowania procedury sedacji nie może być chęć skrócenia bólu, a jedynie likwidacja cierpienia.

4. Jeśli pacjent nie jest umierający, należy zasięgnąć opinii lekarza psychiatry, a także lekarza medycyny paliatywnej oraz etyka.

5. Warunkiem decydującym powinna być prośba kompetentnego oraz poinformowanego o swojej sytuacji pacjenta. Jeśli pacjent utracił kompetencje, to należy skorzystać z pozostawionego wcześniej oświadczenia woli. W przypadku braku takiego oświadczenia – należy uzyskać zgodę pełnomocnika, a jeśli chory nie ustanowił takiego przedstawiciela – potrzebne jest uzyskanie zgody rodziny. Jeśli chory jest samotny, podstawą decyzji będzie uzyskanie porozumienia opiekującego się nim zespołu w kwestii, czy zastosowanie sedacji będzie służyło dobru pacjenta.

6. Współpraca zespołu medycznego i najbliższych w celu wypracowania najlepszego rozwiązania w opiece nad chorym, chyba że pacjent nie życzyłby sobie zaangażowania rodziny¹⁵.

Zdaniem zwolenników stosowania sedacji jest ona jednym ze skutecznych środków walki z bólem i cierpieniem w stanach terminalnych. Terminalna sedacja jest posunięciem bardzo radykalnym, powinna być zatem stosowana tylko za zgodą pacjenta¹⁶. Aby uniknąć nadużyć, procedura ta powinna być stosowana tylko w ostateczności, gdy nie ma innego sposobu, aby uśmierzyć fizyczne i psychiczne cierpienia pacjenta wyniszczonego terminalną chorobą¹⁷.

Z kolei przeciwnicy stosowania tej procedury podnoszą, że terminalną sedację można porównać do eutanazji, gdyż jest ona obciążona takim samym ryzykiem nadużyć. Podkreślają, iż stosowania terminalnej sedacji nie można usprawiedliwić, tak jak przyspieszenia śmierci przy stosowaniu środków przeciwbólowych, powołując się na zasadę podwójnego skutku. Śmierć chorego w tej sytuacji nie jest tylko przewidywana, lecz nieunikniona, jest skutkiem wysokich dawek leków lub niepodawania pożywienia i wody¹⁸. Intencją działania jest tutaj tylko jedna: śmierć pacjenta w czasie sedacji¹⁹. Jeżeli zasadę podwójnego skutku można byłoby zastosować do usprawiedliwienia przyspieszenia śmierci poprzez zastosowanie sztucznej śpiączki farmakologicznej, to już nie do usprawiedliwienia śmierci będącej konsekwencją rezygnacji z nawadniania i odżywiania. Ten krok bowiem nie przyczynia się do złagodzenia cierpienia pacjenta, lecz wyłącznie do przyspieszenia śmierci²⁰. Nie można tym samym stwierdzić, że rezygnacja z podawania pokarmu i wody nieprzytomnemu pacjentowi jest czymś innym niż celowe planowanie śmierci: pacjent na pewno umrze w wyniku braku wody i pożywienia²¹. Jeśli przyjąć usprawiedliwienie, że przy sedacji powodem śmierci jest choroba, nie zaś zastosowana procedura, to należałoby przyjąć takie samo uzasadnienie dla eutanazji i wspomaganego samobójstwa²².

Stosowanie sedacji terminalnej na prośbę kompetentnego pacjenta może prowadzić do nadmiernej medykalizacji, bólu, a tym samym do rozpowszechnienia wspomaganego samobójstwa oraz eutanazji na zasadzie równi pochyłej²³.

PODSUMOWANIE

Dyskusja związana z moralną oceną sytuacji granicznych jest bardzo złożona i wielowątkowa. Dotyczy bowiem nie tylko pacjentów w stanach terminalnych, lecz także osób z uszkodzonym układem nerwowym, które mogą żyć przez wiele lat jako pozbawione świadomości, czy też ludzi z chorobami geriatrycznymi.

Decyzje związane ze skróceniem życia nie dotyczą już tylko podania śmiertelnej dawki leku na prośbę pacjenta, jak jeszcze pół wieku temu. Obecnie debata dotyczy granic leczenia oraz tego, czym jest terapia i w jakich sytuacjach można z niej zrezygnować, wiedząc, że skutkiem będzie przyspieszenie śmierci pacjenta. Dyskusja przestała obejmować tylko prośbę śmiertelnie chorego, gdyż decyzje o losach wielu osób podejmowane są przez personel medyczny, krewnych, a w sytuacjach najbardziej wątpliwych przez sądy. Oznacza to, że wraz z rozwojem technik podtrzymywania życia pojawiają się nowe pytania o to, w jakich sytuacjach można zaprzestać stosowania tych technik.

Jeżeli zdecydujemy, że dopuszczalne jest zamierzone pozbawienie życia przez działanie lub zaniechanie, chociażby na prośbę osoby śmiertelnie chorej i pod wpływem współczucia dla niej, narażamy się na ryzyko nadużyć praw osób słabych i bezbronnych, w szczególności gdy nie mają one możliwości wypowiedzenia się i podejmowania decyzji we własnym imieniu. Łatwo wtedy będzie wytłumaczyć ograniczenie terapii ich beznadziejnym stanem i niewystarczającymi funduszami: w końcu trzeba ratować innych, którzy mają większe szanse na wyleczenie.

Jeżeli natomiast będziemy traktować życie jako wartość absolutną, możemy stać się zakładnikami nowoczesnych technologii. Nie można bowiem zmuszać ludzi u schyłku życia do korzystania ze wszystkich zdobyczy medycyny, bez względu na koszty i obciążenia.

Zagadnienia związane z oceną sytuacji granicznych, związanych z końcem życia oraz rozwojem technik podtrzymywania życia, będą coraz częściej obecne w debacie bioetycznej. Dyskusje będą oscylować między prawem do życia, a prawem do decydowania o sobie. Konieczna będzie publiczna debata w celu wypracowania mądrej i wyważonej polityki społecznej, w tym podziału środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną.

Niemniej jednak znalezienie granic między tym, co dozwolone, a tym, co zakazane, jest bardzo trudne. Wydaje się, że przedstawiona analiza nie przechyla szali na korzyść żadnej ze stron, każda próba wypracowania konsensusu budzi bardzo wiele wątpliwości i kontrowersji.

PRZYPISY:

- ¹ W. Galewicz, *Decyzje o zakończeniu życia*, w: W. Galewicz (red.), *Wokół śmierci i umierania*, Kraków 2009, s. 31.
- ² D.W. Brock, *Life – Sustaining Treatment and Euthanasia*, w: *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd edition, ed. S.G. Post, Macmillan, New York 2004, s. 1413.
- ³ B. Steinbock, *Zamierzone przerwanie życia*, w: W. Galewicz (red.), *Wokół śmierci...*, dz. cyt., s. 99.
- ⁴ D.W. Brock, *Life – Sustaining Treatment...*, dz. cyt., s. 1415.
- ⁵ M. Warnock & E. Macdonald, *Easeful Heath. Is True a Case for Assisted Dying?*, Oxford University Press, Oxford 2008, s. 92.
- ⁶ D.W. Brock, *Life – Sustaining Treatment...*, dz. cyt., s. 1416.
- ⁷ Tamże.
- ⁸ A.J. Weisbrad, M. Siegler, *Zabijanie pacjentów z litości – apel o ostrożność*, w: W. Galewicz (red.), *Wokół śmierci...*, dz. cyt., s. 159.
- ⁹ J. Teichmann, *Etyka społeczna*, Warszawa 2002, s. 91 oraz J. Rachels, *Active and Passive Euthanasia*, w: K. R. Overberg (red.), *Mercy or Murder? Euthanasia, Morality and Public Policy*, Sheed & Ward, Kansas City 1993, s. 23 i 30.
- ¹⁰ Por. D.L. Sloss, *The Wright to Choose How to Die: A Constitutional Analysis of State Laws Prohibiting Physician – Assisted Suicide*, „Stanford Law Review” 1996, Vol. 48, No 4, s. 939.
- ¹¹ M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*, Kraków 2004, s. 93–94.
- ¹² J. Hołówka, *Pochwała eutanazji*, w: B. Chyrowicz (red.), *Eutanazja: prawo do życia – prawo do wolności*, Lublin 2005, s.118 i 127.
- ¹³ J. Hołówka, *Etyka w działaniu*, Warszawa 2001, s. 112.
- ¹⁴ J. Rachels, *Active and Passive Euthanasia...*, dz. cyt., s. 26–28.
- ¹⁵ D.P. Sulmasy, *Killing and Allowing Die: Another Look*, „Journal of Law, Medicine & Ethics” 1998, 26, s. 57.
- ¹⁶ W.E. Stempsey, *Causation and Moral Responsibility for Death*, czasopismo internetowe PAIDEA, www.bu.edu/wcp/Papers/Bioe/BioeSteam.htm (08.10.2011), s. 1 oraz G. Frey, *Intending and Causing*, „The Journal of Ethics” 2005, 9, s. 471.
- ¹⁷ W. Nesbitt, *Is Killing no Worse than Letting Die?*, w: H. Kuhse, P. Singer (ed.), *Bioethics. An Anthology*, Blackwell Publishing, Oxford 2006, s. 295.
- ¹⁸ G. Frey, *Intending and Causing*, „The Journal of Ethics” 2005, 9, s. 467 i 471.
- ¹⁹ P. Aszyk, *Granice leczenia*, Warszawa 2006, s. 144.
- ²⁰ R. Young, *Medically Assisted Death*, Cambridge University Press, Cambridge 2007, s. 111–112.
- ²¹ G.P. Fletcher, *Podtrzymywanie życia: rozważania prawne*, w: W. Galewicz (red.), *Wokół śmierci...*, dz. cyt., s. 91.
- ²² C. Paterson, *Assisted Suicide and Euthanasia*, Ashgate, Hampshire 2008, s. 93–94.
- ²³ M. Szeroczyńska, *Eutanazja...*, dz. cyt., s. 93–94.

- ²⁴ B. Steinbock, *Zamierzone przerwanie życia*, w: W. Galewicz (red.) *Wokół śmierci...*, dz. cyt., s. 96.
- ²⁵ Tamże, s. 100–104.
- ²⁶ Tamże, s. 106–107.
- ²⁷ Tamże, s. 109.
- ²⁸ P. Aszyk, *Granice...*, dz. cyt., s. 111.
- ²⁹ J. Bréhant, *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, Warszawa 1980, s. 151–152.
- ³⁰ Tamże, s. 156.
- ³¹ S. Leone, *Śmiertelnie chory*, Kraków 2000, s. 44–45.
- ³² Tamże, s. 151.
- ³³ Tamże, s. 150–151.
- ³⁴ Kodeks Etyki Lekarskiej, art. 32 pkt 1, tekst na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej: www.nil.org.pl (28.03.2011).
- ³⁵ D. Mendelson, T.S. Jost, *A Comparative Study of the Law of Palliative Care and End-of-Life Treatment*, „Journal of Law, Medicine & Ethics” 2003, 31, s. 134.
- ³⁶ *Extracts from Report of the House of Lords Select Committee on Medical Ethics*, w: Keown, *Euthanasia examined*, Cambridge University Press, Cambridge 1997, s. 112 oraz G. Tulloch, *Euthanasia – Choice and Death*, Edinburgh University Press, Edinburgh 2005, s. 88–89.
- ³⁷ P. Aszyk, *Granice...*, dz. cyt., s. 133 i 152.
- ³⁸ D.W. Brock, *Life – Sustaining Treatment...*, dz. cyt., s. 1418.
- ³⁹ P. Aszyk, *Granice...*, dz. cyt., s. 154 oraz S. Leone, *Śmiertelnie chory*, Kraków 2000, s. 44–45.
- ⁴⁰ G.P. Fletcher, *Podtrzymywanie życia: rozważania prawne*, w: W. Galewicz (red.), *Wokół śmierci...*, dz. cyt., s. 91.
- ⁴¹ J. Hołówka, *Pochwała eutanazji*, dz. cyt., s. 131.
- ⁴² D.P. Sulmasy, *Killing and Allowing Die: Another Look*, „Journal of Law, Medicine & Ethics” 1998, 26, s. 55.
- ⁴³ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996, s. 239.
- ⁴⁴ Por. D.L. Sloss, *The Wright to Choose...*, dz. cyt., s. 941.
- ⁴⁵ Tamże, s. 268 oraz R. Dworkin, T. Nagel, R. Nozick, J. Rawls, T. Scanlon, J.J. Thomson, *Apel filozofów (opinia Amici Curiae)*, w: W. Galewicz (red.), *Wokół śmierci...*, dz. cyt., s. 246.
- ⁴⁶ Tamże, s. 271.
- ⁴⁷ R. Dworkin, T. Nagel, R. Nozick, J. Rawls, T. Scanlon, J.J. Thomson, *Apel filozofów...*, dz. cyt., Kraków 2009, s. 244.
- ⁴⁸ Tamże, s. 245.
- ⁴⁹ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki...*, dz. cyt., s. 236.
- ⁵⁰ W.E. Stempsey, *Causation and Moral Responsibility...*, dz. cyt., s. 1; por. także G. Tulloch, *Euthanasia – Choice and Death*, Edinburgh University Press, Edinburgh 2005, s. 55.

- ⁵¹ M.I. Urofsky, *Lethal Judgments. Assisted Suicide In American Law*, University Press of Kansas, Kansas 2000, s. 135.
- ⁵² Tamże, s. 136.
- ⁵³ Tamże, s. 139 i 141.
- ⁵⁴ D. Callahan, *Zabicie a przyzwolenie na śmierć*, w: W. Galewicz (red.), *Wokół śmierci...*, dz. cyt., s. 174–177.
- ⁵⁵ G.P. Fletcher, *Podtrzymywanie życia: rozważania prawne*, w: W. Galewicz (red.), *Wokół śmierci...*, dz. cyt., s. 90-92.
- ⁵⁶ Tamże, s. 88 i 98.
- ⁵⁷ D.W. Brock, *Samobójstwo z pomocą lekarza bywa moralnie uzasadnione*, w: W. Galewicz (red.), *Wokół śmierci...*, dz. cyt., s. 264 i 266–267.
- ⁵⁸ Tamże, s. 273-275 oraz R. Dworkin, T. Nagel, R. Nozick, J. Rawls, T. Scanlon, J.J. Thomson, *Apel filozofów ...*, dz. cyt., s. 246 oraz Rachels, *Active and Passive Euthanasia...*, dz. cyt., s. 30.
- ⁵⁹ H. Kuhse, *Why Killing is not always Worse – and Sometimes Better – than Letting Die*, w: H. Kuhse, P. Singer (ed.), *Bioethics...*, dz. cyt., s. 299; por. też J. Rachels, *Active and Passive Euthanasia...*, dz. cyt., s. 24 i 26.
- ⁶⁰ R. Dworkin, T. Nagel, R. Nozick, J. Rawls, T. Scanlon, J.J. Thomson, *Apel filozofów...*, dz. cyt., s. 252.
- ⁶¹ R. Young, *Medically Assisted Death*, Cambridge University Press, Cambridge 2007, s. 92.
- ⁶² J. Finnis, *Filozoficzny argument przeciwko eutanazji*, w: W. Galewicz (red.), *Wokół śmierci...*, dz. cyt., s. 197.
- ⁶³ Por. A.J. Weisbrad, M. Siegler, *Zabijanie pacjentów z litości – apel o ostrożność*, w: W. Galewicz (red.), *Wokół śmierci...*, dz. cyt., s. 161; por. T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki...*, dz. cyt., s. 249.
- ⁶⁴ Podawanie wody i pożywienia w sposób sztuczny stosowane jest w sytuacji, gdy pacjent nie może jeść samodzielnie, np. gdy jest nieprzytomny lub gdy stracił odruch połykania. Pacjenta można w takich wypadkach nawadniać i odżywiać za pomocą kroplówki, sondy żołądkowej (zgiębnika) lub gastrostomii (chirurgicznie otworu wykonanego w powłokach żołądkowych, przez który podaje się pokarm).
- ⁶⁵ J. Lynn, J.F. Childress, *Czy pacjenci zawsze powinni otrzymywać pożywienie i wodę*, w: W. Galewicz (red.), *Wokół śmierci...*, dz. cyt., s. 141.
- ⁶⁶ D.W. Brock, *Life – Sustaining Treatment...*, dz. cyt., s. 1417 oraz W. Galewicz, *Decyzje o zakończeniu życia*, w: W. Galewicz (red.), *Wokół śmierci...*, dz. cyt., s. 41.
- ⁶⁷ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki...*, dz. cyt., s. 218 oraz D.W. Brock, *Life – Sustaining Treatment...*, dz. cyt., s. 1417.
- ⁶⁸ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki...*, dz. cyt., s. 216.
- ⁶⁹ J. Lynn, J.F. Childress, *Czy pacjenci...*, dz. cyt., s. 144.
- ⁷⁰ B. Jennett, *Letting vegetative Patients die*, w: J. Keown, *Euthanasia examined*, Cambridge University Press, Cambridge 1997, s. 180.

- ⁷¹ G. Tulloch, *Euthanasia – Choice and Death*, Edinburgh University Press, Edinburgh 2005, s. 83–85, a także K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, t. 1, Warszawa 2009, s. 393–394.
- ⁷² K. Szewczyk, *Bioetyka...*, dz. cyt., s. 396.
- ⁷³ Tamże, s. 396.
- ⁷⁴ J. Keown, *Euthanasia, Ethics...*, dz. cyt., s. 221.
- ⁷⁵ Zob. K. Szewczyk, *Bioetyka...*, dz. cyt., s. 394.
- ⁷⁶ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki...*, dz. cyt., s. 235 oraz *Key Legal Cases in Bioethics*, w: *Encyclopedia of Bioethics...*, dz. cyt., s. 2924; por. M. Szeroczyńska, *Eutanazja...*, dz. cyt., s. 279 oraz A.J. Weisbard, M. Siegler, *Zabijanie pacjentów...*, dz. cyt., s. 161.
- ⁷⁷ P. Kowalczyk, *Czy Eluana doczeka wyroku Strasbourga*, „Rzeczpospolita” 15.11.2008.
- ⁷⁸ P. Kowalczyk, *Sędziowie rozstrzygną o życiu i śmierci*, „Rzeczpospolita” 10.10.2008.
- ⁷⁹ P. Kowalczyk, *Rząd ratuje Eluanę*, „Rzeczpospolita” 7.02.2009 oraz P. Kowalczyk, *Włochy: spory o śmierć*, „Rzeczpospolita” 11.02.2009.
- ⁸⁰ P. Kowalczyk, *Ojciec Eluany mordercą*, „Rzeczpospolita” 28.02.2009.
- ⁸¹ P. Kowalczyk, *Spory o słodką śmierć i testament biologiczny*, „Rzeczpospolita” 10.02.2010.
- ⁸² P. Kowalczyk, *Lekarze nie mogliby dziś odłączyć odżywiania Eluanie Englaro*, „Rzeczpospolita” 21.02.2009.
- ⁸³ B. Jennett, *Letting vegetative...*, dz. cyt., s. 170; D.W. Brock, *Life – Sustaining Treatment...*, dz. cyt., s. 1417 oraz M. Warnock & E. Macdonald, *Easeful Heath...*, dz. cyt., s. 107.
- ⁸⁴ J. Lynn, J.F. Childress, *Czy pacjenci...*, dz. cyt., s. 146–147 oraz T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki...*, dz. cyt., s. 216–217, a także W. Galewicz, *Decyzje o zakończeniu życia...*, dz. cyt., s. 39 i 41–45 oraz K. Szewczyk, *Bioetyka...*, dz. cyt., s. 309.
- ⁸⁵ K. Szewczyk, *Bioetyka...*, dz. cyt., s. 310.
- ⁸⁶ Por. D.W. Brock, *Life – Sustaining Treatment...*, dz. cyt., s. 1417 oraz D. Callahan, *Zabicie a przyzwolenie ...*, dz. cyt., s. 178.
- ⁸⁷ R. Fenigsen, *Przysięga Hipokratesa*, Warszawa 2010, s. 212.
- ⁸⁸ M. Warnock & E. Macdonald, *Easeful Heath...*, dz. cyt., s. 106.
- ⁸⁹ Por. T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki...*, dz. cyt., s. 216–217.
- ⁹⁰ J. Boyle, *A Case for Sometimes Tube-feeding Patients in Persistent Vegetative State*, w: Keown, *Euthanasia...*, dz. cyt., s. 229.
- ⁹¹ A.J. Weisbard, M. Siegler, *Zabijanie pacjentów...*, dz. cyt., s. 159–160.
- ⁹² R. Fenigsen, *Przysięga Hipokratesa*, Warszawa 2010, s. 212–213.
- ⁹³ Tamże, s. 160 oraz B. Jennett, *Letting vegetative Patients...*, dz. cyt., s. 181.
- ⁹⁴ K. Szewczyk, *Bioetyka...*, dz. cyt., s. 309.
- ⁹⁵ S. Leone, *Śmiertelnie chory...*, dz. cyt., s. 47 oraz por. A.J. Weisbard, M. Siegler, *Zabijanie pacjentów...*, dz. cyt., s. 160.

- ⁹⁶ R. Fenigsen, *Przysięga...*, dz. cyt., s. 213.
- ⁹⁷ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki...*, dz. cyt., s. 218.
- ⁹⁸ J. Lynn, J.F. Childress, *Czy pacjenci...*, dz. cyt., s. 151 oraz K. Szewczyk, *Bioetyka...*, dz. cyt., s. 309.
- ⁹⁹ J. Lynn, J.F. Childress, *Czy pacjenci...*, dz. cyt., s. 152 oraz R. Fenigsen, *Przysięga...*, dz. cyt., s. 212.
- ¹⁰⁰ K. Szewczyk, *Bioetyka...*, dz. cyt., s. 313.
- ¹⁰¹ D. Orentlicher, *The Supreme Court and Physician – Assisted Suicide – Rejecting Assisted Suicide but Embracing Euthanasia*, „The New England Journal of Medicine” (wersja elektroniczna) 1997, Vol. 337, no 17, s. 2; por. też K. Szewczyk, *Bioetyka...*, dz. cyt., s. 313.
- ¹⁰² D.W. Brock, *Life – Sustaining Treatment...*, dz. cyt., s. 1418 oraz D. Orentlicher, *Sąd Najwyższy i terminalna sedacja. Możliwość etycznie gorsza od lekarskiej pomocy w samobójstwie*, w: W. Galewicz (red.), *Wokół śmierci...*, dz. cyt., s. 211.
- ¹⁰³ K. Szewczyk, *Bioetyka...*, dz. cyt., s. 313.
- ¹⁰⁴ Tamże, s. 314.
- ¹⁰⁵ D.W. Brock, *Life – Sustaining Treatment...*, dz. cyt., s. 1418.
- ¹⁰⁶ M. Warnock & E. Macdonald, *Easeful Heath...*, dz. cyt., s. 108-109.
- ¹⁰⁷ D. Orentlicher, *The Supreme Court...*, dz. cyt., s. 2.
- ¹⁰⁸ Tamże, s. 4.
- ¹⁰⁹ D.L. Sloss, *The Wright to Choose...*, dz. cyt., s. 952–953.
- ¹¹⁰ D. Orentlicher, *Sąd Najwyższy i terminalna sedacja. Możliwość etycznie gorsza od lekarskiej pomocy w samobójstwie*, w: W. Galewicz (red.), *Wokół śmierci...*, dz. cyt., s. 211–212.
- ¹¹¹ D. Orentlicher, *The Supreme Court...*, dz. cyt., s. 2 i 4.
- ¹¹² D. Orentlicher, *Sąd Najwyższy i terminalna sedacja...*, dz. cyt., s. 214–215.
- ¹¹³ Tamże, s. 217–218 oraz D. Orentlicher, *The Supreme Court...*, dz. cyt., s. 2.
- ¹¹⁴ Tamże, s. 215 i 221–222.
- ¹¹⁵ K. Szewczyk, *Bioetyka...*, dz. cyt., s. 316.
- ¹¹⁶ Por. P. Aszyk, *Granice...*, dz. cyt., s. 162 i 164.
- ¹¹⁷ K. Szewczyk, *Bioetyka...*, dz. cyt., s. 314.
- ¹¹⁸ G. Williams, *The Principle of Double Effect and Terminal Sedation*, „Medical Law Review” 2001, 9, s. 53.
- ¹¹⁹ M. Warnock & E. Macdonald, *Easeful Heath...*, dz. cyt., s. 109.
- ¹²⁰ D. Orentlicher, *Sąd Najwyższy i terminalna sedacja...*, dz. cyt., s. 219.
- ¹²¹ G. Williams, *The Principle of Double Effect...*, dz. cyt., s. 51–52.
- ¹²² D. Orentlicher, *Sąd Najwyższy i terminalna sedacja...*, dz. cyt., s. 219.
- ¹²³ K. Szewczyk, *Bioetyka...*, dz. cyt., s. 316.