



Prawda o respiratorach

Kiedy powinniśmy zezwalać na podłączenie kogoś bliskiego do respiratora? Zrozumienie naszego moralnego obowiązku, zależy od tego, czy korzystanie z respiratora w danym przypadku można uznać za „zwyczajne” czy „nadzwyczajne.”



Stosowanie respiratorów może stanowić trudny problem dla rodzin, które przeżywają kres życia kogoś bliskiego. Kiedy powinniśmy zezwalać na podłączenie kogoś bliskiego do respiratora? Jeśli ktoś oddycha za pomocą sztucznego płuca, czy możemy je w pewnym momencie wyłączyć, „wyciągnąć wtyczkę”? Zrozumienie naszego moralnego obowiązku, zależy od tego, czy korzystanie z respiratora w danym przypadku można uznać za „zwyczajne” czy „nadzwyczajne”.

Zwykle interwencje lekarskie mogą być rozumiane jako te lekarstwa, operacje i zabiegi, które gwarantują rozsądne nadzieje korzyści dla pacjenta, a które mogą być pozyskiwane i wykorzystywane bez nadmiernego bólu, wydatków lub innego znaczącego obciążenia. Korzystanie z respiratora czasami spełnia te kryteria, a innym razem nie czyni tego, a dzieje się tak w zależności od konkretnej sytuacji pacjenta.

Weźmy pod uwagę przypadek młodej kobiety z poważnym zapaleniem płuc, która ma trudności z oddychaniem i jest podłączona do respiratora. Lekarze prowadzący ją są przekonani, że zapalenie płuc ostatecznie może ustąpić na tyle, aby w ciągu kilku dni lub tygodnia mogła zostać odłączona od respiratora i sama oddychać. Wierzą, że urządzenie to będzie potrzebne głównie jako tymczasowy „pomost do uzdrowienia”, że będzie skuteczne podczas czasu używania i nie będzie narzucać na pacjentkę zbyt wielu obciążeń. W takich okolicznościach wykorzystanie respiratora można zasadnie uznać za „zwyczajne”, a tym samym moralne (zgodne z sumieniem).

„Zwyczajnym” leczeniem określamy sytuację, ilekroć istnieje znaczna nadzieja na wyjście z choroby poprzez wykorzystanie określonego środka (w tym przypadku respiratora), oraz kiedy pacjent może stosować te środki bez większych trudności lub obciążeń. Tak więc, intubacja i podłączenie do respiratora pacjenta znajdującego się pod opieką doświadczonego, dobrze wykształconego lekarza, w rozwiniętym kraju z dostępem do odpowiednich leków i sprzętu mogą być traktowane jako interwencja o małym nakładzie środków.

Jednak trudności związane z użyciem respiratora mogą stać się godne uwagi w zależności od tego, w jakiej sytuacji znajduje się pacjent. Dr Stephen Hannan, specjalista z zakresu chorób płuc i intensywnej terapii z Fort Myers na Florydzie niedawno podsumował niektóre obciążenia związane z użyciem respiratora, zwracając szczególną uwagę na:

„(...) Fizyczny dyskomfort wynikający z wprowadzenia rurki intubacyjnej wychodzącej z ust, przechodzącej przez jamę ustną i gardło, przecinającej

Prawda o respiratorach

krtai i docierającej do tchawicy. Często konieczne są środki uspokajające, przeciwbólowe i fizyczne ograniczenia. Pacjent nie może mówić w trakcie używania respiratora. Respirator naraża pacjenta na większe ryzyko zakażenia i barotraumę (uraz ciśnieniowy - uszkodzenie tkanki płucnej spowodowane ciśnieniem respiracji). Nawet niedoświadczony obserwator może rozpoznać, że obciążenie nałożone przez respirator ze standardową rurką intubacyjną jest znacznie większe niż obciążenie związane z sondą pokarmową”.

Możemy rozważyć przykład, który podkreśli te obciążenia. 85-letni starszy pan zostaje podpięty do respiratora po doznaniu kilku poważnych udarów mózgu. Ma uszkodzony pień mózgu i nie może samodzielnie oddychać. Lekarze opiekujący się nim są przekonani, że stan po ostatnim udarze mózgu będzie się pogarszał, z niemal pewną śmiercią pacjenta, która nastąpi w ciągu kilku godzin lub dni. Gdy założymy, że jest nieprzytomny, i że inne sprawy zostały załatwione (ostatnie sakramenty, bliscy mieli szansę się pożegnać, itp.), rodzina może zasadnie stwierdzić, że kontynuacja użycia sztucznego płuca będzie pojmowana jako stan „nadzwyczajny” i zdecydować się na odłączenie respiratora, choćby nawet oznaczałoby to, iż ich dziadek umrze bez jego pomocy w ciągu kilku minut. Taki akt wyłączenia respiratora nie jest postrzegany jako akt eutanazji, ponieważ pacjent umiera z powodu choroby podstawowej. Taki akt jest uznaniem cierpienia, jakie przysporzy choremu podtrzymana respiracja i potwierdzenie, że bohaterstwo nie jest potrzebne, zwłaszcza gdy śmierć jest bliska.

Czasami respiratory stają się częścią długoterminowego rozwiązania dla pacjenta. Dla przykładu, Christopher Reeve, który grał rolę Clarka Kenta w filmie „Superman”, mógł żyć przez kilka lat po tracheotomii i podłączony do respiratora w następstwie urazów poniesionych w wypadku jeździeckim, w którym poważnie uszkodził swój rdzeń kręgowy. Sztuczne płuco, choć stanowiło wyraźny ciężar, gwarantowało w jego sytuacji wiele korzyści. W ostatecznym rozrachunku wydawało się być rozsądną i proporcjonalną interwencją medyczną w jego szczególnych okolicznościach choroby.

W innych przypadkach użycia respiratorów decyzja może być trudniejsza, ponieważ rokowania mogą być niepewne lub dyskusyjne. Czasami w podejmowaniu decyzji o tym, czy respiracja jest typu zwyczajnego, czy nadzwyczajnego musi być uwzględniany koszt świadczenia długoterminowej opieki respiratoryjnej i intensywnej terapii. Bardzo trudne może być ustalenie, czy istnieje „rozsądna nadzieja korzyści” pomocy respiratora w przypadku konkretnego pacjenta. Każdy przypadek musi być rozpatrywany indywidualnie. Należy starać się poczynić roztropny osąd, a także zapewnić opiekę naszym bliskim w sposób, który odpowiada ich rzeczywistym potrzebom medycznym. Nie możemy ani zaniedbać ich potrzeb, ani ociążać ich w obliczu potężnej technologii medycznej.

Ks. dr Tadeusz Pacholczyk otrzymał doktorat w dziedzinie neurologii (neuroscience) na Uniwersytecie Yale i kontynuował pracę naukową na Harvardzie. Jest on kapłanem Diecezji w Fall River (Massachusetts) oraz Dyrektorem do spraw nauczania i oświaty w Narodowym Katolickim Ośrodku Bioetycznym (National Catholic Bioethics Center) w Filadelfii. Zob. www.ncbcenter.org.

