

Komoje ir pastovioje nesąmoningoje būsenoje esančių ligonių dirbtinis maitinimas ir skysčių skyrimas

Prof. A. NARBKOVAS

Vytauto Didžiojo universitetas, Lietuvos Teisės universitetas, Kauno Medicinos
universitetas

Raktažodžiai: koma, pastovi nesąmoninga būseną, dirbtinis maitinimas ir skysčių skyrimas, gyvenimo kokybė, slauga, eutanazija.

Santrauka

Medicininės technologijos padeda daugeliui ligonių, bet kartu kai kuriems ligoniams kelia baimę, jog jie bus atkakliai gydomi prieš jų pačių valią, arba kad jiems nebus suteikiama pagalba, kuri atitiktų jų įgimtą asmens orumą. Yra daug ginčų dėl moralinių ir teisinių klausimų, susijusių su dirbtiniu maitinimu bei skysčių skyrimu komoje ir pastovioje nesąmoningoje būsenoje esantiems, bet nemirštantiems, asmenims. Ar kada nors yra moralu šiems ligoniams neskirti dirbtinio maitinimo ir skysčių arba šių priemonių taikymą nutraukti? Maitinimas ir skysčių skyrimas kartais yra nutraukiamas ne todėl, kad pacientas yra mirštantis, bet todėl, kad jis ar ji nemiršta (ar nemiršta greitai) ir manoma, kad jam ar jai būtų geriau mirti, nes tokių ligonių "gyvybės kokybė" esanti bloga arba jie tampa našta kitiems. Maitinimo ir skysčių nedavimas šiuo atveju yra moraliai nepateisinamas, nes tai yra pasyvi eutanazija. Toks veiksmas turi pasirinktą tikslą užbaigti ligonio gyvenimą, kadangi pati gyvybė traktuojama beverte ar tapusia nepakeliama našta.

Svarbu pabrėžti tiesą, kad įgintas asmenų orumas, netgi tų, kurie yra pastovioje nesąmoningoje būsenoje, privalo būti gerbiamas ir niekas negali nutraukti maitinimo ir skysčių skyrimo, turint tikslą numarinti pacientą. Vienok, jei maitinimas ir skysčiai yra neefektyvūs ar jų skyrimas yra ligoniui nepakeliamas, tada šių priemonių galima netaikyti ar taikomas nutraukti, tačiau šių priemonių netaikymas neturi turėti tikslo nutraukti asmens gyvybės, bet tik išvengti neefektyvaus bei nepakeliamo dirbtinio maitinimo ir skysčių skyrimo.

Nemoralu ir neturėtų būti teisiškai leidžiama neskirti dirbtinio maitinimo ir skysčių ar šių priemonių taikymą nutraukti komoje ir pastovioje nesąmoningoje būsenoje esantiems nemirštantiems asmenims, diskriminuojant juos vien dėl jų negalios.

IŽANGA

Medicinos etikoje galiojančios *bendros* taisyklės yra sunkiai priimamos kai kuriais *ypatingais atvejais*. Vienas iš tokių atvejų yra nesąmoningų ligonių priežiūra ir slauga. Nors bendrai priimtina, kad visi ligoniai turi būti gydomi ir slaugomi, tačiau kada ligoniai yra komos ar pastovaus nesąmoningumo būsenoje kyla įvairios diskusijos dėl jų priežiūros. Yra nuomonių, kad šių ligonių nereikia dirbtinai maitinti ir dirbtinai skirti skysčių, nes jie esą yra nepagydomi ir jų gyvybė traktuojama kaip nevertinga ir našta visuomenei. Dar daugiau, tokie ligoniai yra priskiriami mirštančių ligonių kategorijai ir jiems nebetaikomas gydymas, užtikrinant tik elementarią slaugą. Kadangi dirbtinis maitinimas ir skysčių skyrimas neretai yra priskiriamas prie gydymo priemonių, tokiu būdu panaikinamas gydymo ir slaugos skirtumas. Todėl šių ligonių siūloma dirbtinai nemaitinti bei neskirti skysčių. Žinoma, kad šiais atvejais iškyla labai daug etinių ir teisinų klausimų. Balansuojama ant ribos tarp gydymo bei slaugymo ir ligonio nužudymo pasyvios eutanazijos būdu. Yra sąmoningai painiojami medicinos etikoje priimti terminai, ir tai nulemia šių ligonių likimą. *Gydymo* “neefektyvumo” ir “nepakeliamumo” terminai priskiriami pačios ligonio *gyvybės* vertinimui, kuri tampa tik “vegetacija”, o patys ligoniai vadinami “daržovėmis”. Toks dehumanizuojantis požiūris neatitinka žmogaus orumo ir vertingumo, kuris yra įgimtas ir negali būti prarandamas kartu su sąmone. Šio straipsnio *tikslas* yra argumentuotai pagrįsti nuomonę, kad šiems ligoniams yra privalomas dirbtinis maitinimas ir dirbtinis skysčių skyrimas kaip sudėtinė slaugos dalis.

Darbas bus grįstas analitiniu – sintetiniu metodu.

I. Komoje ir pastovioje nesąmoningoje būsenoje esančių ligonių priežiūros ypatumai.

Koma (gr. miegas, snaudulys) - būklė, kai visiškai išnyksta sąmonė, ligonis nereaguoja į išorės dirgiklius, sutrinka svarbios jo organizmo gyvybinės funkcijos (1). Tai gali tęstis ilgą laiką, o paskui ligonis arba atgauna sąmonę, arba pereina į pastovią nesąmoningą būseną. Kadangi koma gali užtrukti keletą metų, ir ligonis po jos gali atgauti sąmonę, todėl labai sunku nustatyti laiko trukmę, parodančią, kad ligonis perėjo į taip vadinamą pastovią nesąmoningą būseną.

Pastovi nesąmoninga būseną (PNB) - gilaus nesąmoningumo būseną, kada yra išnykusios galvos smegenų žievės funkcijos. Kadangi su žieve susijusios tokios funkcijos kaip suvokimas, valia, bendravimas, todėl šie asmenys šių funkcijų

neturi. Tačiau smegenų kamienas, kuris kontroliuoja nevalingas funkcijas, kaip kvėpavimą, mirksėjimą, širdies veiklą, miegą ir kt. funkcionuoja. Tokie asmenys yra nesąmoningi, nejaučia skausmo (nors yra mokslininkų, pvz., dr. Alan Shewmon, teigiančių, kad tokie ligoniai gali skausmą jausti, nes ir *thalamus* dalyvauja skausmo jutime) (2).

JAV Neurologų Akademija pateikia savo nuomonę, kad pacientai pastoviose nesąmoningose būsenose nejaučia skausmo ir nepatiria kančių. Jie remiasi tuo, kad skausmo jautimas yra sąmoningumo išraiška, o tam būtinas galvos smegenų žievės funkcionavimas, todėl asmenys, esantys pastoviai nesąmoningi, negali jausti skausmo. Ši išvada yra grindžiama tuo, kad kliniškai nėra stebimi simptomai, kurie liudytų ligonius jaučiant skausmą; autopsijų metu stebimi abiejų galvos smegenų pusrutulių ryškūs pažeidimai, kurie negali būti suderinami su sąmoningumu ar gebėjimu jausti skausmą; smegenų žievėje randamas labai mažas kiekis gliukozės, kuris nesuderinamas su sąmoninga būseną (3).

PNB diagnozės nustatymas yra ilgas procesas, užtrunkantis nuo 1 iki 3 mėnesių. Tam reikalingas kruopštus klinikinis stebėjimas, laboratoriniai ir instrumentiniai tyrimai. Tokie pacientai gali išgyventi ilgai, tol kol yra slaugomi ir dirbtinai maitinami bei aprūpinami skysčiais.

Kalbant apie komoje ir pastovioje nesąmoningoje būsenoje esančių ligonių gydymą ir slaugą, svarbu pabrėžti, kad **šie ligoniai nėra "terminaliniai ligoniai" ir nėra mirštantys**. Tuo tarpu 1981 m. Amerikos Medicinos Asociacija pareiškė, kad yra etiška nutraukti gyvybę palaikančias priemones, tame tarpe ir maitinimą, asmenims, kurie yra **terminaliniai** ligoniai ir yra **negrįžtamoje komoje**.

1994 m. JAV Katalikų Vyskupų Konferencija išleido dokumentą, kuriame sakoma, jog maitinimas ir skysčiai turi būti skiriami visiems ligoniams, tame tarpe ir tiems, kuriems reikalingas **dirbtinis** maitinimas ir **dirbtinis** skysčių skyrimas, tol kol tai yra naudinga pacientui ir ši nauda persveria su tuo susijusius sunkumus (4).

Nesąmoningų ligonių maitinimas gali būti trejopas, priklausomai nuo maitinimo būdo:

1. Per *os*, kada skysčiai ir maistas yra įdedami į paciento burną, ir pacientas juos nuryja. Tai užima daug laiko, nesąmoningas ligonis gali užspringti, todėl yra patogiau ir saugiau maitinti per zondą, įvestą į skrandį. Tačiau, maitinant per zondą, labai greitai atrofuoja rijimo refleksas.

2. Enterinis dirbtinis maitinimas, kada zondas yra įvedamas per gastrostomą arba jejunostomą. Tai nėra sudėtingos operacijos ir nesukelia rimtesnių komplikacijų, tokiu būdu dirbtinai maitinant nesąmoningus ligonius.

3. Parenterinis dirbtinis maitinimas, kada maitinimą ir skysčius pacientas gauna intraveniniu būdu.

Kadangi dirbtinis maitinimas yra dažniausiai susijęs su zondų ar infūzijų panaudojimu bei chirurginėmis intervencijomis, todėl jį dažnai priskiria prie gydymo priemonių, o ne slaugos. Tačiau ėmus dirbtinį maitinimą traktuoti kaip gydymo priemonę, kyla pavojus, kad atskirais atvejais jo bus galima netaikyti arba nutraukti jo taikymą, remiantis tomis pačiomis taisyklėmis, kuriomis pagrindžiamas visų kitų medicininių priemonių netaikymas ar nutraukimas.

JAV Neurologų Akademijos nuomone dirbtinio maitinimo ir skysčių skyrimo nutraukimas ar netaikymas yra psichologiškai sunkesnis žingsnis, negu nutraukimas ar netaikymas kitų gydymo priemonių. Tačiau dirbtinį maitinimą ir skysčių skyrimą jie prilygina dirbtinėms priemonėms, skirtoms kvėpavimo užtikrinimui, todėl nedaro jokio skirtumo tarp šių priemonių nutraukimo ar netaikymo.

Kad dirbtinis maitinimas ir skysčių skyrimas yra medicininė priemonė, jų nuomone, patvirtina šie kriterijai: pirma, jis taikomas įvertinant jų privalumus ir trūkumus lygiai taip pat kaip ir taikant kitas gydymo priemones; antra, zondo įvedimas neretai yra susijęs su operacija, o tai neabejotinai yra medicininė priemonė; trečia, nors zondas ir yra įvestas, tačiau jo priežiūra ir siekimas išvengti komplikacijų yra susijęs su gydymo personalo darbu; ketvirta, gydytojas turi reguliuoti maitinimą ir skysčių balansą (3).

Šią poziciją dirbtinio maitinimo ir skysčių skyrimo klausimu argumentuoja ir tuo, kad nepaisant to, jog maitinimas per jau įvestą zondą yra paprastas procesas ir nereikalauja ypatingų medicininių prietaisų, tai nereiškia, kad dirbtinis maitinimas ir skysčių skyrimas yra slauga, o ne gydymo priemonė. Jų nuomone, daug gydymo priemonių yra labai paprastų ir net patys pacientai juos taiko, kaip, pavyzdžiui, insuliną diabetu sergantys asmenys (4).

Kitų autorių nuomone, dirbtinio kvėpavimo palaikymo nedera prilyginti dirbtiniam maitinimui ir skysčių skyrimui. Dirbtinio kvėpavimo aparatą jie laiko tikra medicinine priemone, tačiau dirbtinio maitinimo ir skysčio skyrimo prie gydymo priemonių nepriskiria. Maitinimas, jų nuomone, yra įprastinės slaugos dalis. Jeigu žmogus negali pats valgyti, juo besirūpinantieji turi užtikrinti jo maitinimą. Taip jau

įprasta, kad mažus vaikus maitina motinos, neįgalūs - jų artimieji. Prie įprastinės slaugos nepriklauso padėjimas kitam kvėpuoti, nes mes už kitus nekvėpuojame. Tai yra medicininė priemonė, kuri skiriama, siekiant atitinkamų medicininių tikslų, pavyzdžiui, sveikatos pagerinimui, simptomų malšinimui, gyvybės palaikymui. Ir jei šių tikslų pasiekti nepavyksta, nėra pareigos taikyti dirbtinį kvėpavimą (5).

II. Gydomo priemonių neefektyvumo ir nepakeliamumo kriterijai.

Bendra taisyklė ir kriterijai kada dirbtinis maitinimas ir dirbtinis skysčių skyrimas moraliai nėra privalomas yra aiški: šios priemonės pacientui yra **nenaudingos - neefektyvios** arba **nepakeliamos** (susijusios su įvairaus pobūdžio sunkumais). Svarbu tiksliau apibūdinti šias dvi labai svarbias sąvokas. Gyvybines funkcijas palaikančių priemonių skyrimas ne visada yra privalomas. Jeigu pacientas yra mirštantis šios priemonės nebetaikomos. Gydomo priemonė traktuojama kaip neefektyvi jei neužtikrina ligonio stabilios sveikatos būsenos ir nepalaiko organizmo funkcionavimo. Ligoniai pastoviose nesąmoningose būsenose nėra mirštantys ir dirbtinis maitinimas bei skysčių skyrimas yra jiems naudingas.

Kalbant apie **gydymo** neefektyvumo ir nenaudingumo sąvoką, pastaroji neretai painiojama su mąstymu, kada ligonio **gyvybė** yra traktuojama nenaudinga ir beverte. Iš šalies būna sunku atskirti, ką iš tikrųjų turi omenyje asmuo, kalbėdamas apie neefektyvumą ir nenaudingumą. Svarbu pabrėžti, kad žmogaus gyvybė niekada negali būti bevertė. Neefektyvumo ir nenaudingumo sąvoką galima taikyti tik kalbant apie gydymo priemones (6).

Daug subjektyvesnė ir sunkiau apibrėžiama yra gydymo priemonės nepakeliamumo - sunkumo sąvoka. Gydytojai turi netaikyti gydymo priemonės, kurios sąmoningas ligonis atsisako kaip nepakeliamos dėl savo pasekmių. Remiantis šiuo kriterijumi, nėra lengva nustatyti ribą, kada gydymo priemonės netaikymas ar jos nutraukimas būtų pateisinamas. Gydymo priemonė gali tapti nepakeliamu ar per sunki dėl įvairiausių priežasčių, kurios dažniausiai kyla, kai gydymo priemonė yra:

1. Per daug brangi pačiam pacientui, šeimai, visuomenei.
2. Turinti pašalinį poveikį. Pvz., chemoterapija padaro neseniai susituokusį ir norintį susilaukti vaiko žmogų nevaisingu.
3. Skausminga ir tai gali ligonį gąsdinti.
4. Sunki psichologiškai, leidžianti stebėti kaip palaiptiui organizmas praranda įvairias funkcijas.

5. Apribojanti žmogaus judėjimo laisvę. Pvz., pacientui būtų užtikrinamas gyvybės palaikymas visus metus, bet reikėtų visą tą laiką praleisti ligoninėje, todėl pacientas verčiau norėtų likusį gyvenimą praleisti su savo artimaisiais.

6. Slopinanti sąmonę, todėl pacientas gali atsisakyti tokios gydymo priemonės, norėdamas bendrauti, melstis.

Tačiau sąmoningas pacientas, kuris atsisako gydymo priemonės dėl išvardintų priežasčių, elgiasi taip ne todėl, kad jo gyvybės kokybė yra bloga, bet dėl pačių gydymo priemonių veikimo pasekmių. Tokie pacientai gal ir stokoja žinių ar drąsos, bet jų pasirinkimas negali būti priskiriamas eutanazijai (5).

Kaip gydymo neefektyvumo ar nenaudingumo kriterijus dažnai yra pritaikomas ne paties gydymo, bet *gyvybės* prasme, taip ir nepakeliamumo - sunkumo kriterijus dažnai klaidingai yra suvokiamas. Pati ligonio gyvybė yra traktuojama kaip nepakeliama arba našta. Be to, nepakeliamumo - sunkumo kriterijus klaidingai taikomas ne tik žvelgiant iš ligonio pozicijų, bet ir platesne prasme. Čia įvertinamas indėlis, kuris tenka gydytojams ir slaugytojams, ligonio šeimai ir artimiesiems bei visuomenei plačiaja prasme. Ligonis gali būti priverstas atsisakyti gydymo ne todėl, kad gydymas yra nepakeliamas, bet dėl naštos šeimai bei visuomenei. Tokiu atveju, atsisakydamas gydymo, ligonis pasirenka savižudybę (6).

Suprantama, kad kalbant apie dirbtinį maitinimą bei skysčių skyrimą, neturėtų kilti šių priemonių taikymo nepakeliamumo ar per didelės naštos visuomenei klausimas. Visų pirma, dirbtinis maitinimas ir skysčių skyrimas nėra ypatingai brangūs. Tokios priemonės nėra brangesnės už įprastas slaugos priemones. Antra, reikia atsižvelgti į tai, jog šios priemonės visų pirma yra *naudingos* ligoniui. Taip pat reikia pripažinti, kad visumoje ilgalaikė slauga yra pakankamai brangi, įskaitant ne tik dirbtinį maitinimą ar skysčių skyrimą, bet ir patalpų šildymą, pačią slaugą, higienines procedūras. Bet svarbu pabrėžti, kad šios priemonės yra taikomos daugelio ligų atveju ir todėl ligoniai, esantys nesąmoningose būsenose, neturėtų būti diskriminuojami būtent dėl savo negalios (7).

Suprantama, kada ligonis yra nesąmoningas, gydytojas taip pat turi netaikyti neefektyvaus gydymo. Tačiau neefektyvumas čia turi būti suprantamas ne ligonio gyvybės kokybės prasme. Gydytojas ir paciento globėjas nesąmoningo ligonio gydymo atžvilgiu turi išlaikyti teisingumą. Tai reiškia, kad:

a) absoliučiai neleistina tiesiogiai nutraukti pacientui gyvybę;

b) jeigu galima tikėtis ženklios medicininės naudos iš gydymo priemonės, nesukeliančios ypatingų sunkumų, tokia gydymo priemonė turi būti taikoma;

c) jeigu gydymo priemonė gali duoti tam tikrą medicininę naudą, tačiau dėl savo pašalinio poveikio gali sudaryti nepageidaujamų sunkumų, tada gydytojas turi kruopščiai įvertinti naudos ir žalos pacientui santykį.

Kada pacientas patenka į ligoninę gydymui, suprantama, kad ne tik efektyvus gydymas bus taikomas, bet taip pat ir bus užtikrinami įprastiniai paciento poreikiai: maitinimas, šiluma, švara. Šie poreikiai privalo būti patenkinami net ir tada, kada nesitikima pasveikimo ar pagerėjimo (7). Nors visuotinai ši taisyklė yra pripažįstama be didesnių diskusijų, tačiau, kada šią taisyklę reikia taikyti tais atvejais kai pacientai yra pastovioje nesąmoningoje būsenoje, iškyla prieštaringos nuomonės (8).

III. Nuomonių dėl dirbtinio maitinimo ir skysčių skyrimo komoje ir pastovioje nesąmoningoje būsenoje esantiems ligoniams prieštaravimas.

Šis prieštaravimas atsispindi nuomonių įvairovėje dėl komoje bei pastovioje nesąmoningoje būsenoje esančių lygonių gydymo ir slaugos. Yra teigiančių, kad nėra moraliai privaloma dirbtinai maitinti ir skirti skysčius ligoniams pastovioje nesąmoningoje būsenoje pirmiausiai todėl, kad šiuos ligonius priskiria terminalinių ligonių grupei, kurie esą kenčia dėl mirtinos patologijos. Jų manymu, maitinant ir gydant yra sudaromos geriausios sąlygos sugrįžti sąmonei, bet jei šio tikslo pasiekti nepavyksta, tuomet tai yra neprasminga veikla, kurią reikia sustabdyti (9). Ši pozicija yra grindžiama nuomone pavienių mokslininkų, kurie teigia, kad nors ligoniai pastovioje nesąmoningoje būsenoje techniškai yra fiziologiškai stabilūs ir gali išgyventi ilgai, tačiau iš esmės yra mirštantys. Jų manymu gyvybė yra palaikoma, dirbtinai maitinant ir dirbtinai skiriant skysčius, tačiau šių priemonių netaikant pacientas mirs *tiesiogiai* dėl esamos patologijos ir tik *netiesiogiai* dėl šių priemonių nutraukimo (10).

Savo ruožtu Pensilvanijos vyskupas paskelbė dokumentą, kuriame pažymi, kad asmenys gilioje nesąmoningoje būsenoje nėra nei mirę, nei mirštantys. Tokie pacientai yra gyvi ir kai kurie po ilgų nesąmoningumo metų pasveiksta (iš komos būsenos), tačiau asmenys, kurie yra pastovioje nesąmoningoje būsenoje, nors ir nepasveiksta, vienok jie turi būti dirbtinai maitinami ir gauti skysčius. Šiame dokumente taip pat aptariamas skirtumas tarp "gydymo" ir "slaugos" bei diskutuojama

ar dirbtinis maitinimas bei skysčių skyrimas vis dėlto yra "gydymas" ar "slauga". "Gydymo" ir "slaugos" skirtumo jie nesureikšmina, tačiau dirbtinį maitinimą ir skysčių skyrimą traktuoja kaip slaugos priemonę ir atsako į klausimą dėl dirbtinio maitinimo bei skysčių skyrimo moralinio būtinumo. Jų nuomone, jei maitinimas, nepaisant kaip mes jį traktuosime ar kaip gydymo priemonę ar slaugą, ***padeda palaikyti gyvybę***, jis yra būtinas ir moraliai privalomas (11).

Dirbtinis maitinimas ir skysčių skyrimas nėra ***neefektyvus*** ar ***nenaudingas***, nes jų pagalba yra palaikoma gyvybė, kuri yra asmens gėris, ir pacientas yra apsaugomas nuo mirties dėl bado ar skysčių trūkumo. Dirbtinis maitinimas ir skysčių skyrimas nesąmoningoje būsenoje esantiems pacientams galėtų būti traktuojamas kaip neefektyvus, jei pacientas būtų mirštantis ir bet kokios pastangos palaikyti gyvybę yra neefektyvios, arba kai pacientas nebepajėgia įsisavinti dirbtinai gaunamo maitinimo ir skysčių (12). Tačiau kol šios dvi sąlygos nėra išpildomos būtų neteisinga atsisakyti dirbtinio maitinimo ir skysčių skyrimo. Sveikatos Apsaugos Darbuotojų Chartija pabrėžia, kad " Maistas ir gėrimas, netgi dirbtinai teikiami, priklauso prie normalių priemonių ir visada duotini ligoniui, jei tik netampa jam našta; jų nedavimas gali reikšti tikrą ir faktinę eutanaziją" (13).

Taip pat dirbtinis maitinimas bei skysčių skyrimas nėra ***nepakeliama*** ar kokia nors prasme sunki nesąmoningoje būsenoje esančiam pacientui priemonė. Dirbtinis maitinimas per zondus ir skysčių skyrimas gali sukelti tam tikrus pašalinius poveikius, kaip gleivinės sudirginimą, venų pažeidimą, tačiau tai nesudaro pacientams didesnio fizinio diskomforto. Kadangi tai yra nesąmoningoje būsenoje esantys asmenys, todėl jie nepatiria ir jokio psichologinio diskomforto. Todėl, nesant kitos mirtinos patologijos, dirbtinis maitinimas ir skysčių skyrimas yra moraliai privalomas ir pastovioje nesąmoningoje būsenoje esantiems ligoniams. Dažniausiai atsisakymas tokiems asmenims skirti dirbtinį maitinimą ir skysčius yra grindžiamas ne tuo, kad tai gali sukelti vienokias ar kitokias kančias ligoniui, bet tuo, kad tokių ***ligonių pati gyvybė nebėra vertinga ir todėl reikia tokiems ligoniams leisti numirti***.

Kriterijai gydymo nutraukimui ar netaikymui, būtent ***neefektyvumas*** ir ***nepakeliamumas*** atitinka krikščionišką moralinį mokymą, bet niekada negalima turėti tikslo nutraukti ligonio gyvybę, o tik išvengti neefektyvių pastangų ar nepakeliamų priemonių taikymo. Būtų neteisinga ir nemoralu nutraukti ilgalaikę slaugą asmenims pastovioje nesąmoningoje būsenoje vien dėl jų blogos "gyvybės" kokybės.

Krikščionybė visada teigia nelygstamą žmogaus gyvybės vertę ir gyvybę laiko nedisponuotina, neliečiama, tai yra šventa. Dėl to negalima kalbėti apie "gyvybės vertę", nes žmogaus gyvybė yra neišmatuojama vertybė. Asmenys pastoviose nesąmoningose būsenose yra gyvi, todėl jų gyvybės vertė negali būti kvestionuojama. Gyvybė yra pagrindinis, pirminis ir neliečiamas gėris. Žmogaus gyvybė yra vidinis, esminis jo gėris ir negali būti laikoma mažiau ar daugiau vertinga priklausomai nuo jo fizinių ar protinių galių. Eutanazijos šalininkai remiasi klaidinga dualistine žmogaus samprata ir teigia, kad pati asmens gyvybė dėl to, kad jis nepagydomai serga, tapo beverte ligoniui ir visuomenei. Žmonės pastovioje nesąmoningoje būsenoje jų yra vadinami "daržovėmis" (14).

Pats terminas "vegetatyvinė būseną", taikomas asmenims pastovioje nesąmoningoje būsenoje yra nehumaniškas. Jis suponuoja, kad tokie ligoniai jau nebėra asmenys, kad jų gyvybė yra tik vegetacija, prilygstanti augalų vegetacijai. Toks mąstymas akivaizdžiai veda prie pražūtingos išvados, jog ne visi gyvi žmonės yra asmenys. O padarius šią išvadą, tokios gyvybės sunaikinimas yra vertinamas kaip pagalba tiems, kurių gyvenimas jiems patiems tapo našta, ir vadinamas gailestingumu šių ligonių atžvilgiu (15).

Neretai žmonės, kurie pasisako prieš aktyvią eutanaziją, ligonius nužudant koku nors veiksmu, tuo pačiu metu palaiko nuomonę, kad yra teisinga nutraukti gydymą nesąmoningiems nors ir nemirštantiems ligoniams vien dėl to, kad jų gyvybė laikoma beverte ar netgi našta. Taigi jie mano, kad moralu yra nutraukti ir dirbtinį tokių asmenų maitinimą. Tačiau dirbtinio maitinimo ar skysčių skyrimo netaikymas ar nutraukimas, remiantis šitokia logika, yra moraliai neteisingas, nes tai yra pasyvi eutanazija, arba nužudymas neveikimu ar apleidimu (7).

Atsisakymas skirti dirbtinį maitinimą ir skysčių skyrimą nesąmoningoje būsenoje esantiems ligoniams, su tikslu nutraukti jų gyvybę dėl bado ar skysčių trūkumo, yra žmogžudystė. Toks elgesys negali būti moraliai pateisinamas ir jokia būdu negali būti įteisinamas. Dirbtinio maitinimo ir skysčių skyrimo nutraukimas, kaip *priemonė* "palengvinanti" mirtį (dar nemirštantiems ligoniams) yra neleistinas pastovioje nesąmoningoje būsenoje esantiems ligoniams bei kenčiantiems nuo bet kokios sunkios patologijos (7). Tik mirštantiems ligoniams neretai yra nebenaudingas ar netgi nepakeliamas dirbtinis maitinimas ir skysčių skyrimas, todėl yra moralu jų neskirti.

Yra autorių, kurie teigia, kad intencija, nutraukiant dirbtinį maitinimą ir skysčių skyrimą pastovioje nesąmoningoje būsenoje esantiems ligoniams, skiriasi nuo intencijos eutanazijos atveju. Jų nuomone, intencija yra nebetaikyti procedūros, kuri nebeatitinka ligonio gerovės ir noras išlaisvinti pacientą iš technologijų spąstų (12). Tačiau šiam atrodytų geram tikslui pasiekti yra taikomos priemonės, kurios yra susijusios su žmogaus nužudymu. Pacientas nesąmoningoje būsenoje mirs būtent dėl dirbtinio maitinimo ir skysčių nutraukimo, o ne dėl esamos patologijos. Todėl dirbtinio maitinimo ir skysčių skyrimo nutraukimas yra pasyvi eutanazija ir todėl nepateisinamas.

Vienas iš tokių autorių, Richard A. McCormick, neigiamai žiūri į dirbtinį maitinimą ir skysčių skyrimą pastoviose nesąmoningose būsenose esantiems ligoniams ir teigia, kad tai verčia žmones verčiau pasirinkti savižudybę su gydytojo pagalba nei gyventi. Jis nemano, kad gyvybės palaikymas tokiems ligoniams yra gėris. Be to, viena iš priežasčių tokiai išvadai yra ir išteklių saugojimas (16).

Tačiau išteklių saugojimas negali būti priežastimi nesąmoningų ligonių pasmerkimo mirčiai iš bado ir skysčių trūkumo. Šie ligoniai gali būti slaugomi ir ne ligoninėse, bet savo namuose. Šių ligonių dirbtinis maitinimas ir aprūpinimas skysčiais nereikalauja specialaus pasiruošimo, todėl lengvai yra išmokstamas. Suprantama, kad tokių ligonių priežiūra reikalauja daug laiko ir energijos, bet tai nėra nenaudinga veikla. Visų pirma tai palaiko ligonius, kurie nėra mirštantys, gyvybę kaip vieną iš pagrindinių asmens gėrių. Tinkama tokių ligonių priežiūra ir slauga atspindi visuomenės požiūrį į jų kaip asmenų vertę ir orumą. Artimiesiems ir slaugytojams suteikiama galimybė parodyti ligoniams tikrą meilę ir gailestingumą, kuris visų pirma reiškia kartu kentėjimą (žodis *gailestingumas* yra kilęs iš lotyniško žodžio *compatior* ir reiškia “kartu kentėti”; anglų kalboje gailestingumas yra *compassion* ir taip pat turi tą pačią “kartu kentėti” prasmę).

Galima būtų įsivaizduoti tokias situacijas, kuriose visuomenė gal ir manytų, kad yra per didelė našta rūpintis bejėgiais ir beviltiškais pasveikti nesąmoningais savo nariais. Pavyzdžiui, bado ar karo metu sveikieji gali būti verčiami atsisakyti rūpesčio tokiais ligoniais, tačiau normaliomis sąlygomis tokių ligonių slauga ir priežiūra nėra nepakeliami visuomenei. Dar daugiau, visuomenė tokius ligonius slaugydama ir prižiūrėdama, juos gerbdama, aukodama jiems laiką ir išteklius tokiu būdu moka kainą už galimybę vadintis tikrai žmogiška visuomene. Tokiu būdu ji parodo pagarbą artimui, apgaubia jį žmogiškumu, pripažįsta ligonį vienu iš mūsų (9). Atimti iš

nesąmoningų ligonių elementarią pagalbą, kuri reikalinga jų gyvybei palaikyti, reikėtų, kad mūsų visuomenė vertina tik tuos savo narius, kurie yra sveiki ir gali kažką visuomenei duoti. Toks visuomenės elgesys pažeistų teisingumo principą.

Labai svarbu nubrėžti ribą, kurios negalima būtų peržengti, nepažeidžiant teisingumo, teikiant medicininę pagalbą asmenims, negalintiems išreikšti savo valios, būtent esantiems nesąmoningoje būsenoje. Didžiausias neteisingumas tokių asmenų atžvilgiu yra tada kai nesuteikimas tam tikros pagalbos tampa priemone jų nužudymui. Taip pat neteisingumas jų atžvilgiu bus ir tada kai bus taikomos užsispyrėliškos gydymo priemonės, t.y. tos, kurios yra neefektyvios ar ligoniui nepakeliamos. Nesąmoningų ligonių artimieji ir jų teisėti globėjai, duodami sutikimą už ligonį, turi tai daryti, atsižvelgdami pirmiausiai į ligonio interesus. Nesąmoningų ligonių gyvybė negali būti subordinuota juos globojančių asmenų interesams. Tokia subordinacija pažeistų lygias asmenų teises (17).

Jeigu ligoniui netaikomas gydymas ar slauga, kurie užtikrintų jo gyvybės palaikymą, vien remiantis argumentais, jog tai bus naudinga visuomenei ir šeimai ar net pačiam ligoniui, yra įvykdoma žmogžudystė dėl neveikimo, kuri nėra mažiau nusikalstama už žmogžudystę, kažką padarant. Tokia žmogžudystė negali būti pateisinama teigimu, jog nužudytasis, jeigu tik būtų buvęs sąmoningas, būtų pats su tuo sutikęs, todėl, kad tai būtų savižudybės pasirinkimas. Nei savižudybė su gydytojo pagalba, nei žmogžudystė pačiam ligoniui prašant yra neteisėti. Pati savižudybė kaip tokia yra nepriimtina visuomenei. Nesąmoningi ligoniai, kurių gyvenimo kokybė kitų nuomone yra menka, turi tas pačias asmenų teises ir vienodą teisinę apsaugą (17).

Todėl būtų *neteisinga* ir *nemoralu* nutraukti dirbtinį maitinimą ir skysčių skyrimą nesąmoningoje būsenoje esantiems nemirštantiems ligoniams. Maistas ir skysčiai yra būtinos priemonės gyvybei palaikyti ir nesudaro ypatingų sunkumų nei pačiam ligoniui, nei medicinos personalui, nei visai visuomenei. Atliktas tyrimas Vengrijoje parodė, kad dirbtinis maitinimas sudaro 0,2 proc. visų išlaidų ir buvo palyginta su Anglijos duomenimis, pagal kuriuos atitinkamai dirbtiniam maitinimui yra išleidžiama iki 1 proc.(18).

Ligoniai nesąmoningose būsenose negali būti diskriminuojami būtent dėl šios savo negalios. Dirbtinis maitinimas ir skysčių skyrimas komoje ir pastovioje nesąmoningoje būsenoje esantiems ligoniams yra nutraukiamas ne todėl, kad šie ligoniai yra mirštantys, bet todėl, kad jie nemiršta arba miršta per lėtai, teigiant jog

tokių ligonių gyvybės kokybė yra per bloga ne tik pačiam ligoniui, bet ir tampa našta visuomenei (19).

IŠVADOS

1. Ligoniai, esantys komoje ir pastovioje nesąmoningoje būsenoje, yra gyvi asmenys, todėl jiems yra būdingas įgimtas orumas ir vertingumas. Šių ligonių "gyvybės kokybės" nuvertinimas pažeidžia jų prigimtine teisę į gyvenimą.
2. Jei siekiama ligonio mirties, netaikant gydymo ar slaugos, toks veiksmas yra ligonio nužudymas ir yra pasyvios eutanazijos aktas, kuris niekada negali būti moraliai pateisinamas.
3. Dirbtinis maitinimas ir skysčių skyrimas nesąmoningoje būsenoje esantiems nemirštantiems ligoniams yra privalomas, nes tai yra būtinos priemonės gyvybei palaikyti ir nesudaro ypatingų sunkumų nei pačiam ligoniui, nei visuomenei.
4. Dirbtinis maitinimas ir skysčių skyrimas nesąmoningoje būsenoje esantiems pacientams yra traktuojamas kaip neefektyvus, jei pacientas yra mirštantis ir bet kokios pastangos palaikyti gyvybę yra neefektyvios, arba kai pacientas nebepajėgia įsisavinti dirbtinai gaunamo maitinimo ir skysčių.
5. Kriterijai gydymo nutraukimui ar netaikymui, būtent *neefektyvumas* ir *nepakeliamumas* yra svarbūs moraliniam veiksmo vertinimui, tačiau niekada negalima turėti *tikslo* nutraukti ligonio gyvybę, o tik išvengti neefektyvių pastangų ar nepakeliamų priemonių taikymo. Yra neteisinga ir nemoralu nutraukti ilgalaikę slaugą, įskaitant dirbtinį maitinimą ir skysčių skyrimą, asmenims pastovioje nesąmoningoje būsenoje vien dėl jų blogos "gyvybės kokybės".

Literatūra

1. Medicinos Enciklopedija. Vilnius, Valstybinė Enciklopedijų Leidykla, 1991, I d. 425.
2. Shewmon D. A. Recovery from 'Brain Death': A Neurologist's Apologia // The Linacre Quarterly. February 1997, vol. 64, 59 - 60.
3. American Academy of Neurology. Position of the American Academy of Neurology on Certain Aspects of the Care and Management of the Persistent Vegetative State Patient // Quality of Life: the new medical dilemma (ed. James J. Walter and Thomas A. Shanon), Mahwah, New Jersey, Paulist Press, 1990, 192.
4. National Conference of Catholic Bishops. Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services. Washington D.C., United States Catholic Conference, 1995, no. 59.

5. The Linacre Center For Health Care Ethics. Submission to the select Committee of the House of the Lords on Medical Ethics // Euthanasia and the law: the case against legalization (ed. Luke Gormally), London, The Linacre Center, 1994, 142 - 143.

6. Tobin B. Can a patient's refusal of life - prolonging treatment be morally upright when it is motivated neither by the belief that the treatment would be clearly futile nor by the belief that the consequences of treatment would be unduly burdensome? // Issues for a Catholic Bioethic (ed. Luke Gormally), London, The Linacre Center, 1999, 336.

7. May E.W., Barry R., Griese O., Grisez G., Johnstone B., Marzen T.J., McHugh J.T., Meilaender G., Siegler M., Smith W. Feeding And Hydrating the Permanently Unconscious and Other Vulnerable Persons // Issues in Law and Medicine. Winter 1987, vol. 3, no. 3, 203 - 211.

8. May W. E. Catholic Bioethics and the Gift of Human Life. Huntington, Indiana, Our Sunday Visitor Publishing Division, 2000, 263.

9. Have ten H. A. M., Meulen ter R. H. J., Leeuwen van E. Medicinos etika. Vilnius, Charibdė, 2003, 357 – 358.

10. Ashley B. M., O'Rourke K. D. Health Care Ethics: A Theological Analysis, 4 th ed. Washington D.C., Georgetown University Press, 1997, 423.

11. Pennsylvania Bishops. Nutrition and Hydration: Moral Considerations // Origins. January 1992, vol. 21 (34), 542-553.

12. Shannon T. A., Walter J. J. The PVS Patient and the Forgoing / Withdrawing of Medical Nutrition and Hydration // Quality of Life: the New Medical Dilemma (ed. James J. Walter and Thomas A. Shannon), Mahwah, New Jersey, Paulist Press, 1990, 208.

13. Popiežinė pastoracinės pagalbos sveikatos apsaugos darbuotojams taryba. Sveikatos apsaugos darbuotojų chartija. Kaunas, Farmacija, 1997, n. 120.

14. Narbekovas A. Pasyvios eutanazijos ir užsispyrėliško gydymo netaikymo skirtumas // Soter, 2002, Nr. 7 (35), 7 - 16.

15. A Working Party Report. Euthanasia and clinical Practice: Trends, principles and alternatives // Euthanasia, clinical practice and the law (ed. Luke Gormally), London, 1994, 31.

16. McCormick R.A. Physician - Assisted Suicide: Flight from Compassion // On Moral Medicine: Theological Perspectives in Medical Ethics (ed. Stephen E. Lammers and Allen Verhey), Grand Rapids, Michigan, William B. Eerdmans Publishing Company, 1998, 670.

17. Grisez G., Boyle J.M. Life and Death with Liberty and Justice: a Contribution to the Euthanasia Debate. London, University of Notre Dame Press, 1979, 258, 291.

18. Csomos A., Okros I. Comparative analysis in artificial nutrition // Orvosi Hetilap, 2003, Vol. 144 (12), 569 – 572.

19. U.S. Bishop's Pro – life Committee. Nutrition and hydration: moral and pastoral reflections // Ethical issues in modern medicine (ed. Bonnie Steinbock, John D. Arras and Alex John London), New York, The McGraw – Hill Companies, Inc., 2003, 342.

ARTIFICIAL NUTRITION AND HYDRATION OF A PERMANENTLY UNCONSCIOUS AND COMATOSE PATIENTS

Narbekovas A.

Summary

*Despite the fact that medical technologies have been helpful to lots of people, some patients fear that they might either be aggressively treated against their will, or denied the necessary care as required by a person's natural dignity. Artificial nutrition and hydration of a comatose or permanently unconscious nondying patient causes a lot of moral and legal problems. Can it be morally right to stop the nutrition or hydration of such patients? The trouble is that nutrition and hydration sometimes may be withdrawn not just because a patient is dying, but rather due to the fact that he or she seems to be too slow to die. It is believed that the patient's "quality of life" can become unacceptably low and such a patient turns into a burden on other people. However, withholding or withdrawing food and fluids in such cases would mean euthanasia by omission and therefore it is morally wrong as an action which aims at destroying a patient's life. In this case **life itself** is judged by others to be valueless or excessively burdensome.*

*We should, therefore, emphasize that a person's natural dignity must be unconditionally respected no matter whether a person is in a conscious or an unconscious condition. Nobody has the right to stop nutrition and hydration with the aim of bringing a patient to death. On the other hand, if nutrition and hydration proves to be either **ineffective** or **unendurable** for the patient, these means can rightly be withheld or withdrawn on the condition that we are not aiming at intentionally taking the person's life but aiming at to avoid the useless effort or the excessive burden of continuing to provide the food and fluids.*

It is morally wrong and cannot be legally permissible to withhold or withdraw artificial nutrition and hydration to permanently unconscious or comatose nondying persons, for this would mean discriminatory attitude towards people's lives.