

TADEUSZ KIELANOWSKI

Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci

Wbrew temu, co się dość powszechnie sądzi i mówi, nie walczyła medycyna nigdy ani nie walczy ze śmiercią człowieka. Jeżeli już koniecznie nazywać lekarza „bojownikiem”, a jego pracę „walką”, to należałoby raczej mówić o walce z chorobą albo walce z cierpieniem lub ewentualnie o walce z przedwczesną śmiercią. Natomiast sam fakt nieuchronności śmierci człowieka nie był nigdy poważnie i bezpośrednio podawany przez naukę medyczną w wątpliwość. W fizyczną nieśmiertelność człowieka wierzyli może — nie mówiąc zresztą o tym głośno — ci badacze, którzy poszukiwali przyczyn starzenia się. Trzeba tu wspomnieć znakomitego pioniera medycznej bakteriologii Ilię Miecznikowa i jego teorię zatruwania ustroju przez procesy bakteryjne, toczące się w przewodzie pokarmowym — teorię, jak się wkrótce okazało, całkowicie błędną. Stosunkowo długo wysnuwano potem dość daleko idące wnioski z omyłki innego, znakomitego laureata nagrody Nobla, Aleksego Carrela, twórcy teorii i techniki hodowli tkanek. Na podstawie złej interpretacji doświadczeń sądzono, że starzeje się makroustrój, ale nie starzeją się wyizolowane z niego i hodowane we wciąż odnawianych specjalnych płynach odżywczych komórki. Dopiero kilka lat temu okazało się, że starzeją się także, a może przede wszystkim komórki, że komórka ludzkiego noworodka może żyć w hodowli kilkadziesiąt lat, ale komórka starca tylko kilka lat, choć pod mikroskopem, nawet elektrónowym, nie widzimy na razie pomiędzy nimi żadnej wyraźnej różnicy.

Aż po pierwsze dziesięciolecie XIX w. była medycyna sztuką leczenia ludzi i na pewno gałęzią nauk humanistycznych, a nie nauk przyrodniczych. Lekarzy było mało, interweniowali tylko w ciężkich chorobach, zabiegów nie wykonywali, pozostawiając to chirurgom, którzy byli rzemieślnikami i nie musieli znać łaciny. Mając ciągle do czynienia z bardzo ciężko, często nieuleczalnie chorymi, lekarze wiedzieli o tym, że podno-

szenie chorego na duchu, pocieszenie i uspokojenie go, jest równie ważne, jak łagodzenie jego cierpień fizycznych.

W przeciwieństwie do tego, dzisiejsza medycyna uważa się za naukę przyrodniczą, opiera się na chemii, na fizyce z elektroniką na czele i na statystyce matematycznej, a za swój podstawowy cel uważa zapobieganie chorobom (o ile możliwości w skali społecznej) i przywracanie chorym zdrowia. Przynoszenie ulgi ludziom nieuleczalnie chorym jest w deklaracjach lekarskich stale podkreślane jako obowiązek nie mniej ważny od przyczynowego leczenia, ale w praktyce nie mieści się jakoś w gospodarce czasowej zabieganego lekarza. Leczenie objawowe, nie przywracające zdrowia, lecz łagodzące wyłącznie bóle i inne dolegliwości, bywa coraz częściej nazywane postępowaniem, a nie leczeniem, a więc degradowane, by nie powiedzieć lekceważone.

Łatwo spostrzec, że lekarz poświęca choremu w szpitalu najwięcej czasu wtedy, kiedy nie udało mu się jeszcze ustalić rozpoznania. Po rozpoznaniu, ordynator zleca często czynności lecznicze młodszym lekarzom, a sam śledzi tylko przebieg choroby i objawy poprawy. W wypadku rozpoznania niepomyślnego, a już szczególnie od momentu, w którym stan chorego zaczyna się codziennie pogarszać i niczego dobrego spodziewać się nie można, przestają lekarze nieraz niestety w ogóle interesować się pacjentem:

— jeżeli jest to pacjent szpitalny, zatrzymują się na sali przy jego łóżku na coraz krótszą chwilę, albo wchodzą do jego separatki coraz rzadziej,

— jeżeli jest to pacjent, który stara się o przyjęcie do szpitala, nie przyjmują go z braku miejsca,

— jeżeli zaś jest to pacjent chcący płacić za leczenie w ramach tzw. praktyki prywatnej, oświadczają rodzinie, że się leczenia podjąć nie mogą. Zdarza się to u nas zapewne dziś już rzadko, bo mało jest praktyki prywatnej, ale warto by zbadać, czy lekarz tak czyniący wie w naszych czasach, że podobne postępowanie zalecał starożytny ojciec medycyny Hipokrates; przestrzegał lekarzy, by nie podejmowali się leczenia stanów źle rokujących, bo niepowodzenie przynosi zawsze ujmę szlachetnemu zawodowi, obniża w oczach ludu wartość sztuki.

Lekarz, który współcześnie nie przyjmuje nieuleczalnie chorego do szpitala, nie czyni tego bynajmniej ze złej woli ani z tak zwanego braku serca, ale z przekonania, że chory, któremu już zdrowia przywrócić nie można, zajmie łóżko szpitalne i uniemożliwi przyjęcie człowieka, którego można wyleczyć, można uratować. W większości krajów świata, w tym u nas, liczba łóżek szpitalnych jest niedostateczna, nie ma jednak u nas zakazu przyjmowania nieuleczalnie chorych do szpitali. Zagadnienie polityki obkładania łóżek szpitalnych nie jest tematem tych rozważań, po-

ruszono tę sprawę tylko dlatego, żeby pokazać, iż lekarz współczesny uważa za swój podstawowy obowiązek przywracanie zdrowia; wszystko inne schodzi na drugi plan, a w tym na drugi, a może jeszcze dalszy plan zeszło na wiele dziesięcioleci lekarskie zainteresowanie śmiercią człowieka, śmiercią nieuniknioną.

Nie można wykluczyć równocześnie przypuszczenia, że małe zainteresowanie lekarzy epoki naukowej medycyny przyrodniczej śmiercią człowieka było także następstwem pewnego, jeżeli wolno to tak nazwać — zmonopolizowania wszystkiego, co dotyczy umierania i śmierci przez kler. Do moralnych obowiązków lekarza należało przecież jeszcze przed kilkudziesięciu laty dbanie o to, by się chory przed śmiercią należycie „pogodził z Bogiem”, co się w praktyce szpitalnej stawało źródłem scen dla wielu pacjentów, świadków ceremonii, przykrych, a także niezgodnych z zasadami psychoterapii. Mówienie choremu o potrzebie spowiedzi i sakramentów równało się przecież wyjawieniu mu groźnej prawdy.

Od niewielu lat przeżywamy nawrót zainteresowania się medycyny śmiercią człowieka, a objawem tego jest nieomal eksplozja oryginalno-badawczych i monograficznych publikacji. Być może, moralne i techniczne problemy związane z transplantacją serca były jedną z przyczyn nawrotu zainteresowań, ale tylko jedną z przyczyn, bo na przykład decyzja budowy zakładu opiekuńczo-lekarskiego dla umierających (Zakład im. św. Krzysztofa) w Londynie zapadła już prawie trzydzieści lat temu.

Przeżywamy okres zmierzchu naiwnego, prymitywnego materializmu. Dłużej niż przedstawiciele innych zawodów hołdowali mu lekarze, bo był on w ich pojęciu najbardziej skrajnym przeciwieństwem tego, co aż po wiek dziewiętnasty hamowało rozwój nauk medycznych, mianowicie magii, mistyki i pozbawionej rzetelnych podstaw spekulacji. Rozważania na temat śmierci wydawały się lekarzom nadmiernie bliskie metafizyki, bo zmuszały do rozmyślań nad sensem życia, niepowtarzalnością osoby ludzkiej, moralnym obliczem cierpienia itd. i może dlatego lekarze materiališci zrzekali się całej tej dziedziny chętnie na rzecz kleru i Kościoła. Dopiero obecnie fakt coraz bardziej realnej możliwości przedłużania życia ludzi chorych, czyli odwlekania zgonu na dni, miesiące, a czasem lata, stał się przyczyną nieodzowności medyczno-filozoficznego zajęcia stanowiska wobec zjawiska śmierci.

Z początku chodziło o pytanie o sens lub bezsens utrzymywania przy życiu przy pomocy coraz bardziej skomplikowanych środków ludzi „czynnościowo odmóżdżonych”, to jest pozbawionych definitywnie świadomości wskutek uszkodzenia mózgu przez krwotok wewnątrzczaszkowy albo trwające zbyt wiele minut niedokrwienie mózgu. W tej sprawie zabrał głos, zawsze bardzo zainteresowany problemami moralno-medycznymi, papież Pius XII, twierdząc, że należy utrzymywać człowieka przy życiu

przy pomocy „środków zwyczajnych”, ale nie ma obowiązku czynienia tego, jeżeliby zachodziła potrzeba stosowania „środków nadzwyczajnych”, trudno osiągalnych. Podział na „środki zwyczajne i nadzwyczajne” nie jest jednak medycznie ani moralnie do przyjęcia, bo jakież by mogły być kryteria „zwyczajności”? Zapewne pieniądze. Decyzje moralne muszą się opierać na innych kryteriach, toteż wypowiedzi papieża nie zbliżyły lekarzy do rozwiązania problemu. Później jednak, w epoce transplantacji narządów, utrzymywanie przy wegetatywnym życiu ludzi czynnościowo odmóżdżonych, kandydatów na dawców narządów, stało się praktyczną koniecznością, mimo braku rozwiązania zagadnień moralnych.

Z medycznego punktu widzenia nie można rozważać zagadnień śmierci i umierania bez równoczesnego uwzględniania problemu cierpienia fizycznego i moralnego. Niektóre filozofie przypisują cierpieniu wartości moralne, a podobnie widzieli to poeci, szczególnie romantyczni, co pozostawało może w związku z wielką epidemią gruźlicy płuc (suchot płucnych), jaka panowała szczególnie w pierwszej połowie XIX w. w Europie. Lekarz jest przeciwnikiem cierpienia i nie zwalcza go tylko wtedy, kiedy może mu ono dawać ważne, a nieodzowne wskazówki diagnostyczne. Cierpienia ludzi skazanych na rychłą śmierć powinny być — tak każe sztuka lekarska — zawsze zwalczane, nawet wtedy, kiedy istnieje prawdopodobieństwo, że człowiek żyłby może nieznacznie dłużej, nie korzystając z dobrodziejstwa środków przeciwbólowych i oszałamiających. Lekarze zwalczają więc cierpienia, ale odrzucają i odrzucali zawsze myśl czynnego skracania życia choćby najbardziej cierpiącego, nieuleczalnie chorego pacjenta. Odrzucają dlatego, że nie chcą posiadać prawa, które by budziło lęk ludzi chorych, a także dlatego, że nie sądzą, by ktokolwiek miał prawo dysponowania cudzym życiem.

Nie można, trzymając się nawet najściślej problematyki medycznej, nie postawić tu sobie pytania o wartość życia ludzkiego i o prawo własności życia.

Dla lekarza życie ludzkie jest zawsze „świętością”, która nie ma ceny, przy czym życie czterdziestoletniego, znakomitego fachowca przedstawia tę samą wartość, co życie noworodka, nawet wcześniaka, lub życie osiemdziesięcioletniego starca. O każde życie lekarz obowiązany jest walczyć tak samo usilnie i wytrwale, choć należy pamiętać, że wolno lekarzom leczyć, czyli „walczyć o życie” tylko wtedy, kiedy pacjent sobie tego życzy, kiedy o to prosi, albo kiedy usprawiedliwione jest domniemanie, że by prosił, gdyby był przytomny albo w ogóle umiał wyrazić swoje zdanie.

Wynikałoby z tego, że dla lekarza jest właścicielem, dysponentem życia pełnoletni, psychicznie zdrowy człowiek, zawsze sam. Zasada ta obowiązuje lekarza, którego nie muszą, a nawet nie powinny w wyko-

nywaniu zawodu interesować inne doktryny, np. doktryna katolicka, w myśl której właścicielem życia jest Bóg, a człowiek tylko depozytariuszem o ograniczonych prawach, albo doktryna, w myśl której społeczeństwo, które człowieka wykarmiło i wykształciło, może żądać od niego spłaty długu i moralnie dyskwalifikować ucieczkę w śmierć. W myśl tej ostatniej doktryny, arystotelesowskiej, przyjętej przez niemal wszystkie kultury z wyjątkiem japońskiej, samobójstwo jest ucieczką i czynem godnym potępienia. Brak zgody na leczenie, na stosowanie antybiotyku, jeżeli jest nieodzowny, albo na operację w wypadku ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego czy krwotoku wewnętrznego, równa się samobójstwu. Mimo że lekarz może samobójstwo moralnie potępiać, nie wolno mu nigdy działać wbrew woli chorego.

Nie podlegająca dla lekarza dyskusji zasada, iż właścicielem i dysponentem życia jest sam człowiek, nie upoważnia natomiast lekarza do spełniania życzeń pacjenta, jeżeli prosi o zabiegi niepotrzebne i mogące mu przynieść szkodę. Nie wolno więc lekarzowi zabić pacjenta bez względu na okoliczności i na motywy prośby, a nie wolno także uszkodzić mu ciała, amputując np. zdrową kończynę albo podając bez wskazań lekarskich narkotyk. Byłoby to sprzeczne z zasadą, w myśl której lekarz jest zawsze obrońcą życia, a nie jest nigdy najemnym wykonawcą życzeń klienta. Wspomnieć tu tylko trzeba o jednym wyjątku, jakim jest przerywanie wczesnej ciąży. Jak wiadomo, jest prawo dokonywania tego zabiegu oparte na zasadzie mniejszej szkody, bo uważamy, że mniejszą szkodą jest zabicie kilkunastomilimetrowego płodu niż śmierć matki wskutek choroby albo wskutek zabiegu interupcji, wykonanego przez osobę niewykwalifikowaną, w nieodpowiednich warunkach sanitarnych. Dopuszczalność moralna zabiegu opiera się poza tym w sposób oczywisty, choć nigdzie wyraźnie nie sformułowany, na nieuznawaniu wczesnego płodu za człowieka; płód kilkutygodniowy, niezdolny do samodzielnego życia, nie mający wykształconego ośrodkowego układu nerwowego, traktowany jest jako część ciała matki. Nazywanie przerywania ciąży „zabijaniem dziecka” jest w każdym razie demagogią.

*

Zainteresowanie nauki medycznej i praktyki lekarskiej problemami śmierci człowieka, symptomatologią umierania i sztuką farmako- i psychoterapii jego cierpień terminalnych, można uznać za jeden z objawów humanistycznego renesansu medycyny. Jeżeli jeszcze nie renesansu, to na pewno wczesnych, ale realnych tego renesansu zapowiedzi.

Po dyskusjach toczonych na kongresach i w akademiach medycyny zgodzono się prawie jednomyślnie przed paru laty, że momentem śmier-

ci człowieka nie jest, jak umownie dotąd przyjmowano, zatrzymanie się akcji serca i oddechu (oba te automatyzmy mogą być sztucznie podtrzymywane dowolnie długo), ale zanik życiowych funkcji kory mózgowej, dający się wykazać elektroencefalograficznie, a cechujący się trwałym i nieodwracalnym zanikiem świadomości. Jeżeli po śmierci mózgu utrzymuje się przy pomocy przyrządów krążenie krwi i utlenianie jej, nie jest już obiekt tych czynności człowiekiem, ale manekinem posiadającym niektóre żywe tkanki i narządy nadające się do transplantacji. Nie trzeba chyba dodawać, że pozostaje tu mnóstwo moralnych, prawnych i obyczajowych problemów do rozwiązania, bo zwłokom człowieka przysługuje tradycyjnie część szacunku, należnego ludzkiej osobie. Niemniej warto zwrócić uwagę na fakt, że uznano ludzkiego „ducha”, a więc świadomość za cechę ludzkiej osobowości, cechę będącą nosicielem „świętości” ludzkiego życia, a więc zasługującą na ochronę. Tam, gdzie jej nie ma, nie ma żywego człowieka, choćby serce biło.

*

Medyczna praktyka łagodzenia cierpień umierającego człowieka jest wysoce niedoskonała, tak w zakresie farmako-, jak i psychoterapii. Nie zanotowano w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat, lat tak bogatych w medyczne i w ogóle przyrodnicze odkrycia, żadnych istotnych postępów sztuki łagodzenia cierpień ostatnich miesięcy, tygodni i dni życia. Nowe syntetyczne środki przeciwbólowe nie okazały się pod żadnym względem lepsze od starej morfiny, a przeciwdepresyjne środki psychofarmakologiczne zawodzą u umierających mimo wysokiego dawkowania. Chirurgia bólu, łącznie z psychochirurgią, nie spełniły dotąd oczekiwań swoich twórców i entuzjastów.

Człowiek współczesny znosi natomiast według wszelkiego prawdopodobieństwa gorzej ból fizyczny i moralny niż jego przodek sprzed paru pokoleń. Przemawia za tym już choćby olbrzymia konsumpcja aspiryny, mieszanek przeciwbólowych i tabletek o mniej lub więcej wyrażonym działaniu antydepresyjnym, a także powodzenie świeckich spowiedników i pocieszycieli, jakimi są w wielu krajach psychoanaliticy. Zdaje się, że ludzi tak naiwnie i ufnie wierzących w raj i życie pozagrobowe, by się dzięki temu nie obawiali śmierci, jest bardzo mało. Nadmierna natomiast, a ogromnie rozpowszechniona wiara we wszechmoc nauki, a więc wiara we wszechmoc współczesnego lekarza, rodzi tym głębszą rozpacz, kiedy chory widzi, iż w jego przypadku naukowa medycyna zawodzi.

Lekarz współczesny źle sobie radzi już w momencie, w którym nie wie, co powiedzieć choremu, którego stan zdrowia będzie się odtąd na

pewno już tylko pogarszał. Mówić choremu prawdę czy nie mówić? Jeżeli nie mówić — a taka opinia przeważa — to jak go przygotować do ciągłego pogarszania się stanu zdrowia? Jest rzeczą oczywistą, że nie istnieje i nie może tu istnieć żaden schemat postępowania, że wszystko zależy od indywidualnych cech usposobienia i charakteru pacjenta, cech, które lekarz musi umieć poznawać i właściwie interpretować. Umiejętność ta, to jeszcze ciągle bardziej sztuka niż wiedza, a uczy się jej lekarz od starszych kolegów dopiero po dyplomie — jeżeli w ogóle się jej uczy i jeżeli ją docenia, mimo że nie daje się ona wyrazić za pomocą wzorów chemicznych ani liczb.

Coraz wyraźniej rysuje się potrzeba powstania i rozwoju nowej dziedziny nauk lekarskich, dziedziny nauki o objawowym leczeniu ludzi umierających, czyli leczeniu terminalnym. Ambicją medycyny powinna być umiejętność łagodzenia cierpień terminalnych w takim samym stopniu, w jakim łagodzi się dziś bóle przedoperacyjne, operacyjne i pooperacyjne, co się ostatnio czyni już przecież znakomicie. Sądzę, że nazwa nauki o dobrym umieraniu mogłaby poprawnie brzmieć — eutanatologia.

Problematyka eutanatologii byłaby bardzo bogata i nie ograniczałaby się do studiowania metod farmakologicznych i psychoterapeutycznych. Wiele spraw przekraczałoby zawodowe kwalifikacje lekarza. Sądzę, że nieodzowna by była współpraca filozofa z lekarzem, tak w wytyczaniu drogi badań, jak i dyskusowaniu pojęć i postaw.

Przez całe stulecia monopolizowała filozofię śmierci fideistyczna metafizyka, której wszyscy musieli być wierni i której zasad nie miał lekarz prawa podważać.

W naszej epoce, która odchodzi tak od fideizmu, jak i od naiwnego scjentyzmu, a chlubi się renesansem myśli moralnej w medycynie, musi się medycyna zająć znacznie intensywniej niż dotąd problemem umierania i śmierci. Bez względu na to, czy trwa godziny, czy miesiące, jest umieranie normalnym etapem życia, równie ważnym jak niemowlęctwo, pokwitanie, wiek dojrzały, przekwitanie i starość. Z tym, że śmierć jest nieunikniona, trzeba się pogodzić, ale wcale nie trzeba się godzić z tezą, jakoby umieranie musiało być okresem cierpień fizycznych i moralnych, bo takie są rzekomo prawa przyrody albo tak to postanowił Bóg. Przede wszystkim zaś nie powinien się z tym zgadzać lekarz.

МЕДИЦИНСКИЕ И МОРАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ УМИРАНИЯ И СМЕРТИ

С середины прошлого столетия и почти до нашего времени медицина интересовалась — по мере перерождения из искусства лечения больных в естествоведческую науку — все менее „медицинской“ и моральной проблематикой смерти. Больной, обреченный на скорую смерть, неохотно принимался в больницу, так как занимал место и отнимал время у персонала, который предпочитал отдать их лечению излечимых пациентов; больница превращалась в нечто вроде фабрики, ремонтирующей поврежденные человеческие „машины“, если еще имелись для этого материальные возможности и если такой „ремонт“ окупался. Забота же о моральных страданиях умирающих охотно перепоручалась священнослужителям.

Однако за последние годы наблюдается изменение положения; начинает преобладать взгляд, что долг врачебного искусства состоит также в том, чтобы трудиться над совершенствованием борьбы с физическими и моральными страданиями, связанными с умиранием. Появляются медицинские монографии о смерти, научные труды, и даже специальные больничные отделения и институты, совершенствующие эту запущенную область медицины.

Огромное большинство врачей выступает против укорачивания жизни, чтобы сократить страдания умирающего, считая, что с их точки зрения, любое такое действие является капитуляцией. Врачи в своем огромном большинстве выступают также против так называемой добровольной эвтаназии и считают недопустимым даже предоставление совета, который может облегчить самоубийство. Вместо того, чтобы капитулировать, врачи стремятся находить новые способы облегчения страданий, расширяя ту отрасль медицины, которая должна называться эвтанатологией, т.е. наукой о спокойном умирании. Облегчение терминальных страданий в такой же мере, в какой современная медицина успешно снимает боли при многих недугах, — операционные, послеоперационные, родильные и другие боли — должно быть и постепенно становится одной из основных обязанностей врача.

Tadeusz Kielanowski

MEDICAL AND MORAL PROBLEMS OF DEATH AND DYING

From the middle of the 19th century and as long as until almost recently medicine moved away from being a craft of treating the sick and aspired to be counted among natural sciences; and the more it did so the less was it interested in moral problems of death. A man doomed to die soon was not a welcome patient to a hospital, for he would only take up space and waste the time of the personnel if they wanted to help him in spite of his hopeless prognosis. Hospitals functioned as a sort of servicing workshops that agreed to repair human mechanism willingly only if they could have an assurance of a sufficient durability of the unit and if they thought that the repair could well be paid for with a prolonged satisfactory

performance of the repaired mechanism. The handling of moral anguish of the dying was gladly bequeathed to the priests.

But the last years have witnessed a change in this situation. An opinion is gathering a growing acceptance that it is a duty of the medical professions to assuage moral and physical pains of the dying. Books have been written on this subject, students have analyzed it in their dissertations, and in some hospitals separate wards have been created which specialize in extending services in this heretofore neglected branch of medicine.

Along with these changes a great majority of doctors strongly oppose the idea that the terrors of death may in any case be shortened by the doctor for the alleged benefit of the patient. They believe that every such act is a case of unwarranted surrender. A majority of doctors also oppose the view that a firm wish and a full consent to die authorize a doctor to help a distressed patient commit suicide. They even believe that giving a suggestion which may facilitate the act of suicide is wrong. Doctors are determined to find new means alleviating pain by developing a branch of medicine that may be called euthanatology or the art of good dying. The mitigation of pains occurring among the dying patients should be inasmuch a task of medical practice as is mitigating pains that occur in common diseases, post-operational states or parturition, and doctors begin to consider this duty as one of the foremost exigencies facing their profession at the present.