



## **Nawadnianie i karmienie pacjentów w stanie wegetatywnym – problematyka etyczna**

PIOTR ASZYK

Akademia Katolicka w Warszawie – Collegium Bobolanum  
Warszawa  
ORCID: 0000-0001-6291-3540

### STRESZCZENIE

Pacjenci w stanie wegetatywnym wymagają szczególnej i kompleksowej opieki. Niemal we wszystkim są zależni od pomocy innych. Chorzy bardzo poważnie nie-  
domagają, nie są jednak ludźmi umierającym i mogą przeżyć wiele lat. Jednak od  
kilku dekad pojawiają się w przestrzeni publicznej postulaty depersonalizacji owych  
pacjentów. Podważane bywa ich prawo do życia, skazuje się ich na śmierć w wyni-  
ku zaprzestania nawadniania i odżywiania. Kwestie te niejednokrotnie trafiają na  
sądową wokandę, choć *de facto* stanowią przede wszystkim problem natury moral-  
nej, który każe pochylić się nad istotą człowieczeństwa przytłoczonego brzemieniem  
bezradności i cierpienia. Niniejszy tekst jest próbą zmierzenia się z niektórymi pro-  
blemami etycznymi zogniskowanymi wokół zaprzestania nawadniania i karmienia  
osób w stanie wegetatywnym.

Słowa kluczowe: stan wegetatywny, bioetyka, eutanazja, osoba, świadomość

\* \* \*

### **1. Wstęp**

Chorzy w tak zwanym stanie wegetatywnym najczęściej żyją i do-  
pełniają swych dni w szpitalach, specjalistycznych klinikach lub domach  
rodzinnych, z dala od zgłęku i wrzawy świata, otoczeni daleką od osten-  
tacji opieką personelu medycznego lub swoich bliskich. Jednak od czasu  
do czasu osoby te, cierpiące na poważne zaburzenia zdrowotne, trafiają na  
pierwsze strony gazet, stają się bohaterami mediów, debat lub są mimo-  
wolnymi sprawcami swoistych przesileń w sferze społecznej. Niedawno  
w przestrzeni publicznej zrobiło się głośno o panu Sławomirze (jego na-

zwiska nie ujawniono), Polaku zamieszkałym w Wielkiej Brytanii, który znajdującym się, w z powodu zatrzymania akcji serca znalazł się w stanie wegetatywnym i któremu sąd Zjednoczonego Królestwa, przy aplauzie jednej i sprzecznie innej części rodziny, zaordynował zaprzestanie karmienia i nawadniania. Sprawa była szeroko dyskutowana, podejmowano kroki prawne i dyplomatyczne itd., aby odsunąć nieuchronne widmo śmierci od rzeźzonego pacjenta, ale działania te ostatecznie okazały się bezskuteczne<sup>1</sup>.

Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci spory sądowe dotyczące zaniechania odżywiania i nawadniania chorych w stanie wegetatywnym niejednokrotnie elektryzowały opinię publiczną. W literaturze bioetycznej znaleźć można szeroko opisywany przypadek Nancy Cruzan, która w wyniku wypadku samochodowego znalazła się w stanie wegetatywnym. Pacjentkę odżywiano przy pomocy sondy żołądkowej. Kiedy po kilku miesiącach rodzice dwudziestopięcioletki uznali, że nie ma rokowań na poprawę zdrowia, rozpoczęli pełną zwrotów akcji batalię, która po siedmiu latach zakończyła się wyrokiem zezwalającym na usunięcie sondy i śmiercią ich córki w grudniu 1990 roku. Kilka miesięcy wcześniej inna Amerykanka, Terri Schiavo, znalazła się w stanie wegetatywnym w wyniku zawału mięśnia sercowego. Toczące się w jej sprawie wieloletnie i niezwykle burzliwe postępowanie sądowe dotyczące nawadniania i żywienia przykuwało uwagę społeczną, angażowało polityków i rozmaite autorytety. W 2005 roku decyzją sądu po trzynastu dniach od usunięcia sondy kobieta zmarła<sup>2</sup>. Taki sam los spotkał w 2009 roku trzydziestoosmioletnią Włoszkę, Eluanę Englaro, po siedemnastu latach życia w stanie wegetatywnym, oraz czterdziestodwuletniego Francuza, Vincenta Lamberta, w 2019 roku, po dziesięciu latach w stanie wegetatywnym<sup>3</sup>. Przywołane powyżej historie rozpalają emocje, skłaniają do refleksji nad ludzką egzystencją, stają się pożywką dla programów społecznych i politycznych. Wymiar sprawiedliwości nie jest jedyną instancją stającą przed koniecznością rozstrzygnięcia, czy osoby w stanie wegetatywnym należy sztucznie karmić i nawadniać. Mamy bowiem w tym wypadku przede wszystkim do czynienia z problemem natury moralnej, który każe pochylić się nad – nie zawsze oczywistą z perspekty-

<sup>1</sup> Jakub Pawlikowski i in., „Zaprzestanie nawadniania i żywienia pacjentów w stanie wegetatywnym lub stanie minimalnej świadomości. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie 2020”, *Medycyna Praktyczna* 1 (2021): 1-3; „Zmarł Polak. Wiceminister Wawrzyk: robiliśmy wszystko, żeby pomóc naszemu rodakowi”, dostęp 10 marca, 2021, <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C802060%2Czmarl-polak-wiceminister-wawrzyk-robilismy-wszystko-zeby-pomoc-naszemu>.

<sup>2</sup> Kazimierz Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia* (Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2009): 326, 390, 413-414.

<sup>3</sup> Alicja Bańczyk, „Zaprzestanie uporzecznej terapii na tle orzeczenia Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Lambert i inni przeciwko Francji”, *Problemy Współczesnego Prawa Międzynarodowego, Europejskiego i Porównawczego* 15 (2017): 206-231.

wy sztywnego schematyzmu klasyfikacji jednostek chorobowych lub suchych zapisów prawnych – istotą człowieczeństwa sponiewieraną bezradnością i cierpieniem.

## 2. Stan wegetatywny – podstawowe fakty

Termin „stan wegetatywny” (*vegetative state*, VS) ukuło w 1972 roku dwóch lekarzy: Bryan Jennnett oraz Fred Plum<sup>4</sup>. Mimo niekwestionowanej popularności pojęcie to bywa, nie bez przyczyny, krytykowane ze względu na zawarty w nim pejoratywny przekaz, sprowadzający sytuację chorych do nie najlepiej kojarzącej się wegetacji. Na gruncie polskiej literatury medycznej stosowane są także inne określenia: *zespół apaliczny* i nie najtrafniejsze *zespół odkorowania*, zaś w literaturze anglojęzycznej coraz powszechniej jest używane wyrażenie zogniskowane wokół faktycznych objawów: *zespół niereaktywnej przytomności* (*unresponsive wakefulness syndrome*, UWS)<sup>5</sup>. Diagnoza dotycząca przedłużającego się stanu wegetatywnego bywa aktualizowana w przypadkach, gdy po miesiącu nie następuje poprawa. Wówczas kondycję pacjenta określa się jako przetrwały stan wegetatywny (*persistent vegetative state*). Natomiast po upływie trzech lub dwunastu miesięcy, w zależności od przyczyn schorzenia, orzeka się utrwalony stan wegetatywny (*permanent vegetative state*, PVS). Do oceny pacjentów z urazami mózgu stosuje się rozmaite narzędzia diagnostyczne mające na celu określenie ich kondycji zdrowotnej. Są wśród nich: Skala Glasgow (GCS), skala FOUR (*Full Outline of Unresponsiveness*), Skala Hunta i Hessa, Skala Wychodzenia ze Śpiączki (*Coma Recovery Scale-Revised* – CRS-R), Skala Klinicznej Metody Oceny Motoryki Ogólnej Ciała (KM MOC) itd.<sup>6</sup> Autorzy opisujący stan wegetatywny przedstawiają go najczęściej na tle innych zaburzeń: śpiączki, stanu minimalnej świadomości oraz zespołu zamknięcia. Śpiączka to głębokie zaburzenie neurologiczne; chory nie reaguje na zewnętrzne bodźce, leżąc w bezruchu z zamkniętymi oczyma, ale zaobserwować można odruchy nerwowe. W stanie minimalnej świadomości pacjent wykazuje pewne behawioralne reakcje. Przejawiają się one fluktuacją zdolności poznawczych. Stan ten może mieć charakter przejściowy, gdy przykładowo chory wychodzi ze stanu wegetatywnego, lub trwały, występujący chociażby przy niektórych chorobach degeneracyj-

<sup>4</sup> Bryan Jennnett, Fred Plum, „Persistent vegetative state after brain damage. A syndrome in search of a name”, *Lancet* nr 7753, 1 (1972): 734-7.

<sup>5</sup> Steven Laureys i in., „Unresponsive wakefulness syndrome: a new name for the vegetative state or apallic syndrome”, *BMC Medicine* 8 (2010): 68.

<sup>6</sup> Sławomir Zarzycki i in., „Ocena stanu świadomości pacjenta po incydencie mózgowym w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIiT)”, *Anestezjologia i Ratownictwo*, 12 (2018): 425-428.

nych. Zespół zamknięcia dotyczy pacjentów zachowujących przytomność i prawidłowo odbierających bodźce bez możliwości całkowitej lub niepełnej reakcji motorycznej własnego ciała. W tym ostatnim przypadku obserwuje się poruszanie gałkami ocznymi albo powiekami<sup>7</sup>.

W stanie wegetatywnym chorzy wykazują rytm suponujący cykle czuwania oraz snu. Otwierają oczy w fazie czuwania, czego nie obserwuje się przy śpiączce, wykonują spontaniczne ruchy gałkami ocznymi, w reakcji na bodźce świetlne zamykają oczy. Osoba taka nie reaguje jednak na polecenia. Kończyny ma ułożone w pozycji odmóżdzeniowej lub odkorowania. Mogą występować spontaniczne ruchy kończyn, tułowia lub głowy, grymasy twarzy. Chorym zdarza się ziewać, płakać, wydawać dźwięki, ssać, wykonywać ruchy języka, połykać. W fazie snu chorzy odychają regularnie i mają zamknięte oczy. Nadto obserwuje się nadmierną potliwość, hiperwentylację, częstoskurcz, nietrzymanie moczu i stolca. Oddech i krążenie pozostają wydolne. Organizm w stanie wegetatywnym zachowuje zdolność do rozwoju i funkcjonowania<sup>8</sup>. U pacjentek będących w ciąży, mimo ewidentnych schorzeń neurologicznych matek, płody rozwijają się prawidłowo<sup>9</sup>. Chorzy w stanie wegetatywnym bardzo poważnie niedomagają, nie są jednak ludźmi umierającymi i mogą przeżyć wiele lat. Wymagają przy tym ciągłej opieki i są uzależnieni niemal we wszystkim od pomocy innych.

Osoby w stanie wegetatywnym niekoniecznie tracą możliwość przełykania. Jest ono jednak zwykle nieefektywne<sup>10</sup>. Jak zaznacza przywołany już Bryan Jennett, kwestia stosunku do sposobu odżywiania ma raczej wymiar praktyczny niż patofizjologiczny i wynika z ilości czasu, jaki należałoby poświęcić, by nakarmić pacjenta<sup>11</sup>. Dzisiejsza medycyna dysponuje odpowiednimi metodami dostarczania potrzebnych produktów chorym, „którzy nie są w stanie pokryć dziennego zapotrzebowania na białko, kalorie, wodę i elektrolity drogą żywienia doustnego”<sup>12</sup>. Sztuczne sposoby żywienia sku-

<sup>7</sup> Urszula Górka i in., „Zaburzenia świadomości – perspektywa kliniczna i etyczna”, *Aktualności neurologiczne* nr 14, 3 (2014): 192-194; Zarzycki i in., „Ocena stanu świadomości”, 423-430.

<sup>8</sup> Sławomir Michalak, Danuta Lenart-Jankowska, Małgorzata Woźniak, „Neurologia”, w *Pielęgniarstwo pediatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. Bogusław Pawlaczek (Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2013): 290; Małgorzata Świerkocka, Jakub Komendziński, „Neurologiczne aspekty zaburzeń przytomności”, *Annales Academiae Medicae Gedanensis* 43 (2013): 149-150.

<sup>9</sup> Christine Abazzia i in., „In the name of good intentions: nurses' perspectives on caring for a pregnant patient in a persistent vegetative state”, *Critical Care Nurse* nr 30, 1 (2010): 40-46.

<sup>10</sup> Michalak i in., „Neurologia”, 290.

<sup>11</sup> Bryan Jennett, *The Vegetative State. Medical Facts, Ethical and Legal Dilemmas* (Cambridge: Cambridge University Press, 2002), 18.

<sup>12</sup> Anthony. C. Campagna, „Żywienie dojelitowe chorych w stanie terminalnym”, w *Sekrety intensywnej terapii*, red. Polly E. Persons, Jeanine Wiener-Kronisch, tłum. Beata Badowicz i in. (Szczecin: D.W. Publishing Co., 1993), 32.

tecznie wspierają różnego typu terapie, które umożliwiają chorym szybszą poprawę zdrowia, a w razie potrzeby całkowicie zastępują naturalne odżywianie<sup>13</sup>. Powszechnie stosuje się żywienie dojelitowe (enteralne)<sup>14</sup>, polegające „na pełnym lub uzupełniającym żywieniu preparatami, podawanymi bezpośrednio do przewodu pokarmowego poprzez wytworzone dożście”<sup>15</sup>, oraz żywienie pozajelitowe (parenteralne), polegające „na stosowaniu uzupełniającego lub całkowitego żywienia drogą obwodowego lub centralnego krążenia żylnego u chorych”<sup>16</sup>. W przypadku chorych w stanie wegetatywnym najczęściej odżywia się pacjenta poprzez zgłębnik nosowo-żołądkowy lub wykorzystuje się gastrostomię (PEG)<sup>17</sup>. Wszystkie przywołane metody, oprócz istotnych terapeutycznych zalet, mają swe medyczne ograniczenia i przeciwwskazania, narażają chorych na szereg niedogodności i niosą różnego typu ryzyko dla zdrowia<sup>18</sup>.

### 3. Osoba i świadomość

W dyskusjach dotyczących nawadniania i żywienia chorych w stanie wegetatywnym opinie medyczne często przeplatają się z argumentami filozoficznymi. Na kilka kwestii warto zwrócić uwagę, zanim przejdziemy do rozstrzygnięć natury etycznej. Pierwsza to ponowózyczna redukcja osoby ludzkiej do świadomości, szczególnie pokutująca w debatach dotyczących statusu ludzi dotkniętych poważnymi uszkodzeniami układu nerwowego lub upośledzeniami. Inspirowane Kartezjańskim dualizmem antropologiczne rozstrzygnięcia, w efekcie odseparowania *res cogitans* od *res extensa*, zaowocowały redukcjonistycznymi koncepcjami człowieka rozbijającymi integralną jedność istoty ludzkiej. Skutkiem przeakcentowania sfery umysłowej było doprowadzenie do modnego współcześnie postrzegania „tego, co ludzkie” jedynie w perspektywie ograniczonej do uzewnętrznionych przejawów świadomości. W przekonaniu brytyjskiego filozofa, De-

<sup>13</sup> David Major, „The Medical Procedures for Providing Food and Water: Indications and Effects”, w *By No Extraordinary Means. The Choice to Forgo Life-Sustaining Food and Water*, red. Joanne Lynn (Indianapolis: Indiana University Press, 1989), 21-28.

<sup>14</sup> Jacek Sobecki i in., *Standardy żywienia dojelitowego dorosłych pacjentów w warunkach domowych* (Gdańsk: Via Medica, 2019).

<sup>15</sup> Campagna, „Żywienie dojelitowe chorych w stanie terminalnym”, 32.

<sup>16</sup> Tenże, „Żywienie pozajelitowe u chorych w ciężkim stanie ogólnym”, w *Sekrety intensywnej terapii*, red. Polly E. Persons, Jeanine Wiener-Kronisch, tłum. Beata Badowicz i in. (Szczecin: D.W. Publishing Co., 1993), 36.

<sup>17</sup> Major, „The Medical Procedures for Providing Food and Water”, 25-26.

<sup>18</sup> Michael E. Groher, „Ethical dilemmas in providing nutrition”, *Dysphagia* 5 (1990): 104-105; Joanne Lynn, James F. Childress, „Czy pacjenci zawsze powinni otrzymywać pożywienie i wodę?”, w *Wokół śmierci i umierania*, red. Włodzimierz Galewicz, tłum. Olga Dryla (Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas, 2009), 140-153; Campagna, „Żywienie dojelitowe chorych w stanie terminalnym”, 35.

reka Parfita (1942-2017), osobę znamionuje ciągły strumień świadomości, a przerwanie go, choćby w wyniku pogrążenia się we śnie, sprawia, że człowiek przestaje być osobą<sup>19</sup>. Zatem zwykła drzemka owocuje depersonalizacją. Wielu współczesnych myślicieli, sytuując się w paradygmacie Lockowskiej antropologii, błędnie różnicuje rozumienie pojęcia osoby i pojęcia człowieka, by w tym kluczu ferować oceny etyczne. Sam podział z pewnością znajduje swe filozoficzne uzasadnienie, aczkolwiek poważne wątpliwości budzi odmawianie człowiekowi statusu bycia osobą w trakcie jego życia oraz przyporządkowywanie ludziom arbitralnych kategorii moralnych wynikających z przyjętej dychotomii<sup>20</sup>. Przykładowo dla Petera Singera termin *osoba* nie obejmuje wszystkich ludzi, choć może obejmować niektóre zwierzęta, dając im prawo do szczególnej ochrony. Sam „fakt, iż istota jest istotą ludzką, w sensie przedstawiciela gatunku *Homo sapiens*, jest nerelevantny do zła zabicia jej; to raczej cechy takie, jak racjonalność, autonomia i samoświadomość czynią różnicę”<sup>21</sup>. W podobnym tonie brzmią poglądy Bernarda Greta, Charlesa M. Culvera, Danner Clouera, autorów monografii mającej stanowić ujęcie systematyczne – *Bioetyki*. „Śmierci organizmu – twierdzą – który był osobą, nie należy mylić z organizmem, który osobą być przestał. Utrata charakteru osobowego przez pacjentów znajdujących się w stanie wegetatywnym sprawia, że niewłaściwe jest traktowanie ich dalej tak, jakby byli oni osobami. Świadomość i procesy poznawcze są istotnymi atrybutami istot ludzkich. Jeśli dojdzie do ich utraty, życie traci sens”<sup>22</sup>.

Antropologiczne teorie, jak łatwo zauważyć, zaowocowały normatywnymi prerogatywami. Bycie osobą oznacza posiadanie praw do życia, bycie człowiekiem tychże praw nie daje. Tymczasem „podwójna obecność” w człowieku jest wytworem wątpliwej intelektualnej spekulacji i w rezultacie werbalnej fikcji. Rozróżnianie osoby w kontrze do człowieka, by na tej podstawie snuć wnioski etyczne, jest nieuprawnione. Już sam przekaz, iż bycie człowiekiem jest *de facto* tożsamy z życiem niewartym życia, winien budzić zdumienie. Kategoria osoby staje się kategorią dyskryminacji i deprecjacji jednych oraz afirmacji innych. To jakby przeciwstawiać świadomość, rozumność lub autonomię – wymienione przez Petera Singera – człowiekowi, który staje się synonimem podrzędności. Przeciwwsta-

<sup>19</sup> Derek Parfit, *Racje i osoby*, tłum. Witold M. Hensel, Michał Warchała (Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2021), 332.

<sup>20</sup> Robert Spaemann, *Osoby. O różnicy między czymś a kimś*, tłum. Jarosław Merecki (Warszawa: Oficyna Naukowa, 2001), 4-5, 165-168.

<sup>21</sup> Peter Singer, *Etyka praktyczna*, tłum. Agata Sagan (Warszawa: Książka i Wiedza, 2003), 92-93, 119, 176.

<sup>22</sup> Bernard Gret, Charles M. Culver, K. Danner Clouser, *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*, tłum. Marek Chojnacki (Gdańsk: Wydawnictwo Słowo/Obraz Terytoria, 2009), 400.

wianie jakiejś cechy/jakości/przymiotu ludzkiemu bytowi jest poważnym błędem logicznym. Należy zawsze traktować o osobie zdrowiej lub chorej, człowieku zdrowym lub chorym, osobie w stanie wegetatywnym lub nie. Człowiek stanowi jedność, w której wyróżnić można rozmaite sfery: cielesną, duchową, psychiczną, intelektualną, płciową itd. Każde życie ludzkie posiada odpowiednią dynamikę: wzrostu i dezintegracji, pobudzenia i odpoczynku, rodzenia i umierania. Życie jest spoiwem i sposobem istnienia człowieka. Bywa, że człowiek w wyniku wypadku, choroby, niedorozwoju nie wykształci w pełni swego potencjału lub posiadany potencjał utraci, całkowicie lub częściowo. Świadomość jest bez wątpienia istotnym wyznacznikiem życia człowieka, nie stanowi jednak normatywnego progu depersonifikacji.

Z pewnością do niezwykle dramatycznych doświadczeń należy obcowanie z człowiekiem, z którym z powodu choroby nie sposób nawiązać żadnej obopólnej relacji – tak się dzieje w przypadku stanów wegetatywnych. Człowieka, „z którym nigdy nie możemy wejść w osobową, wzajemną komunikację, w nieunikniony sposób traktujemy nie jako »normalnego«, lecz jako chorego. Tak jak zepsute krzesło postrzegamy nie jako coś innego, lecz właśnie jako zepsute krzesło, podobnie człowieka, który nie jest zdolny do wyrażania się w sposób osobowy, to znaczy w sposób intencjonalny, postrzegamy jako chorego i dlatego jako potrzebującego pomocy”<sup>23</sup>. Chory, bez względu na stopień upośledzenia, nie przestaje przez to być człowiekiem i nie przestaje przez to być osobą, stając się bytem innej kategorii lub gatunku. Jedynie śmierć bezpowrotnie przekreśla doczesne istnienie człowieka, który jest osobą. Jego organizm staje się zwłokami, w których procesy życiowe zastępuje degradująca tanatomorfoza.

Kolejny ważki problem natury antropologicznej wyraźnie widać na tle niebagatelnych wyzwań, jakie stanowi prawidłowa ocena poszkodowanych z urazami mózgu. Badania dowodzą, że nieprawidłowości w diagnozowaniu stanów wegetatywnych i stanów minimalnej świadomości oscylują w granicach 37-43%. Owe rozpoznania mogą mieć znaczący wpływ na decyzje dotyczące terminacji życia<sup>24</sup>. „Błędne diagnozy stanów wegetatywnych (VS) i stanów minimalnej świadomości (MCS) są spowodowane faktem, że diagnoza pacjentów w stanie wegetatywnym (VS) i stanie minimalnej świadomości (MCS) jest oparta na subiektywnej obserwacji klinicznej, interpretującej przede wszystkim reakcje behawioralne, podczas gdy świadome doświadczenie (*conscious experience*) pojawia się zwykle bez oznak behawioralnych (*behavioral signs*). Dlatego ustalenie, czy nie-

<sup>23</sup> Spaemann, *Osoby*, 299.

<sup>24</sup> Helen Gill-Thwaites, „Lotteries, loopholes and luck: Misdiagnosis in the vegetative state patient”, *Brain Injury*, 20 (2006): 1321-1328.

komunikatywni lub minimalnie komunikatywni pacjenci są fenomenalnie świadomi (*phenomenally conscious*), czy też nie, nadal stanowi poważne wyzwanie kliniczne i etyczne<sup>25</sup>. W latach dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia wraz z wprowadzeniem w leczeniu kategorii stanów wegetatywnych uznano, iż brak uzewnętrznionych reakcji pacjenta należy utożsamiać z całkowitą utratą świadomości. Z czasem pojawiły się badania podające w wątpliwość owe założenia.

W 2006 roku w czasopiśmie *Science* ukazał się krótki tekst opisujący przypadek dwudziestotrzyletniej kobiety ze zdiagnozowanym stanem wegetatywnym, którą poddano badaniu rezonansem magnetycznym (fMRI). U pacjentki zaobserwowano aktywność konkretnych obszarów mózgu, które pojawiały się, gdy proszono ją, by wyobraziła sobie, że gra w tenisa lub odwiedza swój dom. Wyniki porównano z podobnym badaniem przeprowadzonym na grupie zdrowych wolontariuszy i okazały się nierozróżnialne (*sic*). Badacze stwierdzili, że chora rozumiała polecenia, odpowiadając na nie aktywnością mózgu zamiast mową lub ruchem<sup>26</sup>. Opis innego badania, w którym posłużono się encefalografem (EEG), znajduje się na łamach medycznego pisma *Lancet*. Grupie pacjentów w stanie wegetatywnym oraz osobom zdrowym jako grupie kontrolnej kazano wykonywać proste zadania polegające między innymi na zaciśnięciu pięści po usłyszeniu określonego dźwięku. Spośród szesnastu chorych uczestników eksperymentu u trojga stwierdzono właściwe reakcje w odczycie EEG, mimo że osoby te nie przejawiały żadnych oznak behawioralnych<sup>27</sup>. Podobne eksperymenty przeprowadzono, badając reakcje grupy chorych w stanie wegetatywnym na doświadczanie bólu innych. Rezultaty potwierdziły u niektórych badanych właściwe reakcje mózgu, choć narzędzie wykazywał poważne uszkodzenia<sup>28</sup>. Szereg innych prowadzonych na przestrzeni lat badań zdaje się potwierdzać wcześniejsze wyniki u chorych w stanie wegetatywnym<sup>29</sup>.

<sup>25</sup> Alexander A. Fingelkurts i in., „The value of spontaneous EEG oscillations in distinguishing patients in vegetative and minimally conscious states”, *Supplements to Clinical Neurophysiology*, 62 (2013): 82.

<sup>26</sup> Adrian M. Owen i in., „Detecting Awareness in the Vegetative State”, *Science* 313 (2006): 1402.

<sup>27</sup> Damian Cruse i in., „Bedside Detection of Awareness in Vegetative state: A Cohort Study”, *Lancet* 378 (2011): 2088-2094.

<sup>28</sup> Tao Yu i in., „Patients with unresponsive wakefulness syndrome respond to the pain cries of other people”, *Neurology* 80 (2013): 345-52.

<sup>29</sup> Marina de Tommaso i in., „Pain in prolonged disorders of consciousness: Laser evoked potentials findings in patients with vegetative and minimally conscious states”, *Brain Injury* 27 (2013): 962-972; Martin M. Monti i in., „Willful Modulation of Brain Activity in Disorders of Consciousness”, *The New England Journal of Medicine* 362 (2010): 579-589; M. Boly i in., „When thoughts become action: an fMRI paradigm to study volitional brain activity in non-communicative brain injured patients”, *Neuroimage* 36 (2007): 979-992.



Wskazane problemy natury diagnostycznej mają swój głęboki kontekst filozoficzny, który wkomponowany jest w nierozstrzygniętą debatę na temat świadomości, jej natury i możliwości badania. Świadomość należy do pojęć pierwotnych i oznacza w ogólnym zarysie podmiotowe postrzeganie rzeczywistości otaczającego świata lub siebie. Jest ona doświadczeniem subiektywnym i nieprzekazywalnym, naszym wewnętrznym życiem, strumieniem przeżyć, przemyśleń, odczuć itd., do których ma dostęp tylko sam ich odbiorca. W badaniu świadomości natrafiamy na fundamentalne ograniczenia, które sprawiają, iż nie można niektórych jej aspektów wydedukować na podstawie znajomości mechanizmów biologicznych dotyczących ludzkiego mózgu lub behawioru. W rzeczywistości mamy dostęp „jedynie” do korelatów świadomości i wszelkie pomiary oraz badania dotyczą konkretnego korelatu (np. w pomiarze aktywności mózgu), nie zaś samej świadomości. W praktyce klinicznej wnioski na temat świadomości (*sensorium*) pacjenta podejmuje się na podstawie jej ewentualnych obserwowalnych symptomów, np. motorycznych reakcji ciała lub werbalnych odpowiedzi. Czy daje to podstawę do zanegowania istnienia świadomości u osób w stanie wegetatywnym, czy może tylko do stwierdzenia o braku przejawów świadomości? Jak się zdaje, druga sugestia znajduje właściwe uzasadnienie. Twierdzenie o braku świadomości u osób w stanie wegetatywnym jest jedynie domniemaniem, które nie ma naukowego uzasadnienia. Dlatego w przypadku stanów wegetatywnych – postulowana zmiana nazwy tej jednostki chorobowej na *zespół niereaktywnej przytomności* jest bez wątpienia słuszna – należałoby posługiwać się pojęciem przytomności (*vigilantia, awareness*) rozumianej jako stan czuwania, zdolność do reagowania na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne, komunikację zrozumiałą dla obserwatora. Całkowita utrata przytomności oznacza niezdolność do tychże reakcji (takową mamy np. w sytuacji omdlenia). Pomiędzy pełną przytomnością a jej brakiem wyróżnić można stany pośrednie<sup>30</sup>.

Zdiagnozowane poważne uszkodzenia mózgu mogą upoważniać do stwierdzenia braku reakcji na bodźce zewnętrzne i zaburzeń przytomności, jeśli takowe występują. Nie dają jednak podstaw, by zanegować istnienie u chorego jego własnych przeżyć wewnętrznych, korzystanie z pamięci etc. Szczególnie sugestywne i pełne znaków zapytania jest świadectwo Juana Torresa opisanie przez neurobiologa Adriana Owena. Młody mężczyzna w stanie wegetatywnym, bez kontaktu ze światem zewnętrznym, po nieoczekiwanym wyzdrowieniu trafnie odtwarzał szczegóły wydarzeń

<sup>30</sup> David J. Chalmers, *The Conscious Mind. In Search of Fundamental Theory* (New York: Oxford University Press, 1996), 238-242; Marcin Koculak, Weronika Kałwak, „Opisać świadomość na skali od zera do jeden. Perturbacyjny Indeks Złożoności jako naukowa próba pomiaru świadomości na poziomie indywidualnym”, *Rocznik Kognitywistyczny* 7 (2014): 10-12.

dokonujących się w jego obecności w trakcie prowadzonych przez zespół Owena specjalistycznych badań, które, co intrygujące, nie wykazały u chorego odpowiedniej aktywności mózgu<sup>31</sup>. Reasumując, trzeba przyznać, że należy zweryfikować kategorię stwierdzenia negujące świadomość u chorych w stanie wegetatywnym. Nadto tezy zwolenników – błędnego, co wykazano – utożsamiania świadomości ze statusem osoby budzą dodatkowe wątpliwości, skoro istnienia tejże świadomości nie można zanegować we wskazywanych przez nich sytuacjach.

#### 4. Etyczne konstatacje

Powiązanie odżywiania i nawadniania z możliwością kontynuacji życia jest niekwestionowanym faktem. Organizm posiada odpowiednie mechanizmy, które sygnalizują potrzebę uzupełnienia określonych składników odżywczych. Odczuwanie łaknienia i pragnienia jest naturalnym przejawem życia. Jedyną konsekwencją całkowitego przerwania podawania pokarmów i płynów, bez względu na to, czy osoba jest zdrowa czy chora, będzie śmierć. Człowiek znajdujący się w stanie wegetatywnym, jak to już wskazano, nie może samodzielnie przyjmować pożywienia. Bez pomocy w tym względzie niewątpliwie umrze w krótkim czasie, jak każdy człowiek pozbawiony pokarmu.

Współczesna medycyna posiada możliwości długotrwałego podtrzymywania przy życiu pacjentów znajdujących się w stanie wegetatywnym, między innymi dzięki efektywnym sposobom sztucznego odżywiania i nawadniania chorych. Wokół zasadności stosowania tych procedur toczy się od dziesięcioleci ożywiona dyskusja. Stronnicy poglądu przyzwalającego na rezygnację z nawadniania i pojenia stają w opozycji do zwolenników opinii, iż takie działanie jest moralnie niedopuszczalne. Obie strony sporu nie stanowią jednorodnej grupy. Zwraca uwagę heterogeniczność argumentacji oraz odmienne priorytety kulturowe lub religijne. Jakkolwiek konkretne rozstrzygnięcia można sytuować w szerszym kontekście rozmaitych zagadnień antropologicznych, etycznych, społecznych, prawnych itd.

Spośród całej gamy rozmaitych racji i tematów podnoszonych „za” lub „przeciw” nawadnianiu i karmieniu chorych w stanie wegetatywnym należy rozstrzygnąć kwestie dotyczące moralnej specyfikacji tychże działań. Niektórzy autorzy – podkreślając, że mamy do czynienia z procedurą medyczną – wnioskuje, iż należy się tu dopatrywać terapii daremnej, gdyż

<sup>31</sup> Adrian Owen, *Mózg. Granica życia i śmierci*, tłum. Izabela Zwiech (Łódź: Wydawnictwo Feeria, 2014), 199-215; Nicola Taylor i in., „Memory During the Presumed Vegetative State: Implications for Patient Quality of Life”, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 29 (2020): 503-504; Davinia Fernández-Espejo, Adrian M. Owen, „Detecting awareness after severe brain injury”, *Nature Reviews Neuroscience* 14 (2013): 801-809.

rokowania pacjentów w tym przypadku nie napawają optymizmem, zaś kontynuacja interwencji niesie ze sobą nieproporcjonalne obciążenie bez realnych szans na poprawę<sup>32</sup>. Z kolei inni wskazują, że żywienie chorego, choćby dokonywano tego, posługując się środkami technicznymi, jest rodzajem opieki bardziej podstawowej niż opieka medyczna i dlatego nigdy nie można od niej odstąpić<sup>33</sup>. Z pewnością żywienie enteralne lub parenteralne jest związane z interwencją medyczną, aczkolwiek nie leczy ono chorób i nie przywraca funkcji narządom<sup>34</sup>. Należy zauważyć, iż niemożliwość samodzielnego przyjmowania pokarmów i napojów jest w omawianych przypadkach wtórnym skutkiem choroby i wynika z poważnego zaburzenia neurologicznego. W rzeczywistości ów wtórny skutek może być bardziej niebezpieczny dla zachowania ciągłości życia pacjenta niż pierwotna w porządku logicznym przyczyna, która go wywołuje. Dlatego należałoby się zastanowić, czy z faktu, że stosuje się w omawianych przypadkach specyficzne medyczne instrumentarium, które zastępuje lub wspiera odżywianie, wynikać mogą istotne konsekwencje moralne, zezwalające w niektórych sytuacjach na rezygnację z nich.

Dla niektórych chorych lub noworodków i niemowląt zwyczajną formą odżywiania jest karmienie. W ośrodkach medycznych czynnością tą zajmuje się przeszkolony personel tych placówek, wolontariusze bądź rodzina. Jakkolwiek karmienie nie jest postrzegane jako interwencja medyczna. Kwestia ewentualnego odstąpienia od karmienia w sytuacji, gdyby skazywało to pacjenta na śmierć (np. w przypadku daleko posuniętej demencji), nie jest traktowana w kategoriach nadzwyczajnej, nieproporcjonalnej, uporczywej lub daremnej terapii, lecz jest postrzegana jako należąca każdemu opieka podstawowa<sup>35</sup>. Czy zatem, dopiero gdy pojawią się trudności z przełykaniem i trzeba skorzystać z rozmaitych bardziej wyszukanych rozwiązań medycznych, należy zastosować inną perspektywę moralną w ocenie działań? „Czy zaopatrywanie w jedzenie i picie – zapytuje Gilbert Meilaender – winno być traktowane jako opieka medyczna? Wydaje się to być raczej rodzajem troski, którą wszyscy ludzie są winni sobie wzajemnie. Wszystkie żyjące istoty potrzebują jedzenia i wody, aby żyć, ale takie odżywianie samo w sobie nie prowadzi do wyzdrowienia lub

<sup>32</sup> Joanne Lynn, James F. Childress, „Czy pacjenci zawsze powinni otrzymywać pożywienie i wodę?”, 144-147.

<sup>33</sup> William E. May i in., „Feeding and Hydrating the Permanently Unconscious and Other Vulnerable Persons”, w *Quality of Life. The New Medical Dilemma*, red. James J. Walter, Thomas A. Shannon (New York: Paulist Press, 1990), 195-202; William E. May, *Catholic Bioethics and the Gift of Human Life* (Huntington: Our Sunday Visitor Publishing Division, 2000), 262-270

<sup>34</sup> Jennett, *The Vegetative State*, 109.

<sup>35</sup> Robert D. Truog, Thomas I. Cochrane, „Refusal of hydration and nutrition: irrelevance of the «artificial» vs «natural» distinction”, *Archives of internal medicine* 22 (2005): 2575.

wyleczenia choroby. Kiedy przestaniemy żywić trwale nieprzytomnego pacjenta, nie wycofujemy się z walki przeciwko jakiemukolwiek schorzeniu lub chorobie; wstrzymujemy odżywianie, które podtrzymuje całe życie<sup>2736</sup>. Klinicznym celem sztucznego odżywiania jest utrzymanie witalności całego organizmu. Bez podawania pokarmu opieka medyczna nad pacjentem na niewiele się przyda, ponieważ tenże rychło umrze. Choć sztucznego odżywiania nie można zrównać z karmieniem, obie czynności są rodzajem opieki podstawowej. Nawadnianie i pojenie jest warunkiem możliwości kontynuacji życia, podobnie jak oddychanie. Opieka podstawowa, nawet gdy dla jej skuteczności trzeba się wspierać medycznym asortymentem, jest obligatoryjna, bowiem jej cele są bardziej pierwotne niż wpisana w kanon sztuki leczenia troska o zdrowie i wynikają z fundamentalnego obowiązku zachowania życia. Skutki powstrzymania nawadniania będą nieraz bardziej brzemiennie i bezzwłoczne niż wstrzymanie innych procedur związanych z troską o chorych w stanie wegetatywnym (np. wstrzymanie farmakoterapii). Oczywiście odżywianie trzeba harmonizować z leczeniem, a właściwa dieta winna być istotnym elementem terapii.

Kolejnym ważkim zagadnieniem jest przyczynowość działań zmierzających do śmierci spowodowanej zaprzestaniem nawadniania i pojenia. Jeśli porównamy sytuację osoby sparaliżowanej, która nie może samodzielnie poruszać kończynami i z tego względu wymaga karmienia, z sytuacją osoby w stanie wegetatywnym, która jest karmiona dojelitowo, jaka będzie przyczyna śmierci, jeśli zaprzestanie się odżywiania w obu przypadkach? Czy śmierć będzie bezpośrednim wynikiem fizycznych dolegliwości? Nie, nastąpi ona w wyniku dehydracji i wycieńczenia. Z pewnością, gdyby chorzy byli w pełni sprawni, nie byłoby problemu z samodzielnymżywieniem. Przypomnijmy, że chorzy w stanie wegetatywnym, a przynajmniej jakaś ich część, nie tracą całkowicie zdolności przełykania. Ich system pokarmowy jest nieuszkodzony, możliwa jest absorpcja pokarmów i płynów. Jednak ograniczona motoryka pacjenta jest w tych wypadkach rodzajem (czasowej lub trwałej) niepełnosprawności. To nie pogarszający się stan neurologiczny pacjenta jest przyczyną śmierci pacjenta, u którego wycofano karmienie i nawadnianie, ale odwodnienie i zagłodzenie. Wobec powyższego trudno się zgodzić z tezą Alberta S. Moraczewskiego, który twierdzi, że „środkami technicznymi obchodzimy przeszkody, które uniemożliwiają jedzeniu i wodzie (lub tlenowi) dostęp do organizmu w normalny sposób. Stąd kiedy usuwamy obejście przeszkody, osoba umiera w wyniku zarówno choroby oraz braku pożywienia i nawad-

---

<sup>36</sup> Gilbert Meilaender, „On removing food and water: against the stream”, *Hastings Center Report* 14 (1984): 11.

niania (lub tlenu)<sup>37</sup>. O ile w przypadku stanów wegetatywnych skutkiem pochodnym schorzenia jest niemożliwość samodzielnego żywienia, o tyle ów skutek pochodny, gdyby pozostawić pacjenta bez pomocy, staje się faktyczną przyczyną śmierci, bez względu na inne zdrowotne defekty. Innymi słowy, stan wegetatywny, mający charakter przewlekły, może towarzyszyć umieraniu z powodu innego niż on sam, nie będąc bezpośrednią przyczyną zgonu. Próby rozmycia letalnej dynamiki zaprzestania odżywiania nie znajdują racjonalnego uzasadnienia, zabójcze sprawstwo szeregu pojedynczych działań rozłożonych na wiele dni, zanim chory umrze, nie zdejmuje odpowiedzialności z konkretnego decydenta lub jego współpracowników. W rzeczywistości mamy do czynienia z działaniem noszącym znamiona eutanazji zabójczej, którą nieraz próbuje się kamuflować retoryką odwołującą się do daremności medycznych poczynań. Naturalną konsekwencją omawianego działania jest terminalne odwodnienie i zagłodzenie chorego, nie zaś wystawienie go na śmiertelne skutki choroby, z którą przy odpowiedniej opiece można żyć.

Nieraz porównuje się przerwanie odżywiania u chorych w stanie wegetatywnym do zaprzestania respiratoroterapii, które nieraz może być moralnie dopuszczalne<sup>38</sup>. Analogia z wentylacją mechaniczną nie jest bynajmniej trafna, ponieważ człowiek w normalnych warunkach ma bezpośredni dostęp do powietrza, natomiast odżywianie jest aktywnością o innej złożoności: pokarm należy przygotować i spożyć lub podać<sup>39</sup>. Żywienie enteralne należałoby porównać z tracheotomią – choć to porównanie nie jest pozbawione mankamentów – która przy pomocy rurki tracheotomijnej pozwala na dopływ powietrza do płuc z pominięciem nosa, gardła oraz krtani. Problemy z przełykaniem można porównać, przez podobieństwo, do niedrożności górnych dróg oddechowych, którym w obu wypadkach można zaradzić dzięki fachowej pomocy i zastosowaniu dość nieskomplikowanego „oprzyrządowania”.

Argumentów za odmową podawania płynów i pożywienia chorym w stanie wegetatywnym szuka się dodatkowo na płaszczyźnie ekonomicznej. Wtórują temu utylitarystyczne kalkulacje, które mają przemawiać za

<sup>37</sup> Albert S. Moraczewski, „The Moral Option Not to Conserve Life Under Certain Conditions”, w *Conserving Human Life*, red. Russel E. Smith (Braintree: Pope John XXIII Medical-Moral Research and Educational Center, 1989), 257.

<sup>38</sup> Piotr Aszyk, „Zaprzestanie mechanicznej wentylacji podtrzymującej życie pacjenta w moralnym nauczaniu Kościoła katolickiego”, *Medycyna paliatywna w praktyce* 9 (2015): 1-5.

<sup>39</sup> Można przytoczyć w tym miejscu głośny przypadek Karen Quinlan, dwudziestoletniej dziewczyny znajdującej się w stanie nieodwracalnej śpiączki, którą z polecenia sądu i za aprobatą rodziców odłączono od respiratora z zamiarem przyśpieszenia jej śmierci. Karen jednak zaczęła samodzielnie oddychać i, nie odzyskawszy przytomności, przeżyła jeszcze ponad dziesięć lat [Gregory E. Pence, *Classic Cases in Medical Ethics. Accounts of the Cases That Have Shaped Medical Ethics, with Philosophical, Legal, and Historical Backgrounds* (New York: McGraw-Hill Publishing Company, 1990), 3-14].

uczynieniem ze wspomnianych pacjentów potencjalnych dawców narządów do transplantacji<sup>40</sup>. Życie osoby chorej przewlekle generuje niemałe koszty, co wpływa na finansową płynność systemów opieki zdrowotnej. Pieniądze i środki wydawane na osoby nieuleczalnie chore traktowane są niejednokrotnie jako zmarnowane, nieprzynoszące wymiernych profitów, które nie poprawiają statystyk wyzdrowień. Pensjonariusze uwięzieni przez dotkliwy los nie mogą odnaleźć właściwego miejsca w życiu społeczeństw, więc lepiej się ich pozbyć. Paradoksalnie dezyderat materialny podnoszony jest najgłośniej w społecznościach, w których ubóstwo nie jest wielkim problemem, zaś dostępność do opieki medycznej jest powszechnie zagwarantowana. Tymczasem wzorce rynkowe przenoszone na grunt, który zarezerwowany jest dla zgoła innej aksjologii, wprowadzają zamęt i w efekcie skutkują rozkładem porządku moralnego.

## 5. Podsumowanie

Może dziwić fakt, że we współczesnych czasach trzeba bronić prawa do tak podstawowych dóbr, jakimi są żywność i płyny w opiece osób chorych. Całkowite zaprzestanie jedzenia i picia jest zawsze działaniem destruktywnym. Godzi w podstawę ludzkiego istnienia, jakim jest życie, przerywając w sposób nieodwracalny jego ciągłość. Nie można nigdy traktować życia jako zła, nawet jeśli wiąże się ono z brzemieniem ciężkiej choroby. Jest ono „nośnikiem” wszelkich doświadczeń pozytywnych i negatywnych, które składają się na ludzką egzystencję. Proponowane przez niektórych myślicieli „oderwanie” kategorii osoby ludzkiej od człowieka, by na tej podstawie odmawiać prawa do życia ludziom chorym, opiera się na błędnych przesłankach antropologicznych i uproszczonej wizji rzeczywistości. Życie zespolone jest z etyczną treścią osoby ludzkiej, z którą stanowi nadrzędną i niepogwałtaną wartość. „Etyczny sens tego życia opiera się przeto na podstawowych i immanentnych elementach natury ludzkiej i dlatego jest czymś pierwszym i uprzednim w stosunku do wszystkiego, co człowiek swoim działaniem może osiągnąć lub wytworzyć”<sup>41</sup>. W tym kontekście odżywianie i nawadnianie pacjentów w stanie wegetatywnym nabiera moralnego sensu i przekłada się na konkretne zobowiązanie wobec chorych ze względu na niezbywalność tych aktów dla ciągłości życia człowieka. Brak przejawów świadomości, dotkliwy symptom towarzyszący omawianemu schorzeniu zarówno nie uchyla

<sup>40</sup> Zoe Fritz, „Can ‘Best Interests’ derail the trolley? Examining withdrawal of clinically assisted nutrition and hydration in patients in the permanent vegetative state”, *Journal of Medical Ethics* 43 (2017): 453.

<sup>41</sup> Tadeusz Ślipko, *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki* (Kraków: Wydawnictwo WAM, 1994), 243.

fundamentalnych powinności moralnych, jak i nie dyskwalifikuje dotkniętych dolegliwością z przynależności do grona osób ludzkich.

Niezwykle niepokojącą kwestią jest podważanie prawa do życia chorych w stanie wegetatywnym, które można w opinii niektórych myślicieli zakończyć przez wstrzymanie nawadniania i odżywiania. W istocie postulat eliminacji ludzi obłożnie chorych i zdanych na innych, zastosowany najpierw w sferze werbalnej, w sferze realnej ma zrealizować utopijną wizję świata, z której wyrugowano cierpienie, zależność, rozmaite dysfunkcje. Zamiast wyzwalać istniejące w człowieku głębokie pokłady wrażliwości i wzajemnej troski, gros myślicieli posługuje się logiką wyrachowanej anihilacji. Żonglowanie pojęciem osoby w celu deprecjacji życia osób chorych jest zabiegiem opartym na błędnych przesłankach. Pobrzmiewa w nim echo „mrocznych Nietzscheańskich urojeń”, gdzie „chory jest pasożytem społeczeństwa. W pewnym stanie jest nieprzyzwoitością żyć dłużej. Dalsze wegetowanie w tchórzliwej zależności od lekarzy i zabiegów, gdy się utraciło sens życia, prawo do życia, powinno pociągnąć za sobą w społeczeństwie głęboką pogardę. A lekarze mieliby być jej pośrednikami – nie recepty, lecz każdego dnia nowa dawka wstrętu do ich pacjentów...<sup>42</sup>. Uzależnienie od innych jest upokarzające tylko wtedy, gdy będziemy przypisywać człowiekowi model autonomii będący pochodną egoizmu i pychy, gdzie nie ma miejsca na wspólnotę, słabość i współczucie.

Bezradność medycyny wobec pewnych stanów chorobowych nie upoważnia automatycznie personelu medycznego do śmiertelnego odwołania lub zagłodzenia pacjenta. Należy więc zakwestionować twierdzenia dopuszczające zatrzymanie podawania płynów i pokarmów ze względu na brak możliwości przywrócenia choremu sprawności intelektualnej pozwalającej na samodzielne funkcjonowanie. Odmowa owych czynności skazuje pacjenta na pewną śmierć, a jej przyczyną nie jest choroba, tylko odstępianie od czynności, które winny być kontynuowane. Należy dokonać rozróżnienia pomiędzy rodzajami skutków, jakie wywołuje konkretny stan patologiczny. Nie wolno odstąpić od odżywiania i nawadniania pacjentów tylko dlatego, że są oni poważnie lub nieuleczalnie chorzy albo trwale nie wykazują behawioralnych przejawów świadomości.

Cierpienie lub choroba są dla zwolenników eutanazji czymś wstydlivym i niepojętym. Bez wątpienia nie sposób ze stoicką obojętnością towarzyszyć udrękom innych. Jednak zamach na kruche ludzkie życie w przypadku osób poważnie chorych, jak to ma miejsce w stanach wegetatywnych, jest dodawaniem zła do zła. W końcu każdy życiowy problem można rozwiązać przy pomocy sztyletu, trucizny, zaprzestania nawadnia-

<sup>42</sup> Friedrich W. Nietzsche, *Zmierzch bożyszczy, czyli jak filozofuje się młotem*, tłum. Paweł Pieniążek (Kraków: Zielona Sowa, 2004), 72.

nia albo takich czy innych działań samobójczych lub zabójczych. Ucieczka w nicłość śmierci jest rozwiązaniem pozornym, drogą na skróty. Dojrzała postawa wymaga głębokiego spojrzenia na każdą ludzką egzystencję oraz szacunku wobec daru życia.

## Bibliografia

- Abazzia Christine, Adamo Frances, Gill Brittney, Morrison Rebecca, Volpe Krista, Prata Janice. „In the name of good intentions: nurses' perspectives on caring for a pregnant patient in a persistent vegetative state”. *Critical Care Nurse* nr 30, 1 (2010): 40-46.
- Aszyk Piotr. „Zaprzestanie mechanicznej wentylacji podtrzymującej życie pacjenta w moralnym nauczaniu Kościoła katolickiego”. *Medycyna paliatywna w praktyce* 9 (2015): 1-5.
- Bańczyk Alicja. „Zaprzestanie uporczywej terapii na tle orzeczenia Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Lambert i inni przeciwko Francji”. *Problemy Współczesnego Prawa Międzynarodowego, Europejskiego i Porównawczego* 15 (2017): 206-231.
- Boly M., Coleman M. R., Davis M. H., Hampshire A., Moonen G., Paquet P. A., Pickard J. D., Laureys S., Owen A. M., „When thoughts become action: an fMRI paradigm to study volitional brain activity in non-communicative brain injured patients”. *Neuroimage* 36 (2007): 979-992.
- Campagna Anthony. C., „Żywienie dojelitowe chorych w stanie terminalnym”, w *Sekrety intensywnej terapii*, red. Polly E. Persons, Jeanine Wiener-Kronisch. Tłumaczenie Beata Badowicz i in., 32-36. Szczecin: D.W. Publishing Co., 1993.
- Campagna Anthony. C., „Żywienie pozajelitowe u chorych w ciężkim stanie ogólnym”, w *Sekrety intensywnej terapii*, red. Polly E. Persons, Jeanine Wiener-Kronisch. Tłumaczenie Beata Badowicz i in., 36-40. Szczecin: D.W. Publishing Co., 1993.
- Chalmers David J., *The Conscious Mind. In Search of Fundamental Theory*. New York: Oxford University Press, 1996.
- Cruse Damian, Chennu Srivas, Chatelle Camille, Bekinschtein Tristan A., Fernández-Espejo Davinia, Pickard John D., Laureys Steven, Owen Adrian M., „Bedside Detection of Awareness in Vegetative state: A Cohort Study”. *Lancet* 378 (2011): 2088-2094.
- Fernández-Espejo Davinia, Owen Adrian M., „Detecting awareness after severe brain injury”. *Nature Reviews Neuroscience* 14 (2013): 801-809.



- Fingelkurts Alexander A., Fingelkurts Andrew A., Bagnato Sergio, Boccagni Cristina, Galardi Giuseppe, „The value of spontaneous EEG oscillations in distinguishing patients in vegetative and minimally conscious states”. *Supplements to Clinical Neurophysiology*, 62 (2013): 81-99.
- Fritz Zoe. „Can ‘Best Interests’ derail the trolley? Examining withdrawal of clinically assisted nutrition and hydration in patients in the permanent vegetative state”. *Journal of Medical Ethics* 43 (2017): 450-454.
- Gill-Thwaites Helen. „Lotteries, loopholes and luck: Misdiagnosis in the vegetative state patient”. *Brain Injury*, 20 (2006): 1321-1328.
- Górska Urszula, Koculak Marcin, Brocka Marta, Binder Marek. „Zaburzenia świadomości – perspektywa kliniczna i etyczna”. *Aktualności neurologiczne* nr 14, 3 (2014): 190-198.
- Gret Bernard, Culver Charles M., Clouser K. Danner. *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*. Tłumaczenie Marek Chojnacki. Gdańsk: Wydawnictwo Słowo/Obraz Terytoria, 2009.
- Groher Michael E. „Ethical dilemmas in providing nutrition”. *Dysphagia* 5 (1990): 102-109.
- Jennett Bryan. *The Vegetative State. Medical Facts, Ethical and Legal Dilemmas*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
- Jennett Bryan, Plum Fred. „Persistent vegetative state after brain damage. A syndrome in search of a name”. *Lancet* nr 7753, 1 (1972): 734-7.
- Koculak Marcin, Kałwak Weronika. „Opisać świadomość na skali od zera do jeden. Perturbacyjny Indeks Złożoności jako naukowa próba pomiaru świadomości na poziomie indywidualnym”. *Rocznik Kognitywistyczny* 7 (2014): 9-20.
- Laureys Steven, Celesia Gastone G., Cohadon Francois, Lavrijsen Jan, León-Carrión José, Sannita Walter G., Szabon Leon, Schmutzhard Erich, von Wild Klaus R., Zeman Adam, Dolce Giuliano. „Unresponsive wakefulness syndrome: a new name for the vegetative state or apallic syndrome”. *BMC Medicine* 8 (2010): 68.
- Lynn Joanne, Childress James F. „Czy pacjenci zawsze powinni otrzymywać pożywienie i wodę?”, w *Wokół śmierci i umierania*, red. Włodzimierz Galewicz. Tłumaczenie Olga Dryła, 140-153. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych UNIVERSITAS, 2009.
- Major David. „The Medical Procedures for Providing Food and Water: Indications and Effects”, w *By No Extraordinary Means. The Choice to Forgo Life-Sustaining Food and Water*, red. Joanne Lynn, 21-28. Indianapolis: Indiana University Press, 1989.
- May William E., Barry Robert, Grisez Germain, Griesz Orville, Johnstone Brian, Marzen Thomas J., McHugh James T., Meilaender Gilbert, Siegler

- Mark, Smith William, „Feeding and Hydrating the Permanently Unconscious and Other Vulnerable Persons”, w *Quality of Life. The New Medical Dilemma*, red. James J. Walter, Thomas A. Shannon, 195-202. New York: Paulist Press, 1990.
- May William E., *Catholic Bioethics and the Gift of Human Life*. Huntington: Our Sunday Visitor Publishing Division, 2000.
- Meilaender Gilbert. „On removing food and water: against the stream”. *Hastings Center Report* 14 (1984): 11-13.
- Michalak Sławomir, Lenart-Jankowska Danuta, Woźniak Małgorzata, „Neurologia”, w *Pielęgniarstwo pediatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*, redakcja Bogusław Pawlaczyk, 285-295. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2013.
- Monti Martin M., Vanhauzenhuyse Audrey, Coleman Martin R., Boly Melanie, Pickard John D., Tshibanda Luaba, Owen Adrian M., Laureys Steven, „Willful Modulation of Brain Activity in Disorders of Consciousness”. *The New England Journal of Medicine* 362 (2010): 579-589.
- Moraczewski Albert S., „The Moral Option Not to Conserve Life Under Certain Conditions”, w *Conserving Human Life*, red. Russel E. Smith, 235-275. Braintree: Pope John XXIII Medical-Moral Research and Educational Center, 1989.
- Nietzsche Friedrich W., *Zmierzch bożyszcz, czyli jak filozofuje się młotem*. Tłumaczenie Paweł Pieniążek. Kraków: Zielona Sowa, 2004.
- Owen Adrian M., *Mózg. Granica życia i śmierci*. Tłumaczenie Izabela Zwiech. Łódź: Wydawnictwo Feeria, 2014.
- Owen Adrian M., Coleman Martin R., Boly Melanie, Davis Matthew H., Laureys Steven, Pickard John D., „Detecting Awareness in the Vegetative State”, *Science* 313 (2006): 1402.
- Parfit Derek. *Racje i osoby*. Tłumaczenie Witold M. Hensel, Michał Warchała. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2021.
- Pawlikowski Jakub, Muszala Andrzej, Gajewski Piotr, Krajnik Małgorzata. „Zaprzestanie nawadniania i żywienia pacjentów w stanie wegetatywnym lub stanie minimalnej świadomości. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie 2020”. *Medycyna Praktyczna* 1 (2021): 1-3.
- Pence Gregory E. *Classic Cases in Medical Ethics. Accounts of the Cases That Have Shaped Medical Ethics, with Philosophical, Legal, and Historical Backgrounds*. New York: McGraw-Hill Publishing Company, 1990.
- Singer Peter. *Etyka praktyczna*. Tłumaczenie Agata Sagan. Warszawa: Książka i Wiedza, 2003.

- Sobecki Jacek, Kunecki Marek, Zmarzły Anna, Rudzki Sławomir. *Standardy żywienia dojelitowego dorosłych pacjentów w warunkach domowych*. Gdańsk: Via Medica, 2019.
- Spaemann Robert. *Osoby. O różnicy między czymś a kimś*. Tłumaczenie Jarosław Męrecki. Warszawa: Oficyna Naukowa, 2001.
- Szewczyk Kazimierz. *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2009.
- Świerkocka Małgorzata, Komendziński Jakub. „Neurologiczne aspekty zaburzeń przytomności”. *Annales Academiae Medicae Gedanensis* 43 (2013): 147-154.
- Taylor Nicola, Graham Mackenzie, Delargy Mark, Naci Lorina. „Memory During the Presumed Vegetative State: Implications for Patient Quality of Life”. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 29 (2020): 501-510.
- Tommaso Marina de, Navarro Jorge, Ricci Katia, Lorenzo Marta, Lanzilotti Crocifissa, Colonna Fabio, Resta Maurizio, Lancioni Gulio, Livrea Paolo, „Pain in prolonged disorders of consciousness: Laser evoked potentials findings in patients with vegetative and minimally conscious states”. *Brain Injury* 27 (2013): 962-972.
- Truog Robert D., Cochrane Thomas I., „Refusal of hydration and nutrition: irrelevance of the «artificial» vs «natural» distinction”. *Archives of internal medicine* 22 (2005): 2574-2576.
- Yu Tao, Lang Simone, Vogel Dominik, Markl Alexandra, Müller Friedemann, Kotechoubey Boris. „Patients with unresponsive wakefulness syndrome respond to the pain cries of other people”. *Neurology* 80 (2013): 345-52.
- Zarzycki Sławomir, Korzep Łukasz, Gogol Paweł, Sobstyl Michał. „Ocena stanu świadomości pacjenta po incydencie mózgowym w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIT)”. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 12 (2018): 423-430.

## Hydrating and Feeding Patients in Vegetative State – Ethical Issues

### SUMMARY

Vegetative state patients require special and comprehensive care. They depend on the help of others in almost all areas. Patients suffer from serious ailments, but they are not dying and can live for many years. However, for several decades, postulates of depersonalizing these patients have been appearing in the public space. Their right to live is sometimes undermined, and they are as if sentenced to death as a result of discontinuing hydration and nutrition. These issues often appear in courts,

although in fact they are primarily a moral problem, which requires us to focus on the essence of humanity overwhelmed by the burden of helplessness and suffering. The article is an attempt to tackle some of the ethical issues around stopping hydrating and feeding people in a vegetative state.

Keywords: vegetative state, bioethics, euthanasia, person, consciousness