

Wydaje się, że Papież ogranicza możliwość rezygnacji z zabiegów określanych mianem uporczywej terapii do przypadków, kiedy „śmierć jest bliska i nieuchronna”. Podobnie Polska Grupa Robocza do spraw Problemów Etycznych Końca Życia w zaproponowanej przez jej członków definicji uporczywej terapii ogranicza posługiwanie się terminem „uporczywy” do sytuacji umierania osoby, której nie da się już wyleczyć: „Uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta”¹⁰. O ile w definicji zaproponowanej przez Grupę Roboczą ewidentnie mówi się o umieraniu, o tyle określenie „śmierć jest bliska i nieuchronna” może dotyczyć nie tylko osób umierających, ale także tych, które znalazły się w terminalnym stanie choroby. Taka interpretacja staje się możliwa w kontekście całej przywołanej uprzednio definicji uporczywej terapii sformułowanej przez Jana Pawła II. Terminalny stan choroby to taki, w którym kondycja pacjenta ulega ciągłemu pogarszaniu, prowadząc do jego śmierci w krótkim i dającym się przewidzieć czasie. W przypadku osoby umierającej przewidywany czas przeżycia nie przekracza kilku czy kilkunastu dni, pacjent w stanie terminalnym natomiast to chory, który znalazł się w końcowej fazie choroby, a faza ta może trwać nawet przez rok¹¹. Według niektórych opinii zakres określenia „terminalny” ulega rozszerzeniu, obejmuje się nim bowiem trzy grupy pacjentów: (1) chorych umierających,

¹⁰ W. B o ł o z, M. K r a j n i k i n., *Definicja uporczywej terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2(2008) nr 3, s. 77.

¹¹ Por. S z e w c z y k, dz. cyt., s. 291.

(2) chorych w stanie terminalnym oraz (3) chorych w stanie wegetatywnym, pozostających w śpiączce czy cierpiących na tak zwany syndrom zamknięcia¹². Za racje przemawiające na rzecz takiej klasyfikacji uznaje się okoliczności, które występują w tych grupach chorych. Leczenie przyczynowe w przypadku każdej z nich uznaje się za niecelowe, podobne są zadania pielęgnacyjne i opiekuńcze wobec pacjentów i ich rodzin oraz pojawiają się podobne dylematy moralne związane z paliatywną opieką nad pacjentami¹³.

Zestawiając przywołaną tu klasyfikację osób terminalnie chorych z definicją uporczywej terapii sformułowaną przez Jana Pawła II, zauważamy, że definicja ta zdaje się obejmować swoim zakresem pierwszą i drugą grupę pacjentów, a więc chorych, w stosunku do których istnieje przypuszczenie, że umrą we względnie krótkim i dającym się przewidzieć czasie¹⁴. Z dużą dozą pewności można też stwierdzić, że definicja ta nie odnosi się do pozostałych chorych uwzględnionych w klasyfikacji. Mimo że chorych pozostających w stanie wegetatywnym bądź śpiączce, bądź też cierpiących na syndrom zamknięcia należy uznać za pacjentów, wobec których leczenie przyczynowe jest niecelowe (jako terapia medycznie daremna), to jednak nie znajdują się oni w sytuacji, gdy „śmierć jest bliska i nieuchronna”. Ich stan jest zazwyczaj stabilny, a niektórzy spośród nich mogą przeżyć kilka, a nawet kilkanaście lat. Trudno więc zgodzić się z opinią, że należałoby uznać ich za osoby terminalnie chore.

Podsumowując, należy stwierdzić, że o uznaniu terapii za uporczywą decyduje, poza przesłankami ściśle medycznymi, także subiektywna opinia chorego. Niełatwo jest jednak określić moment, w którym kontynuowanie terapii, które z perspektywy chorego wydaje się uporczywe, można rzeczywiście za takie uznać¹⁵. Rezygnację z terapii medycznej, która nie zostałaby uznana ani za terapię uporczywą, ani za terapię medycznie daremną, można by postrzegać jako eutanazję. Papież zdaje sobie sprawę z tej trudności, skoro zaznacza, że „rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją”. Wskazuje zatem na dodatkowe warunki, które

¹² Syndrom zamknięcia (ang. locked-in syndrome) to stan, w którym pacjent pozostaje w pełni świadomy, lecz na skutek uszkodzenia części mózgu odpowiedzialnej za czynności wegetatywne nie jest w stanie się poruszać (z powodu paraliżu mięśni szkieletowych). Może komunikować się z otoczeniem jedynie dzięki zachowanej zdolności do mrugania powiekami i poruszania oczami (por. S z e w c z y k, dz. cyt., s. 292).

¹³ Por. tamże.

¹⁴ W odniesieniu do niektórych pacjentów krótki okres przeżycia oznacza kilka lub kilkanaście dni, w odniesieniu do innych – nawet kilka miesięcy. Dysproporcje te wynikają ze specyfiki poszczególnych przypadków klinicznych.

¹⁵ Por. L.M. K o p e l m a n, *Pojęciowe i moralne problemy terapii daremnej i użytecznej*, w: *Dylematy bioetyki*, red. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, Zakład Etyki i Filozofii Akademii Medycznej, Łódź 2001, s. 120; C h y r o w i c z, dz. cyt., s. 317.

muszą być spełnione, aby uzyskać pewność, że decyzja o rezygnacji z terapii jest moralnie dopuszczalna, a więc nie wiąże się z żadną krzywdą ani szkodą wyrządzoną pacjentowi.